

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Capacitação dos Ajudantes de Ação Direta de Estruturas
Residenciais para Pessoas Idosas em Primeiros Socorros e
Prevenção de Acidentes**

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Joaquim Dinis Pinto Freitas

Orientadores

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Professora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso



Vila Real, 2016

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Capacitação dos Ajudantes de Ação Direta de Estruturas
Residenciais para Pessoas Idosas em Primeiros Socorros e
Prevenção de Acidentes**

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Joaquim Dinis Pinto Freitas

Orientadores:

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Professora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso



Vila Real, 2016

Este trabalho foi expressamente elaborado como Estágio e Relatório original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria da Conceição Rainho e Professora Isabel Maria Antunes Barroso, pelo enriquecimento pessoal e profissional que me proporcionaram.

Aos profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real I, em especial ao Enfermeiro Joni André Borges Madureira e Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real 1, Enfermeira Chefe Ana Maria Gonçalves Ribeiro, pelo apoio prestado.

Aos ajudantes de ação direta das estruturas residenciais para pessoas idosas, pela sua disponibilidade para participarem neste estudo e pela forma acolhedora como me receberam.

À amiga Teresa Carvalho, um agradecimento muito especial pelo seu profissionalismo e dedicação.

À família, pelas ausências e apoio.

Muito Obrigado!

RESUMO

O presente relatório visa descrever, de forma crítico-reflexiva orientada pelas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde e Pública, as etapas preconizadas na metodologia do planeamento em saúde. Resultou das atividades do Estágio desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real 1, do Agrupamento de Centros de Saúde Douro I – Marão Douro Norte, no período de 08 de setembro de 2014 a 23 de janeiro de 2015. No âmbito do diagnóstico em saúde foi priorizada a necessidade de formação em primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais, em ajudantes de ação direta de duas estruturas residenciais para pessoas idosas, da área de abrangência da referida unidade, devido ao défice de conhecimentos e à formulação explícita de necessidades de formação nestes domínios. Também o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 (Direção-Geral da Saúde, 2010) salienta o facto dos acidentes não intencionais constituírem um grave problema de saúde pública e a Organização Mundial de Saúde (2005) recomenda que o setor da saúde deve implementar intervenções em ambientes específicos. Desenvolveu-se um estudo longitudinal para avaliar os conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais. Neste sentido, foi desenvolvido um projeto de intervenção tendo como objetivo geral promover a capacitação dos ajudantes de ação direta em primeiros socorros e prevenção de acidentes, de estruturas residenciais de pessoas idosas sedeadas na área geodemográfica da Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real 1. Do projeto de intervenção constam três sessões formativas, orientadas segundo os pressupostos da educação de adultos. Foi construído um questionário construído por três partes e uma grelha de observação de competências em Suporte Básico de Vida. A recolha de dados relativa aos conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais foi efetuada em dois momentos ou cortes transversais (*momento 1 e momento 2*). No que respeita à avaliação de competências em suporte básico de vida, efetuou-se num único momento de recolha de dados, que coincidiu com o *momento 2*. Os 31 participantes no projeto de intervenção eram todos do sexo feminino, com uma média de idades de 39,77 anos (dp=11,9), compreendidas entre 19 e 64 anos, verificando-se que 41,9% possuía o terceiro ciclo do ensino básico. Após seis meses da implementação do plano formativo, obtivemos ganhos em conhecimentos sobre: i) primeiros socorros - nomeadamente *sobre procedimentos antes de abordar a vítima; na situação de hemorragia nasal; na situação de hipoglicemia; na situação de queda; em caso de eletrocussão em caso de intoxicação medicamentosa* ii) suporte básico de vida - *no tempo recomendado para a avaliação da respiração espontânea e eficaz; sobre os procedimentos perante uma pessoa que não respira; a relação entre compressões torácicas/ventilações nas manobras de reanimação; procedimentos na posição lateral de segurança*; e iii) prevenção de acidentes não intencionais - *sinalética de situações de risco; segurança dos equipamentos residenciais; relação do risco de acidente com fatores intrínsecos como: a orientação espaço-*

temporal, acuidade auditiva e visual. Verificamos que, seis meses após a implementação do plano formativo, foram desenvolvidas competências em suporte básico de vida, nomeadamente, *avaliação das condições de segurança; avaliação do estado de consciência; segundo pedido de ajuda; execução das compressões torácicas; execução da posição lateral de segurança; obstrução ligeira da via aérea; obstrução grave da via aérea – execução de pancadas interescapulares.* Os resultados obtidos relevam a importância de dar continuidade a este projeto de intervenção, equacionando dinâmicas e processos formativos que assegurem, aos ajudantes de ação direta, uma intervenção segura dirigida aos idosos que, pelas próprias características inerentes ao processo de envelhecimento, integram um grupo vulnerável a situações que colocam em risco a vida.

Palavras chave: Enfermagem de saúde comunitária; primeiros socorros, prevenção de acidentes; capacitação.

ABSTRACT

The aim of this report is to describe in a critical and reflexive way, guided by the abilities of the Specialist Nurse in Community Nursing and Public Health, the steps recommended in health planning methodology, developed at the Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real 1, do Agrupamento de Centros de Saúde Douro I – Marão Douro Norte, from September 8, 2014 to 23 January 2015. Under the health diagnosis it was prioritized the need to train for first aid and prevention of unintentional injuries, direct action helpers in two residential structures for elderly people in the area, which the unit in cause can embrace, due to the lack of knowledge and the explicit formulation of training needs in these areas. Also the National Program for Prevention of Accidents 2010-2016 (DGS, 2010), resembles the fact that unintentional injuries represent a big public health problem and the OMS (2005) recommends that the health department should implement interventions in specific environments. In this respect, an intervention project with the general objective of promoting the training of direct action helpers in first aid and prevention of unintentional injuries in residential structures domiciled elderly people in the catchment area of the Care Unit Community in Vila Real 1. Given the project characteristics settled within the adult education, there are three formative sessions. It was built a questionnaire composed by three parts and a skills observation grid in Basic Life Support. A descriptive and longitudinal study, guides by a quantitative approach was developed. The data recoil about the knowledge in first aid and prevention of unintentional accidents was effectuated in two moments. The assessment of skills in basic life support was made in a single moment of data collection which coincided with moment 2.

The 31 participants of the project were all from the female gender with an age average of 39,77 years ($dp = 11,9$), aged between 19 and 64 years, in which 41,9% have the ninth grade of basic education. Six months after the implementation of the training plan, it was obtained knowledge in first aid, basic life support and prevention of unintentional accidents, as well as developed skills in basic life support. The results obtained revealed the importance of the continuity of this project, equating dynamics and formative processes to ensure by the direct action helpers, a safe intervention with an age group that due to the characteristics inherent to the aging process are more vulnerable to situations that endanger life.

After six months of implementation of the training plan, we achieved gains in knowledge of: i) first aid - in particular on proceedings before approaching the victim; the nosebleed situation; in hypoglycemia; in fall situation; in the event of electrocution in case of medicine intoxication ii) basic life support - the time recommended for the evaluation of spontaneous and effective breathing; on the proceedings of a person who does not breathe; the relationship between chest compressions / ventilations in resuscitation maneuvers; procedures in the recovery position and iii) prevention of

unintentional injury - Signs of risk situations; Safety of household equipment; accident risk compared with intrinsic factors such as: the spatio-temporal orientation, hearing and visual acuity. We verified that six months after the implementation of the training plan were developed skills in basic life support, in particular, evaluation of safety conditions; Assessment of the state of consciousness; According aid application; Execution of chest compressions; Performing the recovery position; light airway obstruction; severe airway obstruction - execution interescapulares strokes. The results reveal the importance of continuing this intervention project, equating dynamics and training processes that ensure, to the direct action helps a safe intervention aimed to older people who, due to the characteristics inherent to the aging process, incorporate a vulnerable group to situations that endanger life.

Keywords: Community health nursing, first aid, prevention of accidents; training;

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	vii
ABSTRACT	ix
ÍNDICE DE TABELAS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
2. PLANEAMENTO EM SAÚDE: DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E À DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	5
3. PLANEAMENTO EM SAÚDE: DO PLANEAMENTO À EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO “CAPACITAÇÃO DOS AAD DE ERPI EM PRIMEIROS SOCORROS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES ”	11
3.1. Enquadramento teórico para o projeto de intervenção	11
3.1.1. Primeiros socorros	12
3.1.2. Fatores de risco de acidentes não intencionais	16
3.1.3. Prevenção de acidentes não intencionais	17
3.1.4. Capacitação comunitária	21
3.1.5. Ajudantes de ação direta: da formação à aquisição de competências	24
3.1.6. Multidimensionalidade do envelhecimento humano.....	33
3.1.7. Respostas sociais.....	37
3.2 Justificação do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes ”.....	40
3.3. Definição de objetivos e estratégias	41
3.4. Preparação operacional do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”	45
3.5. Avaliação do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes ”.....	54
3.5.1. Avaliação de conhecimentos em primeiros socorros	57
3.5.2. Avaliação de conhecimentos em suporte básico de vida.....	59
3.5.3. Avaliação de conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais	62
3.5.4. Avaliação de competências em suporte básico de vida.....	64
4. CONCLUSÃO	69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	83
Apêndice A – Certificado de participação no plano formativo	85
Apêndice B – Questionário.....	89
Apêndice C – Grelha de observação de competências.....	97
Apêndice D – Pedido de autorização às ERPI para participação no projeto de intervenção	103
Apêndice E – Operacionalização das variáveis	107
Apêndice F – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação	115
Apêndice G – Conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais em que o número de respostas por questão não representa um aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2.....	119
Apêndice H – Competências em suporte básico de vida cujas metas não foram superadas	125

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Densidade populacional e população residente por local de residência, sexo e grupo etário	7
Tabela 2. Índices de envelhecimento e dependência.....	8
Tabela 3. Determinação de prioridades pelo método de Hanlon	10
Tabela 4. Taxa bruta de mortalidade (‰) por local de residência.....	37
Tabela 5. Taxa bruta de natalidade (‰) por local de residência	37
Tabela 6. Definição de metas sobre conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais	42
Tabela 7. Definição de metas para o desenvolvimento de competências em suporte básico de vida	43
Tabela 8. Calendarização dos momentos de recolha de dados e do plano formativo	47
Tabela 9. Primeira sessão de formação: Primeiros socorros	50
Tabela 10. Segunda sessão de formação – Suporte básico de vida.....	51
Tabela 11. Terceira sessão de formação – Prevenção de acidentes não intencionais	52
Tabela 12. Caracterização sociodemográfica e profissional dos AAD	56
Tabela 13. Conhecimentos em primeiros socorros: número de respostas por questão com aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2	58
Tabela 14. Avaliação das metas sobre conhecimentos em primeiros socorros	59
Tabela 15. Conhecimentos em suporte básico de vida: número de respostas por questão com aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2.....	61
Tabela 16. Metas sobre conhecimentos em suporte básico de vida	61
Tabela 17. Conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais: número de respostas por questão com aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2	63
Tabela 18. Metas sobre conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais.....	64
Tabela 19. Competências em suporte básico de vida, seis meses após a implementação do plano formativo, cujas metas foram superadas.....	67
Tabela 20. Metas sobre competências em suporte básico de vida	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Taxa bruta de natalidade na Europa	36
Figura 2. Índice de envelhecimento na Europa	36
Figura 3. Pirâmide etária da população residente, 2001 e 2013	36
Figura 4. Esperança média de vida à nascença, 2001-2003 a 2011-2013	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD - Ajudantes de Ação Direta
ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
CPR - Conselho Português de Ressuscitação
DGS - Direção-Geral da Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
EpS - Educação para a Saúde
ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
hab. - habitantes
INE - Instituto Nacional de Estatística
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
km² - quilómetro quadrado
nº - número
OMS - Organização Mundial de Saúde
p. - página
PCR - Paragem Cardiorrespiratória
PNPA - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for the Social Science*
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UE - União Europeia
WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

No desenvolvimento do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, consta a Unidade Curricular Estágio e Relatório/Dissertação de natureza aplicada, com a duração de 400 horas, que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Vila Real 1, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Douro I – Marão e Douro Norte, no período de 8 de setembro de 2014 a 23 de janeiro de 2015.

O presente relatório, orientado pelas diferentes etapas preconizadas na metodologia do planeamento em saúde, pretende dar a conhecer de forma pormenorizada e sequencial as diferentes atividades sem descuidar a dimensão crítico-reflexiva e questionadora que está plasmada nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

Segundo Teixeira (1991), um relatório consiste na “descrição de factos passados analisados com o objectivo de orientar o serviço interessado, ou o supervisor hierárquico imediato, para determinada acção” (p.12), isto é, após o percurso efetuado num determinado local e espaço de tempo pretende-se relatar e refletir de forma clara e sucinta sobre as atividades passadas, confrontando-as com os objetivos propostos no sentido de monitorizar e imprimir as correções necessárias ao seu cumprimento.

Durante a realização da referida unidade curricular foram desenvolvidas atividades que se inscrevem nas competências do EEECS, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros e plasmadas no Regulamento nº 128/2011, publicado em Diário da República a 18 de fevereiro de 2011:

...fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. (p.8667)

Para a realização deste relatório foram apropriados os resultados do diagnóstico de situação de saúde elaborado na unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária, e que culminou com o estabelecimento de prioridades, nomeadamente as necessidades formativas dos

ajudantes de ação direta (AAD) de pessoas institucionalizadas em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais.

Esta prioridade está também reafirmada no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA) 2010-2016 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010), ao relevar o facto dos acidentes não intencionais constituírem um grave problema de saúde pública e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o setor da saúde ser fundamental para a redução deste problema, planeando e executando intervenções nos locais com maior risco.

Segundo o PNPA 2010-2016 (DGS, 2010), são várias as resoluções¹ emanadas pela OMS (2005), recomendações² da União Europeia (UE), e instituições governamentais a incentivar o setor da saúde para o desenvolvimento de intervenções integradas, baseadas na metodologia de saúde pública tendo em vista a prevenção de acidentes e a promoção da segurança nos locais onde as pessoas vivem. De facto, “a prevenção de acidentes, baseada numa intervenção de saúde pública, é útil quando combina: estratégias de mudança dos ambientes e respostas dirigidas para os grupos mais vulneráveis” (p.4). Do referido programa consta que os acidentes domésticos e de lazer contribuem para as principais causas de morte e incapacidade.

Com a reforma dos cuidados saúde primários, iniciada em 2005 e após a reorganização estrutural e funcional do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a criação dos ACES³, constitui uma rede de serviços que pode contribuir para a implementação, no território nacional, de políticas públicas de suporte para um exercício de cidadania mais responsável, com vista à obtenção de ganhos em saúde de forma sustentável, com base no desenvolvimento de planos regionais com metas e percursos estabelecidos em diálogo intersetorial.

O Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, estabelece a necessidade de os serviços com responsabilidade na saúde pública promoverem a vigilância e investigação epidemiológica e planearem de forma integrada programas e projetos que protejam e promovam a segurança e a saúde, bem como a avaliação dos mesmos de forma a corrigir desvios.

¹ EUR/RC55/10; EUR/RC55/R9

² 2007/C 164/01

³ Serviços desconcentrados das Administrações Regionais de Saúde que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população, desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, através de um conjunto de unidades funcionais.

A implementação de processos formativos é também objeto de recomendação em diferentes dispositivos legais, de entre os quais destacamos a Informação Técnica nº 03/12 da DGS (2014), que diz respeito à formação em emergência e primeiros socorros no local de trabalho, recomendando o contributo dos responsáveis das instituições pela implementação das medidas de primeiros socorros. Também a Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, que regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção de segurança e saúde no contexto de trabalho, define que os trabalhadores devem dispor de conhecimentos atualizados no sentido de prevenir riscos para a saúde bem como a promoção de hábitos e comportamentos saudáveis no contexto de trabalho.

Desta forma, entendemos pertinente dar continuidade às etapas do planeamento em saúde, de forma a responder às necessidades formativas identificadas, em primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais dos AAD. Daí a importância que atribuímos à formação destes profissionais que trabalham em ERPI para que possam intervir de forma adequada e segura em situação de acidentes não intencionais de grupos vulneráveis como são os idosos.

Assim, com este relatório pretendemos: *i)* Desenvolver as etapas do planeamento em saúde; *ii)* Implementar um projeto de intervenção em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais *iii)* Avaliar os conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, decorrentes da implementação do projeto de intervenção. *iv)* Avaliar competências desenvolvidas em suporte básico de vida seis meses após implementação do projeto de intervenção.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório é a descritiva, analítica e reflexiva, com recurso à revisão da literatura científica, orientação científico-pedagógica, e reuniões de supervisão para a definição de procedimentos para a operacionalização do projeto.

O presente relatório está estruturado nas seguintes partes: *i)* planeamento em saúde, dando conta do percurso realizado até à definição de prioridades; *ii)* planeamento em saúde, com explicitação do planeamento e execução do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”, integrando as etapas da metodologia do planeamento em saúde, privilegiando no enquadramento teórico os aspetos relacionados com os temas em análise, a capacitação comunitária, o contexto de exercício profissional dos AAD, o processo de envelhecimento e as respostas sociais; seguiu-se a justificação, objetivos

e estratégias e preparação operacional do projeto de intervenção; a avaliação do projeto de intervenção diz respeito à avaliação de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais e competências em suporte básico de vida; na conclusão sintetizamos os resultados mais importantes do projeto de intervenção e apresentamos sugestões de melhoria para a continuidade do projeto.

2. PLANEAMENTO EM SAÚDE: DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE À DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A metodologia do planeamento em saúde surge como a necessidade de estruturar a ação do setor da saúde, particularmente dos seus profissionais, tornando o seu desempenho profissional mais eficaz e eficiente, otimizando recursos logísticos, financeiros, humanos e materiais que lhe são adstritos, no entanto, progressivamente mais escassos, de forma a tornar sustentável a melhoria do estado de saúde da população que abrange. Tem como finalidade a identificação e resolução dos problemas de saúde da população abrangida. A pertinência do que se pretende estudar, os programas de ação e atividades projetadas são determinadas pela concordância entre diagnóstico e as necessidades (Imperatori, 1993a).

Iniciamos a aprendizagem da metodologia do planeamento em saúde na unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária, que teve como objetivo primordial o diagnóstico de situação relativo às necessidades formativas dos AAD que exercem funções em estruturas residenciais de pessoas idosas, da área de abrangência geodemográfica da UCC Vila Real 1.

Lopes Dias (1974), segundo Imperatori e Giraldes (1993), refere ainda que uma população passa constantemente por um processo evolutivo, daí a necessidade de planear para responder às novas necessidades, mais exigentes da população e serviços. A evolução do conhecimento e das técnicas é constante, havendo necessidade de uma maior especialização profissional e aquisição de aptidões que tornem os profissionais do setor mais competentes. Deste modo, o planeamento em saúde corresponde a “um conjunto de decisões programadas, previstas, e o seu resultado é uma mudança sócio-cultural As mudanças que advêm do plano passarão, sucessivamente, por etapas de conhecimento, motivação, apreciação, experimentação e, finalmente, adopção” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.24). O planeamento em saúde está estritamente ligado com a educação para a saúde, uma vez que os seus resultados dependem diretamente da gestão de conhecimento dos intervenientes no processo, daí a importância da formação para o êxito de um plano. A educação para a saúde (EpS) da população, de forma respeitosa, justa, rigorosa e independente, é um dos maiores desafios colocados, hoje em dia, a todos os agentes envolvidos na saúde.

De forma sumária passaremos a enunciar, genericamente, as diferentes etapas que integram o planeamento em saúde e que lhe dão consistência enquanto metodologia de trabalho. O diagnóstico de situação de saúde permite identificar as necessidades de um grupo ou de uma comunidade. A segunda fase do processo de planeamento em saúde corresponde à definição, escolha ou seleção de prioridades, tornando-se fundamental uma vez que será difícil responder com a mesma prontidão a todas as necessidades detetadas. Esta etapa é condicionada pela etapa anterior – diagnóstico de situação – e determinará a etapa seguinte – a fixação de objetivos (Imperatori, 1993b).

De acordo com os problemas definidos como prioritários, a fixação de objetivos é determinada de forma a responder aos problemas identificados. Para o efeito e dando continuidade ao processo de planeamento, torna-se essencial definir um conjunto de estratégias que nos vai permitir atingir os objetivos propostos. Seguidamente, a metodologia do planeamento em saúde orienta-nos para o detalhe das atividades necessárias ao processo de execução das estratégias, ou seja, a elaboração de programas e projetos de intervenção. Para o sucesso de um programa ou projeto é essencial a minuciosa preparação da execução. Finalmente, a fase de avaliação permite-nos refletir sobre os resultados obtidos relativamente aos objetivos traçados. No entanto, como refere Imperatori (1993a), o planeamento em saúde é um processo cíclico, dinâmico e contínuo, e uma vez terminada a avaliação dever-se-á voltar ao diagnóstico de situação, reformulando-o à nova realidade.

É essencial que o planeamento em saúde seja um processo contínuo e dinâmico, sendo necessário utilizar os recursos de uma forma eficaz e eficiente, ou seja, dando solução ao maior número possível de problemas em saúde, considerados como prioritários. O planeamento em saúde, metodologia usada no presente estudo, é considerado como um conjunto de decisões programadas com o objetivo de alterar o estado de saúde das populações e comunidades, implicando uma coordenação de esforços dos diversos setores sociais e económicos (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste contexto, é da responsabilidade do EEECSPP elaborar diagnósticos de saúde, dirigidos às necessidades reais das populações, envolvendo os diversos setores da comunidade. Um diagnóstico de saúde corresponde à análise de uma dada realidade social num determinado contexto social, espacial e temporal, respeitante a uma ou várias situações problemáticas, com a finalidade de servir de base para programar ações concretas e proporcionar um quadro de situação que sirva para selecionar e estabelecer as estratégias de atuação. Através da aplicação de um instrumento de recolha, conseguimos

estabelecer o diagnóstico de situação de uma determinada comunidade, neste caso específico de AAD de idosos institucionalizados em estruturas residenciais, cujos principais resultados se passam a explicitar posteriormente. Previamente serão sumariados alguns indicadores que permitirão um enquadramento de saúde, social e económico do contexto geodemográfico em questão.

A primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação. A pertinência do que se pretende estudar, os programas de ação e atividades projetadas são determinadas pela concordância entre diagnóstico e necessidades (Imperatori, 1993a).

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o concelho de Vila Real é importante conhecer os indicadores sociodemográficos desta região. Esta caracterização é importante quer na identificação de necessidades quer no delineamento de estratégias de intervenção. Pretendemos, de forma sumária (Tabelas 1 e 2), proporcionar informação referente ao contexto geodemográfico da população do concelho de Vila Real, em comparação com o continente e a região norte. Os dados apresentados serão apresentados em função do local de residência, para o ano de 2011, segundo o último censo (INE, 2012), e no que respeita aos dados de 2014, são relativos a projeções pós censitárias efetuadas pelo INE.

Tabela 1.

Densidade populacional e população residente por local de residência, sexo e grupo etário

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2013)	Grupo etário (Por ciclos de vida)						Densidade populacional (N.º/ km²)
		População Residente			População ≥65 anos			
		HM N.º	H N.º	M N.º	HM N.º	H N.º	M N.º	
2014	Continente	9869783	4681840	5187943	2033339	847187	1186152	110,8
	Norte	3621785	1720635	1901150	667579	278060	389519	170,1
	Vila Real	50626	24102	26524	9608	3951	5657	133,6
2011	Continente	10030968	4784990	5245978	1937616	804625	1132991	112,6
	Norte	3687224	1763848	1923376	627067	259047	368020	173,2
	Vila Real	51782	24663	27119	9150	3698	5452	136,7

Fonte: INE, 2015a

Relativamente ao ano de 2011, a densidade populacional do concelho de Vila Real foi de 136,7 hab./km², valor inferior à região norte (173,2 hab./km), e superior ao valor definido para o continente (112,6 hab./km²). Relativamente à caracterização da população, para o ano de 2014, a densidade populacional do concelho de Vila Real foi de 133,6 hab./km², o que comparativamente à região norte (170,1 hab./km²) representa um valor inferior, embora superior em relação ao continente (110,8 hab./km²). Concluimos, pelo Censos de 2011 e projeção pós-censitária de 2014, que a tendência de diminuição da densidade populacional se

mantém para o continente, a região norte e o concelho de Vila Real, enquanto a população com ≥ 65 anos terá tendência para aumentar. Mais especificamente, em relação ao concelho de Vila Real, segundo as projeções de 2014, a população passará de 9.150 idosos para 9.608.

Tabela 2.
Índices de envelhecimento e dependência

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2013)	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de dependência total
2014	Continente	144,3	31,6	53,6
	Norte	132,2	27,3	47,9
	Vila Real	137,3	28,2	48,8
2011	Continente	130,5	29,3	51,8
	Norte	114,1	25	46,9
	Vila Real	120,4	26,1	47,8

Fonte: INE, 2015a

Quanto ao índice de dependência total⁴ para o concelho de Vila Real, foi no ano de 2011, 47,8%, superior ao valor da região norte (46,9%), mas inferior ao valor do continente (51,8%). Relativamente ao ano de 2014, mantém-se o mesmo cenário, sendo para o concelho de Vila Real 48,8%, região norte (47,9%) e continente (53,6%). Quanto ao índice de dependência de idosos⁵ no concelho de Vila Real, que tem vindo a aumentar desde 1960 até à atualidade, foi no ano de 2011 de 26,1%, superior à região norte (25%) e inferior ao continente (29,3%). Relativamente a 2014, para o concelho de Vila Real foi de 28,2%, região norte (27,3%) e continente (31,6%). Constata-se, de uma forma geral, que o índice de dependência total e o índice de dependência de idosos continuam a aumentar.

Outros indicadores são relevantes para compreender o desenvolvimento político e social de um país. De um modo geral, é consensual que uma sociedade educada e bem informada é fundamental para que um país se possa desenvolver de forma sustentada, minimizando as iniquidades sociais resultantes de desequilíbrios económicos. Neste sentido, o exercício do dever de cidadania ativa pressupõe uma sociedade informada. Os indicadores de atividade económica local condicionam o rendimento disponível dos agregados familiares na procura de melhores condições de vida e no acesso a cuidados de saúde. A taxa de emprego no

⁴ Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas com 15-64 anos) (INE, 2012).

⁵ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas com 15-64 anos), (INE, 2012).

município de Vila Real, em 2011 (últimos dados disponíveis) é de 48,6%, semelhante à de Portugal (48,5%), maioritariamente no setor terciário (79,1%), enquanto em Portugal, era de 70,1%. Em 2012, estavam inscritos no centro de emprego na situação de desempregado 3.274 pessoas, e os beneficiários do Rendimento de Inserção Social eram, em 2011, 1.888 e, em 2014, 1.563.

Apresentado o contexto geodemográfico, importa agora apresentar as razões que fundamentaram a realização do diagnóstico de situação referente aos AAD que prestam cuidados em ERPI. É de sublinhar que um dos eixos estratégicos do PNPA 2010-2016 (DGS, 2010), aponta para o reforço da ação comunitária na promoção da segurança e prevenção de acidentes domésticos e de lazer, em particular dos grupos prioritários e vulneráveis, tal como são as pessoas idosas. É referido que os locais mais frequentes de ocorrência de acidentes são o domicílio (50%), seguindo-se as instituições de acolhimento (21%). Foi neste enquadramento e na problemática do envelhecimento demográfico que caracteriza o país e, de modo particular, o interior norte, que a UCC Vila Real 1 atribui relevância à elaboração do diagnóstico de situação e à possibilidade de uma estratégia de intervenção. Por outro lado, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) já tinha sido confrontada pelos AAD com pedidos explícitos de formação no âmbito de primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais, particularmente, domésticos e de lazer, a que não é alheio a perceção dos enfermeiros da UCC sobre a elevada suscetibilidade dos idosos para acidentes. Estava fundamentada e sustentada a realização do diagnóstico de situação relativo às necessidades formativas dos AAD que exercem funções nas ERPI, da área geodemográfica de influência da UCC Vila Real 1, no âmbito de primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, definindo-se os seguintes objetivos: i) Caracterizar a população dos AAD sob o ponto de vista sociodemográfico e profissional; ii) Avaliar os conhecimentos dos AAD em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais; iii) Identificar, na perceção dos AAD, quais os fatores de risco/causas de acidentes mais frequentes.

De seguida apresentamos, resumidamente, os resultados mais relevantes do diagnóstico de situação de saúde em que participaram 38 AAD, com média de idades de 41 anos e baixa escolaridade. É de salientar que foram identificadas necessidades de formação em primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais, devido ao défice de conhecimentos e à formulação explícita de necessidades de formação nestes domínios.

Dando cumprimento à segunda etapa da metodologia do planeamento em saúde, torna-se indispensável definir prioridades e identificar os problemas de saúde nos quais se pode intervir de uma forma mais consistente (Imperatori, 1993b). Segundo este autor, a definição de prioridades “deverá ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação” (p.64) que, no caso particular, se atendeu ao tempo disponível, às prioridades da UCC e às solicitações dos parceiros comunitários.

Para a definição de prioridades usamos o método de Hanlon que, segundo Tavares (1990) se baseia em quatro componentes: A) magnitude ou amplitude do problema; B) gravidade do problema; C) eficácia da solução; D) exequibilidade do projeto ou da intervenção, que integra cinco componentes – pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade, sumariados na Tabela 3.

Tabela 3.
Determinação de prioridades pelo método de Hanlon

Prevenção de acidentes		Primeiros socorros	
A	2	A	2
B	5	B	8
C	1,5	C	1,5
D	1	D	1
Prioridade = (A+B) (CxD)		Prioridade = (A+B) (CxD)	
Prioridade = (2+5) (1,5x1) = 10,5		Prioridade = (2+8) (1,5x1) = 15	

Após a aplicação deste método, consideramos que o défice de conhecimentos em primeiros socorros é prioritário relativamente ao défice de conhecimentos em prevenção de acidentes. No entanto, como afirma Tavares (1990), a definição de prioridades não significa que não se deva dar resposta aos outros problemas diagnosticados, embora com prioridade menos urgente. Ao priorizar pretende-se rentabilizar os recursos materiais, financeiros, logísticos e de tempo.

3. PLANEAMENTO EM SAÚDE: DO PLANEAMENTO À EXECUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO “CAPACITAÇÃO DOS AAD DE ERPI EM PRIMEIROS SOCORROS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES”

O caminho percorrido durante as primeiras duas etapas do planeamento em saúde englobou a recolha de informações, que nos permitiu elaborar o diagnóstico de situação de saúde dos AAD de duas ERPI que participaram no projeto e da área de abrangência da UCC Vila Real 1. De forma a dar continuidade às primeira e segundas etapas do planeamento em saúde (diagnóstico de situação e definição de prioridades), realizadas no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária do Mestrado em Enfermagem Comunitária, pretendemos desenvolver um projeto de intervenção dirigido aos AAD, com a finalidade de reduzir ou minimizar as consequências que decorrem de situações que colocam em risco a vida da pessoa idosa.

Neste capítulo descreve-se a planificação, execução e avaliação do projeto de intervenção denominado “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”.

3.1. Enquadramento teórico para o projeto de intervenção

No decurso da fase conceptual, o investigador define conceitos, desenvolve ideias e junta documentação sobre o tema a investigar, com vista a clarear ideias sobre o conteúdo do problema (Fortin, Côté & Filion, 2009). Com a informação existente sobre o tema podemos definir qual a orientação adequada para o estudo pretendido e traçar os objetivos de forma a responder aos problemas previamente identificados e priorizados. O conhecimento aprofundado do campo conceptual que enquadra a problemática diagnosticada permite-nos planear o projeto de intervenção de forma adequada e eficaz. Assim, o enquadramento teórico de referência desenvolver-se-á nas seguintes linhas orientadoras: *i)* primeiros socorros - abordagem de conceitos de primeiros socorros e suporte básico de vida que nos permitiu orientar e fundamentar o plano formativo, integrante do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”; *ii)* fatores de risco de acidentes não intencionais - descrição dos principais fatores de risco intrínsecos e extrínsecos

associados à ocorrência de acidentes não intencionais em idosos; *iii*) prevenção de acidentes não intencionais – eixos estratégicos do PNPA 2010-2016, que promovem uma política de prevenção de acidentes; *iv*) *Capacitação comunitária* - incentivo à ação dos serviços de saúde na cooperação com parceiros comunitários no estabelecimento de programas e projetos que intervenham na formação dos AAD, particularmente na sua capacitação em primeiros socorros e prevenção de acidentes; *v*) AAD: da formação à aquisição de competências - abordagem do conceito de competência segundo vários autores, e a importância que a formação dos AAD, em contexto de trabalho, assume no seu desenvolvimento profissional através da aquisição de conhecimentos em primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais e desenvolvimento de competência em suporte básico; *vi*) multidimensionalidade do envelhecimento humano em Portugal - abordagem das principais teorias que justificam o envelhecimento biopsicossocial e caracterização sociodemográfica que facilita a compreensão da prevenção de acidentes não intencionais no idoso; *vii*) Respostas sociais - descrição das respostas sociais existentes em Portugal, onde os AAD desenvolvem a sua ação, nomeadamente as ERPI. São estes os campos conceptuais que constituem os pilares que enquadram o presente projeto de intervenção.

3.1.1. Primeiros socorros

Um dos eixos estratégicos do PNPA 2010-2016 (DGS, 2010) consiste em orientar a intervenção dos serviços de saúde para a prestação de cuidados de qualidade à vítima em todo o ciclo de trauma. É importante uma ação imediata, oportuna e fundamentada em conhecimentos e competências técnicas que permitam recuperar a vítima, evitando o agravamento da situação e minimizando as consequências.

Segundo a Occupational Safety and Health Administration (2006), corroborado pela DGS (2014), considera-se “primeiros socorros” o atendimento de emergência prestado no local do acidente em situação de lesão ou de doença súbita (p.1), que ocorre antes de chegar o atendimento especializado de emergência, visando evitar/minimizar o agravamento do estado de saúde da pessoa e/ou assegurar as suas funções vitais. Este conceito engloba os procedimentos primários e simples aplicados numa situação de emergência, e integra o processo de acionamento de pedido de socorro, comunicação e encaminhamento das situações de maior gravidade para atendimento especializado por profissionais de saúde (DGS, 2014).

A probabilidade de sobreviver e recuperar quando se está em risco de vida depende da forma como se é socorrido. Quando se está em risco de vida, habitualmente, ficamos dependentes da ajuda de quem assiste ao acontecimento. Por essa razão, qualquer cidadão vítima de acidente ou doença súbita fica na dependência de quem presencia o acontecimento. Em condições ideais, todo o cidadão devia estar preparado para saber o que fazer, ou seja, prestar primeiros socorros. O direito de cada um de nós sentir que deve ter direito a ser socorrido, então terá também a obrigação de socorrer se presenciar alguém em dificuldade. É, portanto, um ato de cidadania (Conselho Português de Ressuscitação [CPR], 2010; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012). É neste contexto e com base nos pressupostos descritos anteriormente que consideramos importante que, além das competências funcionais⁶ dos AAD, sejam desenvolvidos conhecimentos em primeiros socorros e competências em suporte básico de vida.

O conceito de cadeia de sobrevivência resume os procedimentos indispensáveis para o sucesso do socorro. Cada um dos procedimentos sucede ao anterior e é continuado pelo seguinte, estando todos dependentes e encadeados uns nos outros. Constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo liga o procedimento anterior ao seguinte. Nesta lógica, todos os elos da cadeia são igualmente importantes, para evitar que, em situações de tensão, as cadeias partam pelos elos mais fracos. A noção de que cada um dos elos da cadeia é vital para que o resultado final possa ser bem-sucedido, constitui o conceito de “cadeia de sobrevivência”. Os quatro elos da cadeia de sobrevivência são, reconhecimento precoce da situação de emergência e pedido de ajuda, início precoce das manobras de suporte básico de vida, desfibrilhação precoce e suporte avançado de vida, finalizando com cuidados pós reanimação eficazes. Os primeiros socorros dividem-se em três categorias, cuidados básicos, suporte básico de vida e suporte avançado de vida. Para prestar cuidados básicos, é necessário saber atuar corretamente nas situações mais simples, sendo que, na maioria das vezes, faz a diferença para a resolução do problema. Temos como exemplo tratar uma ferida, uma queimadura, uma hemorragia, etc...). No nosso quotidiano acabamos por socorrer alguém, prestando cuidados básicos (CPR, 2010; INEM, 2012).

O suporte básico de vida consiste num conjunto de procedimentos e atitudes que tem como objetivo reconhecer as situações em que há perigo de vida iminente, pedir ajuda quando justificado e iniciar de imediato as intervenções que permitem manter a circulação e

⁶ Decreto-Lei n.º 414/99 de 15 de outubro.

oxigenação dos órgãos nobres até à chegada de ajuda especializada. Tem a função essencial de reanimar e ganhar tempo no sentido de potenciar as restantes intervenções e tratamentos particularmente do suporte avançado de vida. Retarda a deterioração dos órgãos nobres, como o coração e o cérebro, entre outros. As suas manobras asseguram o fornecimento de oxigénio e outras substâncias essenciais à vida até à chegada de outros recursos. Inclui a avaliação inicial, a permeabilização das vias aéreas, a ventilação com ar expirado ou com recurso a auxiliares da via aérea e compressões torácicas. Na maior parte das situações de paragem cardiorrespiratória no adulto, o suporte básico de vida não é por si só suficiente para recuperar as vítimas, sendo imprescindível a ajuda de meios de suporte avançado de vida (SAV) e profissionais com treino específico. O SAV consiste na reanimação com uso de técnicas, equipamento e pessoal especializado. O seu sucesso está dependente da eficácia, eficiência e precocidade das manobras de suporte básico de vida (CPR, 2010; INEM, 2012).

Assim sendo, a principal função do socorrista é manter a vítima viva, não provocar outras lesões ou agravar as já existentes e colaborar com os técnicos de saúde mais qualificados que estejam no local. Para isso, é necessário seguir os princípios gerais do socorrismo: proteger, alertar e socorrer. Proteger surge como melhor opção para evitar acidentes. Alertar consiste na ativação de outros meios de socorro mais diferenciados para o efeito, geralmente através do número europeu de emergência, o 112. Socorrer é definir prioridades e prestar primeiros socorros. Muitos acidentes ou doenças provocam paragem cardiorrespiratória (PCR), exigindo dos prestadores uma resposta rápida em suporte básico de vida. As causas mais frequentes de PCR são a doença cardíaca súbita, os traumatismos graves (quedas, acidentes de trabalho....) afogamentos, intoxicações e engasgamento. “Tempo é vida”.... é importante que todos os AAD possuam formação em suporte básico de vida, de forma a ganhar tempo até chegar suporte avançado de vida (CPR, 2010; INEM, 2012).

Segundo a American Heart Association (2010), a aprendizagem de primeiros socorros adquire-se através de exercícios práticos. Neste sentido, o interveniente em primeiros socorros deverá rever regularmente os seus conhecimentos, de modo a desenvolver e a manter atualizadas as suas competências, e praticá-las através de simulações repetidas, por forma a dominar o modo de administração dos primeiros socorros em caso de urgência.

Segundo a mesma associação, o socorrista é um salvador não profissional que faz parte do público em geral. Chama-se igualmente “socorrista não diplomado”, pois, enquanto prestador de cuidados, não tem a obrigação de dar resposta às situações de emergência médica. Ser

socorrista pressupõe uma obrigação cívica para com os outros. O socorrista é uma pessoa que se empenha plenamente sempre que haja vidas em perigo e que sabe tornar-se útil. Assim, socorre imediatamente a vítima, esteja ela gravemente atingida ou não, antes de os serviços de emergência pré hospitalar se responsabilizarem pela mesma ou de uma pessoa mais qualificada, como seja um profissional de saúde, tomar conta da situação. O socorrista é também, toda a pessoa que, no âmbito das suas funções profissionais, tem o dever de dar resposta às situações de urgência/emergência médica. Estes intervenientes são pessoas cujas atividades profissionais exigem o domínio dos aspetos teóricos e práticos inerentes aos cuidados imediatos de reanimação, membros habilitados e qualificados em primeiros socorros no local de trabalho.

A nível institucional, como numa ERPI, o socorrista intervém de acordo com um plano preciso, plano específico de primeiros socorros. Deve assumir a responsabilidade da situação seguindo uma linha de ação definida, enquanto aguarda pela chegada dos serviços de emergência pré hospitalar. Sendo a sua função limitada e temporária. No entanto, a sua capacidade para avaliar correta e rapidamente a urgência da situação, a celeridade na intervenção e os seus conhecimentos e competências são determinantes. Quando a vítima está em risco todos os segundos contam. O socorrista é, então, um líder indispensável que coordena as intervenções e comunica simultaneamente, de forma clara e precisa, com os colegas de trabalho e familiares da vítima. Além disso, a sua colaboração com os meios de socorro assegura a continuidade da informação relativa ao conhecimento, ao estado da vítima e aos cuidados urgentes a prestar (Brunet, Courchesne, Huot & Lacombe, 2014). Assim que chega ao local deve garantir a segurança e tomar as medidas necessárias para que a vítima, as testemunhas e ele próprio não sofram lesões. O socorrista é responsável pelos primeiros socorros que administra. Isto ignifica que tem o dever de responder pelos seus atos e que é imputável pelos mesmos. No entanto, o auxílio a uma pessoa em perigo é um gesto crucial e gratificante para a pessoa que o faz. Para evitar problemas, a regra da conduta é simples: o socorrista não deve ser demasiado temerário nem demasiado imprudente, pois poderá, com os seus gestos, contribuir para o agravamento da situação.

Internacionalmente é reconhecida a importância no artigo 2º, do capítulo 1 da Carta do Quebeque dos direitos e liberdades da pessoa, que “todo o ser humano cuja vida está em perigo tem o direito a ser socorrido. Toda a pessoa deve prestar socorro ... pessoalmente ou solicitando socorro ..., prestando-lhe a ajuda física necessária e imediata, a não ser que haja

risco para ela ou para terceiros ou por outro motivo razoável” (Brunet et al., 2014). Prestar assistência a uma pessoa cuja vida esteja ameaçada é uma obrigação cívica. Todavia, o socorrista só pode agir dentro dos limites das suas capacidades. O socorrista não está obrigado a intervir diretamente junto da vítima se isso comportar um risco para a sua própria vida ou de outra pessoa ou se existir qualquer outro motivo razoável, incapacidade física, insuficiência de conhecimentos. No entanto, numa situação de urgência, o socorrista deverá colocar em prática todos os meios razoáveis para resolver a situação.

3.1.2. Fatores de risco de acidentes não intencionais

Os acidentes são ocorrências frequentes na população idosa. A elaboração de estratégias de prevenção e cuidados de saúde adequados passa pelo conhecimento dos fatores que as causam (Cruz et al., 2012).

Para o planeamento do projeto de intervenção que propomos implementar, de forma a responder às necessidades formativas identificadas na fase de diagnóstico, torna-se oportuno abordar os conteúdos temáticos que servirão de suporte às ações de formação que constituem a intervenção direcionada para os AAD.

Os diferentes autores são unânimes em identificar um elevado número de fatores como causadores de acidentes, identificados como fatores de risco. De acordo com Buksman, Vilela Pereira, Lino e Santos (2008), para além dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, identificam-se, ainda, fatores comportamentais ou de exposição ao risco. Assim, constituem fatores de risco intrínsecos: i) *história prévia de quedas* – pelo menos uma queda no ano anterior aumenta o risco de queda no ano seguinte; ii) *idade avançada* – a maior parte dos estudos conclui que existe associação entre o risco de acidente e o aumento da idade; iii) *sexo feminino* – maior predisposição para as quedas na mulher que no homem; iv) *uso de medicamentos* – o uso de medicamento como os psicotrópicos, diuréticos, antiarrítmicos, vasodilatadores, sedativos e a associação de quatro ou mais medicamentos aumenta o risco de acidente; v) *condição clínica* – presença de doença como hipertensão, diabetes, doenças neurológicas ou articulares que alterem a força muscular, a marcha ou o equilíbrio, doenças agudas ou situações crónicas bem como hipotensão ortostática; vi) *distúrbios da marcha e equilíbrio* – podendo ser resultantes do envelhecimento, se houver diminuição da força e da resistência prejudicando a manutenção das atividades de vida diárias; vii) *sedentarismo* – pela

predisposição a fortes alterações músculo-esqueléticas; viii) *estado psicológico* – o medo de sofrer no acidente, e levar a uma diminuição das atividades físicas e sociais. Estados depressivos também podem estar na origem de acidentes; ix) *deficiência nutricional* – pode levar a diminuição da força muscular, distúrbios da marcha e osteoporose; x) *declínio cognitivo* – mesmo pouco acentuado também pode conduzir a ocorrência de quedas; xi) *deficiência visual* – diminuição da acuidade visual; xii) *deficiência auditiva* – diminuição da acuidade auditiva; xiii) *doenças do foro ortopédico* – a nível cervical provocam tonturas e desequilíbrios, doenças dos pés, úlcera ou dor ao caminhar, pode propiciar o risco de queda; xiv) *estado funcional* – o risco de acidente está diretamente relacionado com o aumento da dependência funcional.

Segundo os mesmos autores, os acidentes podem ser ocasionados por fatores de risco extrínsecos, como sendo: i) iluminação inadequada; ii) tapetes soltos ou com dobras; iii) superfícies escorregadias; iv) degraus estreitos ou altos; v) ausência de corrimãos em corredores e quartos de banho; vi) prateleiras demasiado altas ou demasiado baixas; vii) vestuário e sapatos inadequados; viii) obstáculos no caminho, como móveis baixos, fios, pequenos objetos; ix) ortóteses inadequadas; x) via pública em mau estado de conservação.

Considerando que sobre os factores de risco extrínsecos é mais viável a possibilidade de intervenção, pretendemos seguidamente apresentar as medidas de prevenção, que podem minimizar e/ou reduzir a ocorrência de acidentes não intencionais.

3.1.3. Prevenção de acidentes não intencionais

A referência ao PNPA 2010-2016 (DGS, 2010) é estruturante para uma política de prevenção de acidentes, tendo como principais objetivos promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais, melhorar a intervenção de emergência e garantir respostas de qualidade e serviços integrados para as vítimas de lesões e traumatismos. O presente projeto de intervenção pretende ser um contributo para os objetivos do PNPA.

Cabe ao setor da saúde a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos da área geodemográfica que abrange. Estruturam-se numa rede de unidades funcionais, contribuindo para a implementação de políticas públicas de prevenção de acidentes e promoção da saúde. São também responsáveis pela investigação em saúde, controlo e

avaliação de resultados, determinação dos ganhos em saúde, desenvolvendo planos regionais com metas e percursos específicos para a população que abrange.

De acordo com dados estatísticos do INE, que constam no PNPA 2011-2016 (DGS, 2010), os acidentes intencionais e não intencionais constituem a quinta causa de morte, com 4.606 do total de óbitos ocorridos, que se pretende caracterizar. No conjunto de óbitos por acidentes, 52% foi de causa não intencional e 73% dos acidentes não intencionais ocorreu no sexo masculino e 27 % no sexo feminino. O grupo etário com mais de 75 anos é o que contribui com maior número de óbitos (27%) e o número de internamentos hospitalares do SNS, no território continental, contabilizou 72.152, cuja causa está relacionada com acidentes, dos quais 29.387 ocorreram em pessoas com mais de 65 anos de idade. A demora média de internamento para o grupo etário 85 e 89 anos, foi de 9,5 dias, com um máximo de 13,5 dias.

Ainda segundo dados do INE (2015), em 2013, registaram-se no país 2.037 mortes devido a acidentes e sequelas (V01--X59,Y85-Y86), sendo 1.373 óbitos em homens e 664 em mulheres. As mortes provocadas por estas causas representaram 1,9% da mortalidade no país, correspondendo a 2,5% do total de óbitos em homens e 1,3% em mulheres. A relação de masculinidade dos óbitos, para o total, foi de 206,8 óbitos masculinos por cada 100 femininos e a idade média foi de 64,4 anos (60,3 para os homens e 73,1 para as mulheres). O número de óbitos em pessoas com 75 anos ou mais anos perfaz 886, sendo 463 no sexo masculino e 423 no sexo feminino. Relativamente a causas externas de lesão e envenenamento (cid-v01-y89), verificaram-se no país 4.227 óbitos, sendo que 70% corresponde ao sexo masculino. O número de óbitos em idosos com 75 ou mais anos totalizaram 1.778, sendo 940 do sexo masculino e 838 do sexo feminino. No que respeita ao caso específico das quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados (W00-W20), registaram-se no país 538 mortes, correspondendo 327 óbitos a homens e 211 a mulheres. A idade média de óbitos em 2013 foi de 74,7 anos. No que respeita a envenenamento accidental (cid-10: x40-x49), ocorreram 50 óbitos (30 do sexo masculino e 20 do sexo feminino), sendo que acima dos 75 anos de idade, foram totalizados 16 casos (6 são do sexo masculino e 10 do sexo feminino).

De acordo com o PNPA 2010-2016 (DGS, 2010), as projeções da OMS colocam, em 2020, os acidentes “intencionais e não intencionais” como a terceira causa de morte, a seguir às doenças cardiovasculares e à depressão. Na UE, os acidentes (intencionais e não intencionais) representam um gasto de 10% dos recursos hospitalares, e foram responsáveis por 255.850 mortes por ano. Importa sublinhar que 70 % das mortes foi devido a causas não intencionais.

A OMS e a UE têm vindo a assumir um papel ativo na prevenção e promoção da segurança, em virtude da relevância do peso dos acidentes na mortalidade. As recomendações e resoluções aprovadas em várias Assembleias Mundiais da Saúde, Assembleias-Gerais das Nações Unidas e no Parlamento Europeu expressam a necessidade de intervir sobre os acidentes, apelando aos países para integrarem nas suas políticas nacionais programas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes. O setor da saúde, segundo a OMS, é essencial para a resolução deste problema, devendo desenvolver planos de ação para a aplicação das recomendações e resoluções da Assembleia Mundial da Saúde (DGS, 2010).

A relevância deste problema de saúde levou a que, a 31 de maio de 2007, a reunião do Conselho da UE, aprovasse a recomendação sobre “Prevenção de lesões e promoção da segurança”, sugerindo aos estados membros que, entre outras medidas, estabeleçam planos nacionais, que incluam a sensibilização pública para as questões de segurança e a prevenção dos acidentes, devendo ser prestada especial atenção aos grupos mais vulneráveis, tais como os idosos. A prevenção de acidentes, baseada numa intervenção de saúde pública, é útil quando combina: estratégias de mudança dos ambientes, respostas dirigidas para os grupos mais vulneráveis e canaliza os resultados da avaliação e da investigação para intervenção comunitária (DGS, 2010). Segundo a mesma fonte, o Observatório Nacional de Saúde refere que uma em cada três pessoas idosas sofre, por ano, um acidente doméstico, pelo que se conclui ser necessário uma intervenção formativa eficaz de cariz preventivo, junto dos cuidadores, sendo os AAD os profissionais cujo conteúdo funcional lhes permite uma proximidade privilegiada, com vista a minimizar o número e consequências associadas a estas ocorrências.

No que respeita à definição de acidentes, são codificados de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças da OMS (CID-10), agrupados no capítulo XIX, sob a designação de “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”. Segundo as suas causas, subdividem-se em: 1) “acidentes” (códigos V01-X59), que correspondem aos acidentes de viação, afogamentos, quedas, intoxicações, asfixia, etc.; e 2) “lesões auto-provocadas intencionalmente” (códigos X60-X84), “agressões” (códigos X85-Y09) e “eventos cuja intenção é indeterminada e outros” (Y10-Y98). Os primeiros, são vulgarmente designados por acidentes não intencionais e, os segundos, por acidentes intencionais, denominações que utilizaremos neste documento.

Segundo o PNPA 2010-2016 (DGS, 2010), no âmbito dos acidentes não intencionais, incluem-se os acidentes domésticos e os de lazer sobre os quais irá incidir a nossa atenção no projeto de intervenção. No âmbito da designação acidentes domésticos e de lazer estão incluídos todos os acidentes ocorridos durante os tempos livres da população, em casa, em práticas desportivas, em períodos de lazer ou diversão, na rua, etc. A principal causa de morte acidental acima dos 65 anos é a queda, provocando no idoso consequências físicas e psicológicas importantes que afetam consideravelmente a sua autonomia levando a situações de dependência funcional e problemas sociais. O domicílio é o local mais frequente de acidentes na população idosa, seguindo-se as instituições de acolhimento. Os acidentes com idosos são causa de internamentos prolongados, onerosos, com grande necessidade de recursos humanos e materiais, e com mortalidade elevada associada. De acordo com o INE, e segundo a mesma fonte, o tempo médio de internamento das pessoas com mais de 75 anos é de 11 dias.

As áreas estratégicas de intervenção prioritária, na operacionalização do PNPA, são a promoção da cidadania, da saúde e segurança com ações direcionadas para os cidadãos em geral e ambientes específicos, como as estruturas residenciais para pessoas idosas, a prevenção de acidentes com ações direcionadas para grupos vulneráveis, como são os idosos, através da formação de profissionais de saúde e outros setores profissionais, onde se incluem os AAD. Ao setor da saúde cabe a coordenação, o planeamento e a execução de intervenções de ações que promovam a saúde e o bem-estar dos cidadãos, a excelência dos cuidados às vítimas de acidentes, potenciando a sua recuperação e minimizando as sequelas (DGS, 2010).

É ainda recomendado que as ações planeadas para as áreas de intervenção prioritárias devem ser desenvolvidas com os parceiros comunitários, entre os quais os serviços do ministério da saúde com competências nas diversas áreas. No âmbito do eixo estratégico promoção da saúde e segurança, reveste-se de particular importância a criação de um sistema de monitorização de acidentes não intencionais de forma a criarem-se plataformas de recolha e tratamento de dados que permitam planear, executar e avaliar planos de ação direcionadas para esta problemática, reforçada nas ações que se explicitam: *ação 2* - reforça a necessidade de criação de um Website sobre acidentes com informação específica para profissionais, com a finalidade de divulgar informação direcionada para a promoção da saúde e prevenção de acidentes, primeiros socorros e monitorização dos acidentes não intencionais; *ação 3* - apela para a elaboração de material informativo e recomendações promotores de comportamentos

seguros nos diversos locais e ambientes específicos, nomeadamente em ERPI; *ação 6* - visa promover a elaboração de recomendações sobre a prevenção de acidentes em ambientes e situação de risco acrescido dirigidas a grupos vulneráveis, como pessoas idosas, profissionais de saúde e cuidadores de idosos, a fatores de risco específicos, tais como consumo de substâncias psicotrópicas e medicamentos, e à difusão de materiais sobre primeiros socorros.

3.1.4. Capacitação comunitária

Considerando-se que a formação é uma das áreas estratégicas de intervenção prioritária do PNPA, este projeto de intervenção assenta num plano formativo, estruturado em sessões de formação, visando a capacitação dos AAD que exercem funções nas ERPI para a intervenção em primeiros socorros e prevenção de acidentes, promovendo a melhoria do seu desempenho profissional, de forma a responder às necessidades formativas previamente identificadas, com a finalidade de proteger a saúde de grupos específicos e minimizar as consequências resultantes de situações de vida críticas.

Muitas são as referências internacionais que valorizam a promoção da saúde como um processo participativo na obtenção de ganhos em saúde duradouros e efetivos. A OMS (1986) descreve promoção da saúde como “um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde” (p.12) e que está estritamente ligado ao conceito de capacitação individual ou comunitária. A Carta de Ottawa (1986) defende o reforço da ação comunitária como condição básica para a melhoria da saúde. No centro da ação comunitária, o *empowerment* das comunidades é assumido como forma dos grupos exercerem o controlo da sua própria saúde. Neste âmbito, a enfermagem em saúde comunitária tem a responsabilidade de se focalizar nas necessidades reais de saúde das populações, com atenção na promoção da saúde, prevenção da doença e na recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e família nelas integradas. Para consecução destes objetivos, os enfermeiros assumem, estrategicamente, a EpS bem como o planeamento, coordenação, gestão, execução e avaliação dos cuidados prestados.

Green e Kreuter (1991), tal como refere Laverack (2008), defendem que a promoção da saúde tem uma ação política e social que permite o desenvolvimento da comunidade transformando o seu ambiente psicossocial e de trabalho. Reportando-se a Keith Tones (1990), Laverack (2008) sugere que a promoção saúde e a EpS se encontram interligadas. A EpS serve-se de

estratégias pedagógicas que permitem às pessoas e grupos de uma comunidade adotar políticas estruturantes da promoção da saúde, consciencializando para os principais problemas de saúde pública. A EpS visa informar as pessoas, dotando-as de conhecimentos e estratégias que lhes permita adotar atitudes que favoreçam a adoção de comportamentos saudáveis promotores de saúde.

A Carta de Ottawa, documento fundamental para a promoção da saúde, em 1986 identificou, entre outros recursos, a educação como uma condição fundamental para a melhoria de saúde, definindo áreas de ação prioritárias para promover a saúde apelando ao poder político e ao sector da saúde para o desenvolvimento de projetos e programas dirigidos a grupos vulneráveis, como são população idosa, e seus cuidadores tendo em vista a promoção da segurança nos locais onde as pessoas vivem de forma a promoverem o seu bem estar.

Em 1991, a Declaração da Conferência de Sundsvall consagrou a segunda das cinco áreas de ação de promoção da saúde, nomeadamente a criação de ambientes favoráveis, sublinhando que os locais onde as pessoas residem, trabalham e passam os tempos livres são aspetos físicos e sociais que influenciam a saúde.

A importância do estabelecimento de novas parcerias com instituições públicas ou privadas é reforçada em 1997, através da Declaração da Conferência de Jacarta, como requisito estratégico fundamental para a promoção da saúde. Nesta conferência é ainda realçada a importância do acesso à educação e à informação como essencial para se conseguir o envolvimento de pessoas e comunidades, bem como a intervenção em ambientes específicos. Também a Declaração da Conferência do México sobre promoção da saúde, no ano 2000, chama a atenção para a importância de políticas e projetos e programas que visem melhorar a saúde e qualidade de vida das pessoas que vivem com necessidades específicas de saúde.

Se, por um lado, se reconhece que a saúde é afetada pelo grau em que uma pessoa sente que pode controlar os fatores que a determinam, por outro lado, é amplamente aceite que os indivíduos podem aumentar a sua capacidade no sentido de controlarem a sua saúde. Neste contexto, o processo que torna a comunidade capaz de adquirir capacidades de forma a proteger e promover a saúde é denominado de “*empowerment*” comunitário, que surge como uma estratégia da promoção da saúde.

Nájera Morrondo (2000) define o *empowerment* como “o processo pelo qual indivíduos e comunidades se capacitam para tomar o poder e atuar eficazmente na transformação das suas

vidas e do seu ambiente” (p.152). O autor acrescenta que existem dois tipos de *empowerment*: individual, de natureza mais individual, e comunitário, de âmbito político, ambos necessários no processo de promoção de saúde.

Enquanto o *empowerment* individual está relacionado com a capacitação e desenvolvimento de atitudes e comportamentos pessoais, o *empowerment* comunitário está ligado ao desenvolvimento de condições e recursos fundamentais para a melhoria da saúde, definidos na Carta de Ottawa, tais como estabelecimento de políticas de saúde, criação de ambientes favoráveis e reforço da ação comunitária. Segundo Laverack (2008), o *empowerment* comunitário inclui o *empowerment* das pessoas, o *empowerment* organizativo e as transformações sociais e políticos. Trata-se de um processo dinâmico, que se inscreve na sociedade, com transformações nas relações de poder entre grupos sociais.

O EEECSPP promove o *empowerment* comunitário, nomeadamente através das suas competências de planeamento em saúde, capacitação de grupos ou comunidades, coordenação de programas de saúde e vigilância epidemiológica. Desenvolve uma ação holística centrada na comunidade, tendo por base o seu percurso de formação especializada que lhe atribui competências específicas para participar no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Ao promover a capacitação de grupos e comunidades, é competente para: i) liderar processos comunitários, devendo para o efeito colaborar com outros parceiros comunitários, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade; ii) integrar conhecimentos de diferentes disciplinas, tais como enfermagem, educação, comunicação, ciências humanas e sociais, nos processos de mobilização e participação comunitária, de forma a implementar e avaliar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; iii) proceder à gestão da informação em saúde, utilizando abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e EpS (Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro de 2011, p.8667).

3.1.5. Ajudantes de ação direta: da formação à aquisição de competências

Vivemos num mundo globalizado, em que pessoas e organizações competem e valorizam a prestação de mais e melhores serviços. O sucesso de uma organização depende do desempenho profissional que os seus elementos evidenciem ao serviço da mesma. Por sua vez, o desempenho destes relaciona-se com as competências adquiridas e a forma como as transferem e mobilizam para a prática.

Desde há várias décadas que o contexto de trabalho tem sido compreendido como um espaço em que formação-ação se conjugam para potenciar o desenvolvimento profissional e das próprias organizações. Já em 1996, Delors salientava que “o mundo do trabalho constitui, igualmente, um espaço privilegiado de educação. Trata-se, antes de mais, da aprendizagem dum conjunto de aptidões e, a este respeito, importa que seja mais reconhecido, na maior parte das sociedades, o valor formativo do trabalho” (p.97). Segundo este autor, a sociedade exige uma contínua atualização dos conhecimentos, uma vez que está em mudança constante. A formação profissional surge como necessidade para o desenvolvimento de competências de forma a responder de forma eficaz e eficiente aos desafios profissionais.

Assim, importa reforçar que o processo de criação e circulação de conhecimento auxilia e torna mais rápido o processo de tomada de decisão, e como sublinha Monteiro e Pagliuca (2008), “as teorias devem guiar a prática, assim como o conhecimento que dá origem às teorias nasce dessa prática” (p.425). Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, ou seja, “a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender” (J. Dias, 2004, p.58).

Para que os elementos de uma organização se tornem competentes devem possuir certas qualidades que potenciam as suas competências. Devem saber interagir, mas devem também querer e poder interagir. Para Le Boterf (2005), a competência é ainda considerada como o resultado da junção de três fatores fundamentais: o saber agir, que supõe saber mobilizar e combinar recursos; o querer agir, que diz respeito à motivação do profissional; e o poder agir, que está relacionado com a capacidade de tomar decisões autonomamente.

Ramos e Bento (2007) descrevem cinco componentes das competências para que os profissionais sejam efetivamente competentes: *i)* aprender a saber, implica a aquisição de

conhecimentos para melhorar o desempenho profissional; *ii*) saber-fazer, implica a aquisição de habilidades e destrezas necessárias para a qualificação profissional de forma a habilitar os profissionais para lidar com diferentes situações; *iii*) saber-estar, relacionado com as atitudes e comportamentos de forma a promover as relações interpessoais, a capacidade de gerir conflitos, interajuda e o desenvolvimento da autonomia; *iv*) querer fazer, (motivação); *v*) poder-fazer (meios e recursos disponíveis).

No caso dos AAD, como profissionais prestadores de cuidados a pessoas idosas, necessitam de uma formação inicial e contínua que permita a aquisição de conhecimentos e competências para prestar cuidados com mais qualidade e segurança aos utentes. No entanto, não deve ser descurado que o grupo alvo de cuidados destes cuidadores formais é pessoas idosas com necessidades específicas que exigem uma ligação relacional e afetiva muito forte (Jacob, 2002).

A aquisição de competências pelas pessoas/profissionais surge intimamente ligada à gestão do conhecimento que a organização disponibiliza. O sucesso das organizações, atualmente e no futuro, depende da forma como gerem a informação e produzem conhecimento e da capacidade de transformar os comportamentos e ações num bom desempenho profissional. Com efeito, torna-se importante que as organizações definam estratégias de produção e disseminação de conhecimento, priorizando-o como um eixo estratégico do desenvolvimento de qualquer organização. Segundo Rey (2002), a “competência vista como uma potência geradora, é por definição transversal ... devendo ser colocada em prática noutras situações diferentes daquela em que foi assimilada” (p.16). A capacidade das pessoas e das organizações transformarem dados informativos em conhecimento, interpretando-os corretamente, acrescenta valor às mesmas. Os dados são interpretados, transformados em conhecimentos que, por sua vez, criam o saber, que constitui uma fonte de criação de valor. É neste processo que surge a importância das competências adquiridas.

Os profissionais possuem um saber adquirido e pessoal, através, por exemplo, da formação profissional, essencialmente técnico (*know-how*) e cognitivo. A criação de saber organizacional resulta da troca de experiências, participação em trabalhos, uso das tecnologias de informação e comunicação. É imprescindível o melhoramento das qualificações dos profissionais de forma a otimizar o seu desempenho profissional, sendo que a formação profissional deverá responder às necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, atualizando, reciclando e contribuindo para a aquisição de novas

competências profissionais que, na maioria dos casos, se deveriam realizar em contexto de trabalho (Custódio, 2007).

Esta dinâmica de formação, designada de formação contínua, é, na atualidade, uma necessidade constante para os profissionais de todas as áreas do saber. Segundo M. Sousa (2003), a formação profissional melhora a capacidade de os profissionais se adaptarem às inovações de um mundo em constante mudança, contribuindo para a capacitação do indivíduo na melhoria de qualidade dos cuidados prestados no local de trabalho.

Botelho (1998), refere que é no local de trabalho “...que deve ser implementada a maior parte das ações de formação pela interação dos saberes e as práticas do dia-a-dia...” (p.262), de forma a que os saberes teórico e experimental se complementem para que os profissionais, neste caso específico os AAD, possam desenvolver competências para responder às exigentes necessidades dos idosos.

As competências surgem como comportamentos característicos, que as pessoas evidenciam de forma alicerçada e consolidada no exercício das suas funções profissionais. Exige da parte do profissional um padrão de comportamento regular e sustentado no seu desempenho, isento de ações que ocorram de forma esporádica e não consistentes no exercício das suas atividades profissionais. Ao serem requeridas tais competências, pretende-se que o profissional, quando solicitado face a determinado contexto ou situação, possua potencial de resposta na especificidade e transversalidade daquelas (Ceitil, 2007a).

A transversalidade de competências permite ao indivíduo agir em contextos amplos e diversificados, independentemente da sua natureza ou especificidade. O trabalho em equipa, a comunicação e as relações interpessoais são universalmente requeridas qualquer que seja o contexto de atividade profissional. No entanto, as competências requeridas podem variar em função de contextos diferentes ou papéis profissionais diferentes, o que as torna específicas no que concerne à sua natureza técnica e instrumental (Ceitil, 2007a).

Mais especificamente, o desenvolvimento de competências em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais pelos AAD é uma necessidade atual percebida e manifestada por aqueles profissionais devido à especificidade demográfica da população alvo da sua atividade, suscetíveis de situações agudas que colocam em risco a sua saúde. Este facto implica que as competências sejam operacionalizadas através de

indicadores observáveis que deverão corresponder a comportamentos concretos observados nos contextos profissionais das pessoas, seja no momento atual, ou num futuro estabelecido.

É importante manter permanentemente atualizado e consolidado um conjunto de competências no exercício de determinada atividade, de forma a que os profissionais consigam manter níveis de desempenho elevados. A implementação de um sistema de desenvolvimento de competências nas organizações facilita a definição dos *timings* de atualização de competências de determinados profissionais de acordo com as áreas de atuação estratégicas das mesmas (Ceitil & Custódio, 2007).

Tendo em conta os objetivos inerentes ao desenvolvimento do projeto de intervenção, é necessário considerar os conceitos de competência formulados por diferentes autores, que convergem para um conhecimento que se transforma em ação e que se constata no exercício concreto da ação. Assim, o conceito de competências integra:

... a mobilização de diferentes capacidades e conhecimentos para construir uma resposta face a situações idênticas, similares ou radicalmente novas. É seu carácter dinâmico, o qual se traduz na reconfiguração permanente dos saberes, em função de problemas a resolver, que faz (re)emergir a competência como um dos meios mais eficazes para enfrentar com sucesso o atual contexto. (Lopes, Suleman, Lima, Pires & Frota, 1999, cit. por Ramos & Bento, 2007, p.106)

Para Benedito Milioni, tal como referem Ramos e Bento (2007), “competências são conjuntos de conhecimentos, habilidades e atitudes que, quando integrados e utilizados, estrategicamente pela pessoa, permitem-lhe atingir com sucesso os resultados que deseja” (p.107).

Contudo, Le Boterf (2005) acrescenta que na complexidade da noção de competência está a transferência de conhecimentos para a prática e que esta não se faz mecanicamente, explicando o autor que ocorre através da experiência e de uma prática reflexiva, em situações que exigem mobilização de saberes adquiridos.

Estas competências concretizam-se em responsabilidades, direitos ou obrigações inerentes diretamente ao exercício de um determinado cargo ou função. Constituem-se como externas às características pessoais mas ligadas a um determinado papel organizacional ou social que essa pessoa desempenha (Ceitil, 2007b).

Podemos conceber as competências como qualificações, sendo estas um conjunto de saberes de execução técnica, adquiridas através do sistema tradicional de ensino ou por via da

formação profissional ou mesmo pela aprendizagem ao longo da vida. Desta forma, para garantir a qualificação de desempenho de determinado cargo ou função, os profissionais deverão participar em formações suficientes reconhecidas como válidas para o exercício da atividade profissional. Nesta perspetiva, as qualificações podem ser adquiridas pelas pessoas através de agentes/instituições externas, reconhecendo-se, no entanto, a motivação e determinação dos próprios sujeitos no processo de formação. É de considerar que, acima de tudo, é um processo de autoformação (Ceitil, 2007b).

De um modo geral, subscrevemos a posição de Ceitil (2007b), ao sublinhar que “as competências são entendidas como independentes do desempenho, ou seja, que uma pessoa pode ter as competências necessárias para uma determinada finalidade, sem que todavia o seu desempenho reflecta necessariamente os resultados concretos que seria legítimo esperar do exercício dessas mesmas competências” (p.26). De facto, não basta à pessoa possuir bons conhecimentos teóricos, é igualmente necessário conseguir transferi-los para o desempenho das atividades profissionais que desenvolve. Daí a diferença entre ter competência e ser competente em determinada função. Spencer e Spencer (1993), referido por Ceitil (2007b), propõem que uma competência “...é uma característica intrínseca de um indivíduo que apresenta uma relação de causalidade com critérios de referência de efectiva e superior *performance*, numa dada atividade ou situação ... característica intrínseca significa que a competência é uma parte profunda e estruturada da personalidade” (p.31).

Em jeito de síntese, as competências são definidas enquanto qualidade de desempenho ou ações independentemente das características pessoais que a pessoa apresenta. Por conseguinte, as competências são reconhecidas na ação e não na capacidade ou potencial que as pessoas apresentam à partida. De pouco interessa que determinadas características pessoais se constituam como favoráveis para um bom desempenho em determinados contextos se tal não se evidenciar. Assim, as competências correspondem a atos visíveis, observáveis e mensuráveis. Uma vez que tais comportamentos são suscetíveis de medida, devem ser usados indicadores observáveis capazes de avaliar o comportamento da pessoa num contexto concreto: indicadores comportamentais que, segundo Whiddet e hollyford (1999), corroborados por Ceitil (2007b), são “exemplos de comportamentos que deverão ser observados quando alguém demonstra uma determinada competência” (p.34).

A existência de indicadores observáveis e objetivos facilita o processo de avaliação de competências entre o avaliador e o formando, que as deve atualizar, proporcionando uma

referência objetiva se determinada competência está ou não presente na ação profissional de determinado elemento, minimizando a carga de subjetividade inerente ao processo de avaliação. Torna-se importante que as competências possam ser validadas, através da sua operacionalização e avaliação através de indicadores observáveis (Silva, 2007). No entanto, não se deve confundir indicadores comportamentais de uma competência com as descrições de funções ou atividades.

No campo da saúde, a competência surge como um conceito pertinente, decorrente do desenvolvimento científico e tecnológico, e é apresentado pelo Ministério da Saúde (2001) como “a capacidade (das pessoas) de enfrentar – com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros actores para mobilizar suas capacidades – situações e acontecimentos próprios de um campo profissional” (p.51).

Tendo em conta que os AAD são o grupo alvo do presente projeto de intervenção, torna-se oportuno abordar o especificamente o conteúdo funcional bem como as competências a adquirir por via da formação contínua de forma a promoverem a sua satisfação e desempenho profissional, bem como a qualidade dos cuidados que prestam.

Quanto ao conteúdo funcional dos AAD, mais especificamente no contexto do projeto de intervenção a ser implementado, é o profissional a quem é atribuído um conjunto funções ligadas ao trabalho com pessoas que recorrem a ERPI. Por definição legal (Decreto-Lei n.º 414/99 de 15 de outubro), deve proceder ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, e determina que este deve trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente quer em grupo, tendo em vista o bem-estar dos mesmos.

Para o desempenho das funções de AAD é necessário ter mais de 18 anos e possuir escolaridade obrigatória e competências específicas. Os AAD são cuidadores formais, profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituições (M. Sousa, 2011). Com a finalidade de auxiliar no apoio a idosos, são supervisionados por um técnico, encarregado ou trabalhador profissional devidamente qualificado e, frequentemente, não possuem qualificações profissionais no campo específico em que desempenham funções (World Health Organization [WHO], 2004).

No contrato coletivo de trabalho que rege as instituições particulares de solidariedade social (IPSS), é definido o conteúdo funcional dos AAD (Decreto-Lei n.º 414/99, de 15 de outubro,

p. 6970), desempenhando um conjunto de tarefas, dirigidas a idosos, numa relação individual ou em grupo, tendo em vista o seu bem-estar físico, psíquico e social.

Para além do conteúdo funcional existente nesta profissão, Fernandes, Graça, Conim, Andrade e Quaresma (2007) salientam a existência de aptidões que devem ser adquiridas na área do cuidar, independentemente dos níveis de qualificação considerados, já que “...estamos a tratar de profissões de relação humana, numa fase da vida dos indivíduos em que a própria relação é uma componente essencial da intervenção” (p.217). Coogle, Parham, Cotter, Wellwford e Neitting (2005) fazem referência a algumas competências que, em sua opinião, devem ser incluídas na formação dos AAD, devendo enquadrar-se nos seguintes domínios: trabalho em equipa, geriatria, competências culturais, espiritualidade e comportamento. A estes domínios, Mcmillan, Bunning e Pring (2000) acrescentam ainda a linguagem, a comunicação e as relações interpessoais. Fernandes et al. (2007) descrevem que aos AAD 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. (p.213)

Embora o seu conteúdo funcional esteja bem definido, a categoria profissional de ajudante de ação direta não possui uma formação teórica/prática específica, pelo que a aquisição de saberes e desenvolvimento de competências profissionais é feita através da experiência profissional, acompanhada da troca de saberes no seio do mesmo grupo profissional. Desta forma, e face ao contexto de exercício dos AAD entendemos como relevante a aquisição de conhecimentos em primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais, bem como o desenvolvimento de competências em suporte básico de vida melhorando as suas capacidades para responder eficientemente às necessidades da população idosa a que prestam cuidados.

Existem, segundo as recomendações do CPR (2010), alguns princípios da formação em suporte básico de vida que achamos oportuno abordar. O objetivo das ações de formação é assegurar que os formandos adquiram e mantenham conhecimentos e desenvolvam e mantenham competências que lhes permita atuar corretamente perante situações que exijam

procedimentos em suporte básico de vida. Os planos de formação devem privilegiar a autoaprendizagem suportada em estratégias pedagógicas interativas, das quais se salientam as sessões de prática simulada. Para se poder assegurar que os formandos atinjam os objetivos propostos, as ações de formação devem ser avaliadas. Outro aspeto importante a considerar diz respeito ao facto de que os conhecimentos em suporte básico de vida se deterioram significativamente no período temporal de três a seis meses, recomendando-se processos formativos sistemáticos e com regularidade e a implementação de um sistema de avaliação, no sentido da certificação de conhecimentos e competências. Torna-se útil que as instituições dinamizem com os formandos atividades formativas, com ênfase na prática simulada de forma a manter um elevado nível de desempenho dos profissionais. É de sublinhar que, no âmbito das recomendações do CPR (2010), a investigação disponível sobre o impacto do treino de suporte básico de vida e o resultado em situações reais é escassa, logo o treino com modelos de simulação é necessário para o desenvolvimento de competências sem descurar outras competências, nomeadamente a liderança, o trabalho em equipa e a comunicação interpessoal.

Estes profissionais, segundo Moura (2014), encontram-se frequentemente mal preparados para a exigente prestação de cuidados a idosos, sendo necessário conhecimentos e competências específicos e formação adequada. Segundo Castanheira (2013), é muito frequente a impreparação destes profissionais, sendo a formação realizada posteriormente, e muitas deles optam por esta profissão para conseguir um emprego. Também outros autores chamam a atenção para a insuficiência de qualificações dos AAD que prestam cuidados a idosos (M. Sousa, 2011) e que devem possuir conhecimentos e competências específicas, com vista ao cuidado holístico (Miguel, Pinto & Marcon, 2007). Na opinião de Jacob (2002), os AAD são trabalhadores com baixo nível académico e de formação, no entanto, é esperado dos mesmos um desempenho cada vez mais exigente e qualificado.

Rogero-García (2009) apela à importância da formação dos profissionais de ação direta para a satisfação no trabalho, com implicações também na qualidade dos cuidados prestados. Os responsáveis das instituições, neste caso específico das ERPI, devem estar sensibilizados para a importância da formação, pois dela depende a eficácia dos programas a implementar e a possibilidade de transformar o conhecimento adquirido em práticas mais consistentes e seguras para o bem-estar das pessoas idosas.

No desenvolvimento do presente projeto de intervenção, considera-se importante a aquisição de conhecimentos em primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais bem como desenvolvimento de competências dos AAD das ERPI, em suporte básico de vida. Segundo Paulos (2010), a formação é o processo pelo qual os AAD adquirem conhecimentos e desenvolvem competências para desempenhar as funções específicas. Para os AAD, o contexto de trabalho é um local de experiências variadas, apresentando, portanto, grande potencial formativo por via experiencial. M. Carvalho (2009) refere que a qualificação dos serviços “...prende-se com a adequação dos serviços às necessidades dos utilizadores, à construção de instrumentos de registos das tarefas de coordenação e prestação do serviço, à promoção da segurança do utente, à avaliação da satisfação dos utentes e ao aumento dos recursos humanos e logísticos ...” (p.72). Segundo a mesma autora, as principais mudanças que ocorreram nas IPSS, como são exemplo as ERPI onde ocorreu o projeto de intervenção, estão relacionadas com a formação contínua dos AAD, aumentando a qualificação destes profissionais e dos serviços onde prestam cuidados aos idosos institucionalizados. Potter, Churilla e Smith (2006) mencionam que o investimento efetuado ao nível dos AAD não tem sido prioridade para os políticos e Almeida (2008) refere que estes profissionais são bastante importantes para a qualidade de vida dos idosos. A acrescentar a estes factos existe, na perspetiva de Cadim (1999), um conjunto de fatores que não tem contribuído para a dignificação de uma profissão com enorme potencial na prestação de cuidados a idosos, entre os quais: *i)* insuficiente oferta formativa; *ii)* insuficiente execução de planos de formação interna; *iii)* reduzida motivação para a frequência de formação em horário pós-laboral bem como a dificuldade da instituição promover as mesmas em horário laboral devido ao reduzido número de efetivos; *iv)* carência de programas e formadores com formação técnico-pedagógica na área; *v)* pouca sensibilidade dos responsáveis das ERPI relativamente à importância da formação. Para ultrapassar estas dificuldades, pensamos ser importante estabelecer estratégias de cooperação entre as ERPI e os serviços de saúde com responsabilidades na capacitação de indivíduos ou grupos da comunidade, de forma a que os AAD possam adquirir conhecimentos e desenvolver competências para assumir responsabilidades efetivas na prestação de cuidados de saúde a idosos institucionalizados.

3.1.6. Multidimensionalidade do envelhecimento humano

O envelhecimento é um processo diferencial, em que a vida e a adaptação são realidades inseparáveis (C. Dias, 1999). No contexto multidimensional do envelhecimento, é importante o desenvolvimento de planos de intervenção estratégicos, ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença em idosos, através da criação de ambientes saudáveis. Nas ERPI, os AAD têm responsabilidades, pois as suas atividades são desenvolvidas em parceria com grupos vulneráveis, nomeadamente os idosos, no sentido de favorecer um envelhecimento ativo. Por isso, é fundamental perceber as razões pelas quais o envelhecimento predispõe a pessoa idosa à ocorrência de situações que põem em risco a sua integridade física e psicológica, nomeadamente os acidentes não intencionais em ambiente doméstico.

De forma a colmatar eficazmente a necessidade formativa dos AAD, identificadas previamente, a intervenção proposta deverá proporcionar à população alvo a aquisição de conhecimentos relativos à multidimensionalidade do envelhecimento humano, fundamentados nas teorias que explicam as alterações biopsicossociais e no contexto sociodemográfico que caracteriza a nossa sociedade, que lhes permitirá agir de forma mais eficiente, justificando devidamente a sua intervenção.

Para explicar o processo de envelhecimento têm surgido várias teorias que procuram explicar a multidimensionalidade deste processo. Algumas enfatizam a pré determinação biológica da longevidade máxima das espécies, com base num código genético que lhe é característico. A propósito do envelhecimento biológico, Antunes e Guimarães (1998) afirmam que:

O ser humano não envelhece de uma vez só, mas antes de uma forma gradual, e a velhice parece instalar-se sem que se dê por isso. No processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito dessas mudanças nos contextos ambientais específicos modificam os comportamentos individuais. Trata-se de processos normais, e não sinais de doença. (p.23)

Eliopoulos (2005) consideram as teorias psicossociais, essenciais para a compreensão do processo de envelhecimento, devido à sua complexidade. Sublinham que fatores psíquicos, sociais e culturais fazem do envelhecimento um processo dinâmico assente na interação entre a pessoa e o seu meio ambiente.

Eliopoulos (2005) descreve-nos várias teorias para explicar o envelhecimento: As teorias gerais do envelhecimento biológico pretendem explicar que o processo de envelhecimento

biológico é individual e único, ou seja, cada ser humano envelhece de forma diferente de outro, tendo cada um o seu próprio ritmo de envelhecimento.

Decorrente do envelhecimento, a nível celular acontece agressões sucessivas, induzindo disfunções celulares e irremediavelmente a sua destruição ou danos celulares irreparáveis. Assim, o processo de envelhecimento envolve perda de capacidade funcional, mais ou menos significativa, causada pela deterioração dos sistemas fisiológicos. Desenvolvendo-se de uma forma individual, esta perda pode não significar incapacidade, limitação da atividade ou restrição da participação, permitindo ao idoso a independência necessária a uma vida autónoma (Novo et al., 2011). Lithgow e Kirkwood (1996) afirmam que o funcionamento do organismo humano é mantido por mecanismos comuns a todos os processos biológicos e que, com o envelhecimento, estão sujeitos a entrar em falência, ocorrendo degeneração estrutural e funcional em vários tecidos e órgãos, com a consequente ocorrência de doenças e, frequentemente, dependência.

Segundo Carvalho Filho, Netto e Garcia (2006), as principais teorias que suportam o envelhecimento biológico são: i) *Teoria imunitária* - um sistema imunitário incapaz pode deixar de reconhecer o próprio corpo e reagir como se fosse um agressor externo; ii) *Teoria genética* - as mutações e a deterioração da informação genética, mais especificamente do ácido desoxirribonucleico, determinam processos de saúde/doença do organismo humano; iii) *Teoria do desgaste* - os vários processos fisiológicos necessários à manutenção da vida vão deteriorando os vários sistemas do corpo humano; iv) *Teorias dos radicais livres* - estes têm efeitos nefastos, podendo contribuir para a destruição celular; v) *Teoria neura endócrina* - a modificação da produção ou da libertação de certas hormonas e o processo de retroação negativa hormonal têm efeitos sobre o envelhecimento.

De um modo geral, pela abordagem das diferentes teorias constata-se que o envelhecimento biológico resulta de um processo complexo de alterações celulares, endócrinas e genéticas que afetam os processos fisiológicos.

Segundo Mailloux-Poirier (1995), os inúmeros estudos em gerontologia social, elaborados com o objetivo de explicar a influência dos fatores culturais e sociais sobre o envelhecimento, dão corpo às várias teorias do envelhecimento psicossocial, que enunciamos de seguida: i) *Teoria da atividade* - a descoberta de novos papéis ou uma nova organização, com frequência associa-se a uma velhice bem sucedida; ii) *Teoria da desinserção* - o envelhecimento

acompanha-se de uma separação recíproca da sociedade e do indivíduo; *iii) Teoria da continuidade* - durante a vida, a perda de familiares, amigos ou de papéis sociais e de estatuto, colocam em desequilíbrio o sujeito com o meio ambiente envolvente, exigindo capacidade de adaptação que, por vezes, provoca desgaste físico e psicológico. No entanto, a perda das funções cognitivas não é a única razão para explicar os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento.

Tendo em conta a ocorrência de acidentes não intencionais na população idosa, é importante a sua relação com as modificações ligadas ao processo de senescência e que podem constituir potenciais fatores de risco. Assim, quanto ao sistema osteomuscular, todos os músculos do organismo, em especial os do tronco e extremidades, atrofiam com o envelhecimento, levando à diminuição da força muscular e flexibilidade, com atrofia muscular e aumento do tecido adiposo no interior dos músculos e rigidez articular (Berger, 1995). As alterações a nível da coluna vertebral condicionam o equilíbrio do idoso que tende a inclinar-se para a frente de forma a manter o centro de gravidade, acentuando, por vezes, o risco de queda, agravada em presença de osteoporose. De facto, esta situação é frequente nas pessoas idosas, sobretudo nas mulheres a partir da menopausa, sendo responsável por alterações osteoarticulares e da estrutura dentária (Berger, 1995). Todas estas alterações têm reflexo e afetam a aparência pessoal, o equilíbrio, a postura e a marcha. Também a nível da pele, o tecido epitelial torna-se mais fino, desidratado, com perda de elastina e diminuição tecido celular subcutâneo, e em virtude dos capilares da pele se atrofiam, é frequente a pele sofrer equimoses após traumatismos. É fundamental que os AAD detenham conhecimento das principais teorias que explicam o processo de envelhecimento, de forma a desenvolverem competências que lhes permita agir na promoção de ambientes saudáveis protegendo os idosos de situações de risco.

Para melhor se entender o contexto demográfico em que este projeto se desenvolveu, faremos de seguida referência aos principais indicadores que o caracterizam. De acordo com dados do Censos 2011 (INE, 2012), em Portugal observa-se um percentual de população idosa de 19,15% e de população jovem de 14,89%, sendo que a esperança média de vida à nascença é de 79,2 anos, resultados que relevam a presença de um quadro de envelhecimento demográfico acentuado. Para um melhor entendimento do complexo fenómeno do envelhecimento demográfico, Carrilho e Gonçalves (2004) salientam que decorre de várias circunstâncias, nomeadamente o aumento da esperança de vida, o declínio da natalidade e consequente diminuição da população jovem na população total.

Segundo dados estatísticos do INE (2012), Portugal é atualmente o sexto país mais envelhecido da Europa e, em quatro décadas, passou de país com a maior taxa de natalidade da Europa para a mais baixa taxa de natalidade. É esta a realidade portuguesa que retrata claramente as mudanças demográficas ao longo de vários anos. Em 2013, atingiu-se a mais baixa taxa de natalidade de sempre, com 82.787 nascimentos, comparativamente com anos imediatamente anteriores (89.841 nascimentos em 2012 e 96855 em 2011). Da análise da Figura 1, verifica-se que Portugal foi o país da Europa com maior declínio da natalidade entre 1990 e 2011. Quanto ao índice de envelhecimento, embora em 1960 Portugal fosse o país menos envelhecido da Europa, todos os países envelheceram, sendo que Portugal tornou-se, em 2013, “um dos mais velhos do mundo”, ocupando a quinta posição (Figura 2).

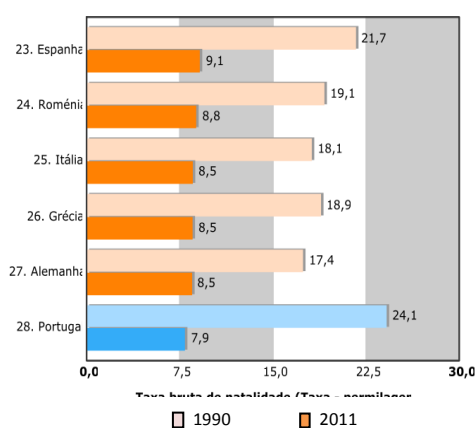


Figura 1. Taxa bruta de natalidade na Europa (Pordata, 2015a)

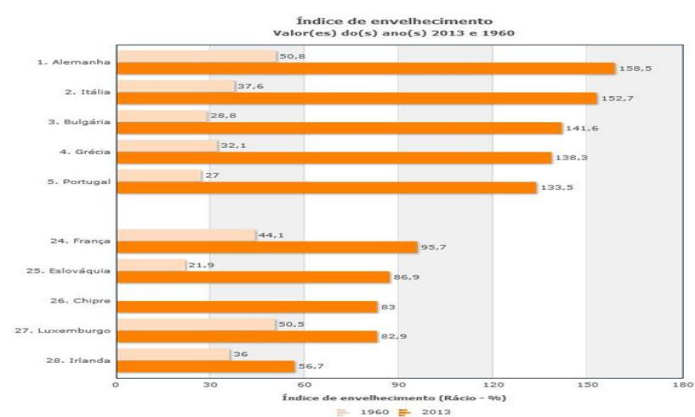


Figura 2. Índice de envelhecimento na Europa (Pordata, 2015b)

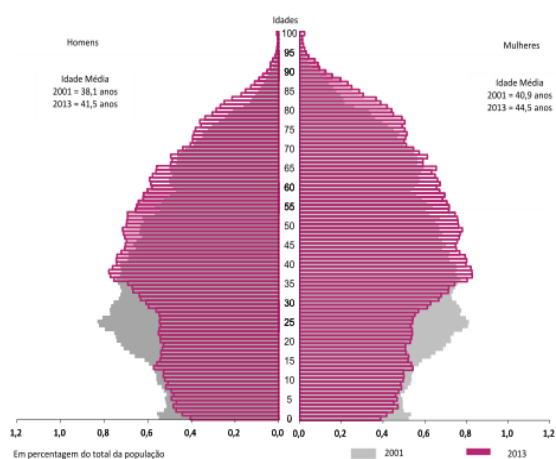


Figura 3. Pirâmide etária da população residente, 2001 e 2013 (Carrilho & Craveiro, 2015)

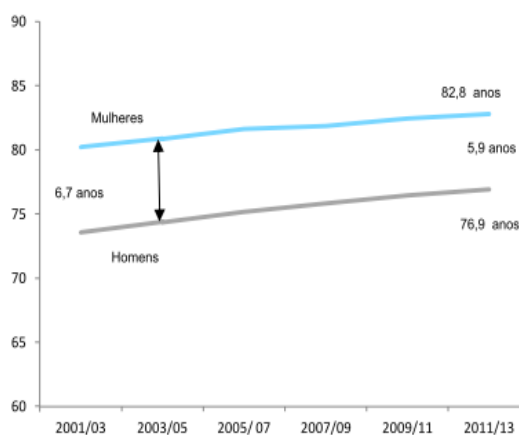


Figura 4. Esperança média de vida à nascença, 2001-2003 a 2011-2013 (Carrilho & Craveiro, 2015)

Da visualização da população total através da pirâmide etária, constata-se que a idade média da população portuguesa era, em 2013, de 42 anos, em comparação a 2001 que era de 28 anos. Atualmente, o número de população jovem com menos de 15 anos é inferior à população com idade igual ou superior a 65 anos, decorrente do aumento da esperança média de vida (82,2 anos para as mulheres e 76,9 anos para os homens), característica dos países industrializados e que colocam importantes desafios sociais e económicos (Figuras 3 e 4).

Relativamente ao concelho de Vila Real, apresentamos de seguida alguns indicadores demográficos que o caracterizam (Tabelas 4 e 5). A taxa bruta de mortalidade para Vila Real (9,3‰) no ano de 2014 é superior à região norte (8,9‰), e inferior ao valor determinado para o continente (10,1‰) tendo revelado uma tendência crescente, sendo em 2011 de 8,9‰. A taxa de bruta de natalidade (6,4 ‰) representa um valor inferior comparativamente ao norte (7,2 ‰) e ao continente (7,9‰), com tendência decrescente desde 2011.

Tabela 4.

Taxa bruta de mortalidade (‰) por local de residência

Âmbito geográfico (NUTS-2013)	2011 ‰	2013 ‰	2014 ‰
Continente	9,8	10,2	10,1
Norte	8,6	9,0	8,9
Vila Real	8,9	9,8	9,3

Fonte: INE, 2015b

Tabela 5.

Taxa bruta de natalidade (‰) por local de residência

Âmbito geográfico (NUTS-2013)	2011 ‰	2013 ‰	2014 ‰
Continente	9,1	7,9	7,9
Norte	8,5	7,3	7,2
Vila Real	8,7	7,0	6,4

Fonte: INE, 2015b

3.1.7. Respostas sociais

As respostas sociais no âmbito da assistência social aos grupos vulneráveis foi uma preocupação constante da humanidade e muitas foram as iniciativas de cariz militar, religioso, ou mesmo particular cujo objetivo era atender as necessidades dos mais vulneráveis.

Em Portugal, os primeiros equipamentos sociais começam a surgir no final da década de 60, com os centros de dia. Progressivamente, a solidariedade social foi sendo assumida como responsabilidade do Estado e da sociedade civil. Em 1976 surge pela primeira vez na constituição da república portuguesa o conceito de IPSS, sendo o culminar de uma série de iniciativas individuais e organizacionais que refletiam a atenção que a sociedade e responsáveis políticos atribuíam aos idosos. Mais tarde, nos anos 80, no sentido de manter as pessoas idosas no seu domicílio, são criados os serviços de apoio domiciliário, o que reflete a importância da proximidade e continuidade de cuidados entre os serviços e os idosos. Seguindo a mesma linha de pensamento, as respostas sociais continuam a surgir nos anos 90, com o aparecimento do acolhimento familiar de idosos, em que a pessoa idosa é acolhida no seio de uma família com formação específica. Posteriormente, em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Jacob, 2012).

Esta rede, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, constitui um processo reformador que conjuga a articulação entre o SNS e o Sistema de Segurança Social, e que tem por objetivo a prestação de cuidados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência, permitindo uma resposta adaptada às suas necessidades através da prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social.

O XIX Governo Constitucional lançou o Programa de Emergência Social, baseado num modelo de inovação social com o objetivo de apostar na proximidade, na potencialização e rentabilização das respostas sociais instaladas. Este programa vem possibilitar às entidades sociais uma intervenção com mais e melhores respostas com profissionais devidamente preparados, que vão ao encontro das necessidades específicas das pessoas e famílias, nomeadamente os idosos (Jacob, 2012).

Segundo a Carta Social de 2013 (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2013), o número de equipamentos sociais apresentava um aumento de 2.200 novos equipamentos, o que se traduz num crescimento de 37% em relação ao ano 2000. A distribuição espacial de equipamentos sociais em Portugal Continental é mais evidente junto dos grandes centros populacionais e alguns concelhos mais envelhecidos do interior norte. No âmbito de uma política social dignificante, tem sido preocupação de sucessivos governos criar as condições necessárias para iniciativas organizadas de carácter associativo que demonstrem a capacidade altruísta dos cidadãos.

Quanto às principais respostas sociais para idosos, e apesar da sua diversidade, atualmente no nosso país são: i) serviço de apoio domiciliário – resposta desenvolvida para indivíduos e famílias que, por doença, deficiência temporária ou permanente, não conseguem satisfazer as suas necessidades básicas ou atividades da vida diária, sendo por isso alvo de prestação de cuidados individualizados no domicílio; ii) centro de dia – resposta social que contribui para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar através de um conjunto de serviços prestados; iii) acolhimento familiar para pessoas idosas – integração temporária ou permanente de pessoas idosas em famílias consideradas competentes para a prestação de cuidados, devido à incapacidade de se autocuidarem ou devido à inexistência de suporte familiar que possibilite ao idoso permanecer no seu domicílio; iv) ERPI - nova denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, substituindo as designações estrutura residencial para idosos e residência para idosos, nos termos da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento: a) tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e/ou moradias; b) quartos; c) tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

Segundo a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, “considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, locais em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (p.1324). Têm como objetivos responder às necessidades biopsicossociais das pessoas idosas, promovendo o envelhecimento ativo envolvendo a família, os profissionais e restante comunidade.

Sequeira (2010) refere que a necessidade de ERPI tem vindo a aumentar, devido ao papel preponderante que estas assumem no atendimento à população idosa, que frequentemente apresenta situações de dependência. Apesar de ser uma resposta com grande procura, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores, nomeadamente o aumento da esperança de vida, o número dos grandes idosos e as transformações sociais e familiares, é importante que seja uma resposta social de qualidade assegurada pela qualificação e capacitação dos profissionais, nomeadamente dos AAD.

3.2. Justificação do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”

Depois de efetuado o enquadramento teórico que fundamenta este projeto de intervenção, releva-se a importância dos temas a integrar no projeto de intervenção. De facto, a ocorrência de acidentes não intencionais na população idosa traduz-se no aumento de internamentos, num maior número de situações de incapacidades e défices funcionais (DGS, 2010). Deste modo, são várias as recomendações, por parte de instituições europeias e governamentais, a apelar e incentivar para o desenvolvimento de intervenções integradas tendo em vista a prevenção de acidentes e a promoção da segurança nos locais onde as pessoas vivem. Também o PNPA 2010-2016 (DGS, 2010) atribui prioridade a esta problemática, orientando o setor da saúde para o planeamento, de forma integrada, de programas e projetos que promovam e protejam a saúde, nomeadamente de grupos vulneráveis, como são os idosos. De igual modo, considera como orientação estratégica o desenvolvimento de programas formativos dirigidos a prestadores de cuidados a idosos com o objetivo de intervirem nos locais de maior risco, junto de grupos vulneráveis e em todo o ciclo de trauma desde a prestação de primeiros socorros à chegada dos serviços de emergência pré-hospitalar, promovendo a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde.

Para a realização deste estágio foram apropriados os resultados do diagnóstico de situação de saúde elaborado na unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária, e que culminou com a definição de prioridades, nomeadamente as necessidades formativas dos AAD de pessoas institucionalizadas em ERPI, em primeiros socorros e prevenção de acidentes.

É de salientar que foram identificadas necessidades de formação em primeiros socorros e prevenção de acidentes, devido ao défice de conhecimentos e à formulação explícita de necessidades de formação nestes domínios, pelo que com a implementação do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes” pretendemos responder às necessidades identificadas, bem como contribuir para a melhoria do desempenho profissional, satisfação laboral e melhoria dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados.

A capacitação de outros profissionais, mais especificamente dos AAD, com vista a garantir a segurança, a prevenção de acidentes não intencionais e a redução de incapacidades na população idosa, é uma área de intervenção comunitária por excelência do EEECS.

3.3. Definição de objetivos e estratégias

De acordo com Giraldes (1993a), para se poder monitorizar e avaliar os resultados do projeto de intervenção devem elaborar-se os objetivos após o diagnóstico de situação e a definição de prioridades.

É consensual que a formulação de objetivos deve ter em conta alguns requisitos, nomeadamente: observáveis, precisos, pertinentes, mensuráveis e exequíveis. Os objetivos específicos devem referir-se aos fatores que condicionam a modificação de comportamentos, ser definidos tendo como referência dar resposta aos objetivos gerais que, por sua vez, derivam da problemática de intervenção do projeto, de forma a ir ao encontro das necessidades identificadas (A. Carvalho & Carvalho, 2006). O objetivo operacional ou meta “é um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, das atividades dos serviços de saúde, traduzido em indicadores de atividade” (Giraldes, 1993a, p.80).

Atendendo a que o projeto visa intervir num grupo de AAD, que desempenha funções em duas ERPI da área de abrangência geodemográfica da UCC Vila Real 1, tem como objetivo geral promover a capacitação dos AAD em primeiros socorros e prevenção de acidentes, de ERPI sedeadas na área geodemográfica da UCC Vila Real 1, e tem como objetivos específicos:

- Avaliar os conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, decorrentes da implementação do projeto de intervenção;
- Avaliar competências desenvolvidas em suporte básico de vida seis meses após implementação do projeto de intervenção;
- Promover a participação dos AAD nas atividades do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”.

Tendo em conta os objetivos definidos, apresentam-se seguidamente as metas a atingir, relativamente aos conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais (Tabela 6) e desenvolvimento de competências em suporte básico de vida (Tabela 7).

Tabela 6.

Definição de metas sobre conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais

Metas sobre conhecimentos em primeiros socorros: que o número de respostas corretas aumente significativamente do <i>momento 1</i> de recolha de dados (antes da implementação do plano formativo) para o <i>momento 2</i> (seis meses após a implementação do plano formativo), indicando ganhos em conhecimentos, considerando como corretas as afirmações que se apresentam seguidamente.	
Meta 1PS - “Proteger, Alertar e Socorrer” (Q14)	
Meta 2PS - “Avaliar a área envolvente e excluir riscos” (Q16)	
Meta 3PS - “Deve sentar a pessoa inclinando a cabeça para a frente” (Q18)	
Meta 4PS - “Deve baixar a temperatura da zona queimada” (Q24)	
Meta 5PS - “Todas as respostas anteriores estão corretas” (Q25)	
Meta 6PS - “Deve fazer compressão direta na zona que está a sangrar e elevar o membro afetado” (Q26)	
Meta 7PS - “Deve elevar as pernas 20 ou 30 cm e lateralizando a cabeça” (Q27)	
Meta 8PS - “Deve oferecer açúcar diluído com algumas gotas de água” (Q28)	
Meta 9PS - “Não deve dar qualquer alimento à pessoa lesionada, nem mesmo água” (Q29)	
Meta 10PS - “Desligar o disjuntor para cortar imediatamente a corrente elétrica” (Q30)	
Meta 11PS - “Deve ligar-se para o Centro de Informação Antivenenos” (Q31)	
Metas sobre os conhecimentos em suporte básico de vida: que o número de respostas corretas aumente significativamente do <i>momento 1</i> de recolha de dados (antes da implementação do plano formativo) para o <i>momento 2</i> (seis meses após a implementação do plano formativo), indicando ganhos em conhecimentos, considerando como corretas as afirmações que se apresentam seguidamente.	
Meta 12SBV - “Todas as respostas anteriores são corretas” (Q15)	
Meta 13SBV - “30 compressões no tórax” (Q17)	
Meta 14SBV - “30 compressões no tórax para duas ventilações” (Q19)	
Meta 15SBV - “Manter o ritmo de 100 compressões/minuto (mais ou menos duas por segundo)” (Q20)	
Meta 16SBV - “Quando se encontra inconsciente, mas respira” (Q21)	
Meta 17SBV - “10 segundos” (Q22)	
Meta 18SBV - “Efetuar de imediato até cinco pancadas entre as omoplatas” (Q23)	
Metas sobre conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais: que o número de respostas corretas aumente significativamente do <i>momento 1</i> de recolha de dados (antes da implementação do plano formativo) para o <i>momento 2</i> (seis meses após a implementação do plano formativo), indicando ganhos em conhecimentos, considerando corretamente assinaladas as afirmações que se apresentam seguidamente, como verdadeiras ou falsas.	
Meta 19PA - “A sinalética de piso escorregadio só se utiliza às vezes” (Q32.1) - Afirmação falsa	
Meta 20PA - “O piso do lar deve ser antiderrapante” (Q32.2) - Afirmação verdadeira	
Meta 21PA - “Os tapetes e carpetes não necessitam ser antiderrapantes” (Q32.3) - Afirmação falsa	
Meta 22PA - “Ao preparar a refeição para a pessoa idosa sem dificuldade na deglutição, é uma perda de tempo fracionar os alimentos” (Q32.4) - Afirmação falsa	
Meta 23PA - “Manter uma boa iluminação no interior e no exterior do lar é fundamental para prevenir acidentes” (Q32.5) - Afirmação verdadeira	
Meta 24PA - “O bom funcionamento das luzes de presença não é importante para a prevenção de quedas” (Q32.6) - Afirmação falsa	
Meta 25PA - “A temperatura de líquidos quentes deve ser confirmada pelos AAD” (Q32.7) - Afirmação verdadeira	
Meta 26PA - “Os medicamentos devem ser guardados com os seus objetos pessoais, no seu quarto para estarem disponíveis quando necessitam” (Q32.8) - Afirmação falsa	
Meta 27PA - “O mobiliário do quarto deve permitir uma circulação facilitada, no sentido de prevenir quedas e traumatismos” (Q32.9) - Afirmação verdadeira	
Meta 28PA - “As camas sem proteção lateral são as mais indicadas para as pessoas idosas” (Q32.10) - Afirmação falsa	
Meta 29PA - “As escadas devem estar bem sinalizadas, acesso protegido e corrimão antiderrapante” (Q32.11) - Afirmação verdadeira	
Meta 30PA - “Só a existência de varões em corredores e casas de banho previne por completo as quedas” (Q32.12) - Afirmação falsa	
Meta 31PA - “O risco de acidentes é o mesmo para pessoas confusas e para as que estão orientadas no espaço e no tempo” (Q32.13) - Afirmação falsa	
Meta 32PA - “A diminuição dos sentidos da visão e/ou audição contribuem para ocorrência de acidentes” (Q32.14) - Afirmação verdadeira	

Tabela 7.

Definição de metas para o desenvolvimento de competências em suporte básico de vida

Conseguir que 50% dos AAD demonstrem competências, seis meses após a implementação do plano formativo:	
Meta 1	- <i>“Referir em voz alta que estão asseguradas as condições de segurança”</i> [Competência: avaliação de condições de segurança]
Meta 2	- <i>“Estimulação verbal e estimulação tátil vigorosa”</i> [Competência: avaliação do estado de consciência]
Meta 3	- <i>“Gritar por ajuda, socorro, vítima inconsciente”</i> [Competência: primeiro pedido de ajuda]
Meta 4	- <i>“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral, executar a extensão da cabeça para evitar a queda da língua, executar a elevação do mento”</i> [Competência: permeabilização da via aérea]
Meta 5	- <i>“Ver movimentos torácicos, Ouvir sons respiratórios, Sentir o ar expirado na face do reanimador, realizar o VOS durante 10 segundos”</i> [Competência: avaliação da respiração]
Meta 6	- <i>“Ligar 112 ou pedir para ligar, transmitindo a informação correta”</i> [Competência: segundo pedido de ajuda]
Meta 7	- <i>“Posicionar-se perpendicularmente ao tórax da vítima; colocar a face palmar da mão no centro do tórax da vítima; colocar os membros superiores em extensão; sobrepor as mãos com os dedos entrelaçados sobre o esterno da vítima; efetuar 30 compressões ao ritmo de 100/minuto; verbalizar a profundidade a que deve comprimir o tórax (cerca de 5 cm)”</i> [Competência: execução de compressões torácicas]
Meta 8	- <i>“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral; executar a extensão da cabeça; executar a elevação do mento; efetuar a oclusão das narinas premindo a cartilagem nasal com o indicador e o polegar; efetuar duas ventilações corretamente”</i> [Competência: execução de ventilações]
Meta 9	- <i>“Colocar o membro superior mais perto (do lado do socorrista) em ângulo reto com o corpo, flexionando o cotovelo e a face palmar virada para cima; segurar o outro membro superior (mais afastado do socorrista) cruzando o tórax e fixando o dorso dessa mão na face do lado do socorrista; levantar com a outra mão o membro inferior do lado oposto flexionando o joelho mantendo o pé pousado no chão; rolar a vítima para junto do socorrista, mantendo simultaneamente a mão que apoia a cabeça e a que apoia a anca do membro inferior do lado oposto ao socorrista; executar a extensão da cabeça assegurando a permeabilidade da via aérea; ajustar a mão debaixo do mento, para manter a extensão”</i> [Competência: execução da posição lateral segurança]
Meta 10	- <i>“Incentivar a tosse perante uma obstrução ligeira da via aérea”</i> [Competência: procedimento em caso de obstrução ligeira da via aérea]
Meta 11	- <i>“Posicionar-se ao lado e ligeiramente por trás da vítima, apoiando-a com um dos membros inferiores; passar o membro superior do socorrista por baixo da axila da vítima e suportá-la na região torácica com a mão, inclinando-a para a frente; efetuar até 5 pancadas com a base da outra mão, na região interescapular; verificar, após cada pancada, se a obstrução foi ou não resolvida”</i> [Competência: procedimento em caso de obstrução grave da via aérea - execução de pancadas interescapulares]
Meta 12	- <i>“Posicionar-se na retaguarda da pessoa e circundar o abdómen com os membros superiores; segurar o punho com a outra mão; posicionar a mão fechada em cima do umbigo, com o polegar voltado contra o abdómen da pessoa; sobrepor a 2ª mão à primeira; aplicar até cinco compressões abdominais em profundidade e para cima, de forma a aumentar a pressão torácica para expulsar o material que está a obstruir a via aérea; verificar, após cada compressão, se a obstrução foi ou não resolvida e se a vítima tosse ou respira; referir, que no caso de perda de consciência, inicia algoritmo de suporte básico de vida”</i> [Competência: procedimento em caso de obstrução grave da via aérea - execução da manobra de Heimlich].

No sentido da consecução dos objetivos é necessário desenvolver atividades que exigem tempo e recursos humanos, materiais e financeiros. A. Carvalho e Carvalho (2006) referem que a disponibilidade de recursos condiciona o sucesso de um projeto de intervenção.

Seguidamente importa também delinear as estratégias que permitem responder aos objetivos definidos. A seleção das estratégias de intervenção constitui uma etapa fundamental no

processo de planeamento, através da qual será concebido o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (Giraldes, 1993b). Esta autora define “estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde” (p.87). A sua definição permitirá aos promotores do projeto a adequação dos recursos humanos, materiais ou financeiros, o que poderá levar à revisão dos objetivos inicialmente delineados.

Na elaboração de estratégias para a implementação do projeto de intervenção deve salientar-se o baixo nível de escolaridade dos AAD, observado no momento do diagnóstico de situação de saúde, bem como a solicitação expressa de ações de formação a decorrer no período pós laboral. Sendo o grupo alvo constituído por adultos e com baixa escolaridade, seguimos as recomendações para a educação de adultos, propostas por vários autores, apostando em metodologias expositivas e simulação de procedimentos, incentivando a participação dos formandos, assumindo o educador um papel de dinamizador (Sánchez Moreno, Ramos García & Marset Campos, 2000).

Para a consecução das atividades planeadas, foi necessário angariar recursos materiais bem como a colaboração de recursos humanos. Os recursos humanos foram o investigador, a equipa da UCC Vila Real 1, nomeadamente o enfermeiro orientador com especialização em enfermagem comunitária, e a equipa docente. É importante salientar a colaboração dos AAD que participaram no estudo e dos responsáveis de ambas as ERPI, bem como dos profissionais do gabinete de comunicação e saúde do ACES Marão e Douro Norte. Quanto aos recursos materiais utilizados no desenvolvimento das atividades do projeto de intervenção, foram um computador, um projetor multimédia, uma tela de projeção, as salas de formação, transporte, o modelo de ressuscitação cardiopulmonar, toalhetes faciais descartáveis e colchão.

Em seguida são enumeradas as estratégias mais relevantes para a consecução dos objetivos do projeto de intervenção:

- Constituição da equipa de projeto;
- Reuniões da equipa de projeto de intervenção;
- Envolvimento dos responsáveis e dos AAD que exercem funções nas ERPI, no projeto de intervenção;
- Divulgação do projeto de intervenção na UCC e junto dos parceiros comunitários;

- Pedido de colaboração ao ACES Marão e Douro Norte e à UCC Vila Real 1 para cedência de recursos materiais: modelo de reanimação cardiopulmonar, colchão, toalhetes faciais descartáveis, computador, projetor multimédia, tela de projeção e transporte;
- Elaboração de material informativo e construção de um blog para informação e acesso a recomendações sobre primeiros socorros e prevenção de acidentes não intencionais;
- Utilização de um vídeo que aborda a cadeia de sobrevivência, disponível online pelo INEM;
- Desenvolvimento de ações de formação em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, com recurso a metodologias interativas;
- Emissão de certificado de participação no plano formativo (*Apêndice A*), no sentido de motivar os formandos a aderir e a manter-se no projeto.

3.4. Preparação operacional do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”

Definidos os objetivos e as estratégias segue-se a etapa de preparação operacional e programação do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes” que exercem funções nas ERPI da área de abrangência geográfica da UCC Vila Real 1.

Dadas as características do projeto de intervenção, desenvolveu-se um estudo descritivo, longitudinal e orientado por uma abordagem quantitativa. Numa investigação descritiva, observa-se, descobre-se, caracteriza-se e, frequentemente, classifica-se a informação, com vista a definir uma imagem clara e precisa da situação que se estuda. Fortin et al. (2009) referem que um estudo descritivo disponibiliza informações sobre as características de pessoas, situações, grupos ou acontecimentos. Ainda segundo os mesmos autores, um estudo longitudinal recolhe dados ao longo de um período de tempo determinado, junto dos mesmos grupos ou indivíduos, permitindo ao investigador avaliar as mudanças que ocorrem nesse período e estabelecer relações e diferenças entre as variáveis. A recolha de dados relativa aos conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais foi efetuada em dois momentos ou cortes transversais, que correspondem a:

momento 1 e momento 2. No que respeita à avaliação de competências em suporte básico de vida, efetuou-se num único momento de recolha de dados, que coincidiu com o *momento 2*.

Uma população é definida como um conjunto de características transversais a um grupo de sujeitos ou pessoas. Assim, foi necessário definir de forma precisa a população a estudar e identificar os seus elementos. A população deste projeto de intervenção era constituída por 31 AAD a exercer funções nas ERPI, ambas da área geodemográfica de abrangência da UCC Vila Real 1. No sentido de integrarem o estudo, os inquiridos devem: *i)* ter mais de 18 anos; *ii)* ler e falar português; *iii)* aceitar participar no estudo.

Foi construído um questionário (*Apêndice B*) para a recolha de dados sobre conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, dos AAD que exercem funções nas ERPI. Este instrumento é constituído por três partes: a primeira integra questões sobre dados sociodemográficos e profissionais; a segunda é constituída por questões de escolha múltipla, para avaliação de conhecimentos em primeiros socorros e suporte básico de vida; e a terceira parte é constituída por 14 afirmações, em relação às quais deve assinalar-se o seu valor lógico (verdadeiro ou falso) para avaliação de conhecimentos sobre prevenção de acidentes não intencionais. Foi ainda construída uma grelha para observação de competências em suporte básico de vida (*Apêndice C*). Este instrumento é constituído por três partes: a primeira consiste num conjunto de procedimentos sobre o algoritmo de suporte básico de vida; a segunda integra um conjunto de procedimentos relativos à posição lateral de segurança; e a terceira parte é constituída por um conjunto de procedimentos sobre desobstrução da via aérea.

Previamente à sua aplicação foi pedida autorização aos responsáveis das ERPI para realização da recolha, no sentido de os AAD poderem participar (*Apêndice D*). Realizou-se o pré-teste de ambos os instrumentos de recolha de dados com a finalidade de avaliar a compreensão semântica das questões e prever o tempo médio de preenchimento. É importante que este seja conciso, claro, preciso e com questões pertinentes. Esta etapa, segundo Fortin et al. (2009), é imprescindível e permite corrigir e alterar o questionário, resolver problemas inesperados e analisar a composição e ordem das questões. O pré-teste foi efetuado a 10 AAD com o mesmo perfil sociocultural da nossa população alvo. Após a sua aplicação foi necessário introduzir algumas alterações relativas à sequência e objetividade de algumas questões. Na aplicação dos instrumentos de recolha de dados procedeu-se previamente à codificação dos

questionários e das grelhas de observação de competências, garantindo o anonimato e a confidencialidade da informação.

As variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional, sendo formadas por uma série de atributos ou valores necessários para a compreensão do facto ou fenómeno que está a ser estudado (Marconi & Lakatos, 2001). Segundo Fortin et al. (2009), os estudos quantitativos pressupõem a existência de variáveis, que neste diagnóstico são do tipo investigação, sendo estas qualidades, propriedades ou características observadas ou medidas, “não havendo variáveis independentes a manipular nem relações de causa efeito a examinar” (p.171).

O projeto integra variáveis de atributo, definidas segundo Fortin et al. (2009) como “características pré-existentes dos participantes num estudo ... geralmente constituídas por dados demográficos, tais como idade, género, estado civil” (p.171). Ainda segundo os mesmos autores, definição operacional de uma variável “é estabelecida de maneira que a variável possa ser medida ou manipulada numa dada situação de investigação. Ela dá indicações sobre a forma como as observações devem ser efectuadas” (p.171). A operacionalização das variáveis deste projeto de intervenção consta do anexo (*Apêndice E*).

No sentido organizar as atividades que integram o presente projeto de intervenção procedemos à planificação dos momentos de recolha de dados e do plano formativo (Tabela 8).

Tabela 8.

Calendarização dos momentos de recolha de dados e do plano formativo

Mês Dia	ERPI A- Grupo 1					ERPI B- Grupo 2			ERPI A	ERPI B
	Outubro 2014					Novembro 2014			Abril 2015	Abril 2015
	17	20	22	24	31	3	5	7	15	29
Recolha de dados - <i>momento 1</i> (antes de iniciar a primeira sessão de formação)	Q					Q				
Plano formativo										
		Sessão PS	Sessão SBV	Sessão PANI		Sessão PS	Sessão SBV	Sessão PANI		
Recolha de dados - <i>momento 2</i> (após a implementação do projeto de intervenção)									Q e GOC	

Legenda: PS – Primeiros socorros; SBV – Suporte básico de vida; PANI – Prevenção de acidentes não intencionais;

Q – Questionário de avaliação de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais GOC – Grelha de observação de competências em suporte básico de vida

Na recolha de dados (*momento1*) foi aplicado o questionário para avaliação de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, dos AAD que exercem funções nas ERPI da área de abrangência geodemográfica da UCC Vila Real 1. Foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido dos AAD para participação na investigação (*Apêndice F*). Decorreu na sala de formação de cada uma das ERPI envolvida no projeto. Foi efetuada por dois enfermeiros com uma duração média de 30 minutos. No sentido de se obter informação precisa e confidencial foram adotados procedimentos, para que fosse minimizada a possibilidade de troca de informação entre os participantes no projeto de intervenção.

Após o primeiro momento de recolha de dados desenvolveu-se o plano formativo, no sentido de capacitar os AAD sobre conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, e para o desenvolvimento de competências em suporte básico de vida para a melhoria do seu desempenho profissional, satisfação laboral e melhoria dos cuidados prestados aos idosos institucionalizados.

O plano formativo foi desenvolvido de outubro a novembro, e cada grupo de AAD que exerce funções nas ERPI da área de abrangência da UCC Vila Real 1 frequentou três sessões de formação, com a duração total de 12 horas. Cada sessão formação teve a duração de quatro horas, com início pelas 15 horas após período laboral, com um intervalo de 15 minutos, reconhecendo-se como adequado, para manter a motivação e participação dos AAD. A ordem cronológica das referidas sessões foi estabelecida tendo em conta quer a sequência lógica dos conteúdos formativos quer a necessidade de manter a adesão do grupo ao processo formativo.

O desenvolvimento do plano de formação, e tendo como orientação as recomendações de Ramos (2001), comporta a necessidade de equacionar a transferência do conhecimento sistematizado para a complexidade do contexto em que ocorrem as situações que colocam a vida em risco. Desta forma, foi importante que as estratégias pedagógicas privilegiassem os exemplos práticos numa forte relação com o contexto do exercício profissional dos AAD e foram criadas condições de reflexão, participação, diálogo e de intervenção, bem como troca de experiências e a construção de alternativas. Na perspetiva de S. Sousa (2000), a “unicidade teórico-prática a apropriação dos conhecimentos teóricos não se constitui em processo passivo e acrítico, mas em aquisição – fruto de reflexão, elaboração e reelaboração ... fundamentadas nas necessidades concretas propostas pela realidade de vida e de trabalho” (p.33). Atendendo às aprendizagens a adquirir, o grupo de formandos foi subdividido em pequenos grupos no

sentido de facilitar a exemplificação e a aprendizagem simulada dos procedimentos em suporte básico de vida.

A implementação do plano formativo foi desenvolvida pela equipa do projeto de intervenção de acordo com a calendarização apresentada na Tabela 8 e em estreita ligação com as ERPI.

As sessões de formação devem constituir um meio facilitador de aquisição e mudança de comportamentos, que se concretiza na construção de projetos de saúde de grupos ou comunidades (A. Carvalho & Carvalho, 2006). As sessões de formação planificadas consistiram numa apresentação expositivo-demonstrativa e interativa, utilizando meios auxiliares de ensino adequados, de forma a envolver os formandos no seu processo de aprendizagem tendo em vista a aquisição de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais. A comunicação de experiências em grupo reveste-se de particular importância para estes profissionais, dando sentido aos saberes construídos a partir da reflexão sobre as experiências de cada um, sustentada nas conceções teóricas viabilizando a construção de um conhecimento mais sólido (S. Sousa, 2000). De facto, é a aprendizagem que leva à consciencialização de si e da relação com o contexto e, por conseguinte, a proposta de formação teve um carácter dinâmico, bidirecional, podendo os AAD interagir sempre que oportuno com os formadores, de forma a promover um ambiente gerador de aprendizagem e de relações interpessoais sadias. Sempre que possível, foram criados momentos para esclarecimento de dúvidas e discussão crítico-construtiva, conducentes à reflexão, articulação e consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, facilitando a sua transferência para o contexto específico de trabalho.

O envolvimento dos responsáveis das ERPI no projeto bem como a sua ação motivadora junto dos formandos foi fundamental para a sua adesão ao projeto. A pontualidade foi rigorosamente controlada, e o horário em que decorreu a formação foi estabelecido entre a equipa do projeto as ERPI, após auscultação dos formandos. Foi essencial o seu envolvimento na tomada de decisão em vários aspetos da programação, sendo elevada a adesão ao projeto, constituindo um indicador de sucesso. Em tempo oportuno foi pedida autorização às ERPI para cedência das salas e apoio logístico, proporcionando um ambiente acolhedor e promotor do diálogo e aprendizagem.

Para as sessões de formação propostas foram elaborados os respetivos planos de sessão, que constam das Tabelas 9, 10 e 11, e que serviram de orientação e monitorização do projeto de intervenção.

Tabela 9.

Primeira sessão de formação - Primeiros socorros

Objetivos: - Adquirir conhecimentos sobre primeiros socorros; - Descrever os conceitos de: primeiros socorros; ferida; queimadura; fratura; intoxicação; eletrocussão; hipoglicemia; e princípios gerais do socorrismo; - Classificar fraturas, queimaduras e feridas; - Identificar a sintomatologia associada a perda de consciência, intoxicação, hemorragia (nasal e traumática) e queimadura; - Explicar os procedimentos nas situações de: inconsciência; feridas; fraturas; hemorragia (nasal e traumática); queimaduras; hipoglicemia; eletrocussão; intoxicação.		Grupo Alvo: AAD das ERPI Local da realização: Sala de formação das respetivas ERPI Nº formandos: 15 ou 16 Duração: 4 horas Horário: 15 - 19 horas Data: Grupo 1: 20 de outubro Grupo 2: 3 de novembro	
Etapas		Métodos e técnicas	Materiais e equipamentos
Introdução 15'	- Objetivos da sessão - Motivação - Expectativas - Apresentação do tema	. Expositivo . Interrogativo	. Computador/Videoprojetor . Apresentação <i>powerpoint</i> . Quadro . Imagens
Desenvolvimento 210'	- Conceitos sobre: primeiros socorros; ferida; queimadura; fratura; intoxicação; eletrocussão; hipoglicemia; e princípios gerais do socorrismo; - Classificação de fraturas (abertas e fechadas), feridas (área corporal e profundidade) e queimaduras (grau e área corporal); - Sintomatologia associada a perda de consciência, intoxicação, hemorragia (nasal e traumática) e queimadura; - Demonstração dos procedimentos nas situações de: inconsciência; feridas; fraturas; hemorragia (nasal e traumática); queimaduras; hipoglicemia; eletrocussão; intoxicação.	. Expositivo . Demonstrativo . Interrogativo . Participativo	
Conclusão 15'	- Síntese dos conteúdos. - Avaliação dos conhecimentos sobre primeiros socorros.	. Expositivo . Participativo . Discussão . Utilização de situações do contexto profissional	

A execução da sessão formação primeiros socorros decorreu conforme o planeamento, a participação foi de 93,55 % dos formandos, o que superou 50% do total, definido como meta a atingir para avaliação da adesão à participação.

Tabela 10

Segunda sessão de formação - Suporte básico de vida

Objetivos: - Adquirir conhecimentos sobre suporte básico de vida; - Descrever a cadeia de sobrevivência; - Conhecer os sinais de paragem cardiorrespiratória e obstrução da via aérea por corpo estranho; - Explicar os procedimentos sobre suporte básico de vida, posição lateral de segurança e desobstrução da via aérea (segundo recomendações do Conselho Português de Ressuscitação) - Desenvolver competências, através da aprendizagem simulada, em: i) avaliação de condições de segurança; ii) avaliação do estado de consciência; iii) primeiro pedido de ajuda; iv) permeabilização da via aérea; v) avaliação da respiração; vi) segundo pedido de ajuda; vii) execução das compressões torácicas; viii) execução das ventilações; ix) execução da posição lateral de segurança; x) procedimentos em caso de obstrução ligeira da via aérea; xi) execução de pancadas inter-escapulares; xii) execução da manobra de Heimlich;		Grupo Alvo: AAD das ERPI Local: Sala de formação das respetivas ERPI Nº formandos: 15 ou 16 Duração: 4 horas Hora: 15 - 19 horas Data: Grupo 1: 22 de outubro Grupo 2: 5 de novembro	
Etapas		Métodos e técnicas	Materiais e equipamentos
Introdução 15'	- Objetivos da sessão - Motivação - Expectativas - Apresentação do tema	. Expositivo . Interrogativo	
Desenvolvimento 210'	- Cadeia de sobrevivência; - Objetivos e algoritmo do suporte básico de vida; - Avaliação das condições de segurança; - Principais perigos que afetam a vítima e o socorrista; - Reconhecimento de paragem cardiorrespiratória; - Abordagem da via aérea; - Avaliação da respiração; - Execução correta do ver, ouvir e sentir (10 seg.); - Importância dos pedidos de ajuda, em caso de emergência (quem contactar e como informar); - Execução correta das compressões torácicas; - Execução correta das ventilações; - Posição lateral de segurança; - Asfixia e obstrução da via aérea por corpo estranho (conceito, causas comuns, intervenção). Aprendizagem simulada: suporte básico de vida; - Posição lateral de segurança; desobstrução da via aérea	. Expositivo . Demonstrativo . Interrogativo . <i>Brainstorming</i> . Análise crítica . Aprendizagem simulada	. Computador/Videoprojetor . Apresentação <i>powerpoint</i> . Vídeo . Quadro . Imagens . Modelo de reanimação . Máscaras faciais (EPI)
Conclusão 15'	- Síntese dos conteúdos; - Avaliação dos conhecimentos em suporte básico de vida.	. Expositivo . Interrogativo	

A execução da sessão formação suporte básico de vida decorreu conforme o planeamento, e a participação foi de 96,78% dos formandos, o que superou 50% do total, definido como meta a atingir para avaliação da adesão à participação.

Tabela 11.

Terceira sessão de formação - Prevenção de acidentes não intencionais

Objetivos: - Compreender o conceito de prevenção de acidentes não intencionais; - Compreender a importância da prevenção de acidentes não intencionais; - Compreender a relação entre a ocorrência de acidentes não intencionais e o envelhecimento; - Adquirir conhecimentos no âmbito da prevenção de acidentes não intencionais: quedas; intoxicações; queimaduras; asfixia; eletrocussão; - Identificar fatores de risco para acidentes não intencionais relativamente a: quedas; intoxicações; queimaduras; asfixia; eletrocussão.		Grupo Alvo: AAD das ERPI Local: Sala de formação das respetivas ERPI Nº formandos: 15 ou 16 Duração: 4 horas Hora: 15 - 19 horas Data: Grupo 1: 24 de outubro Grupo 2: 7 de novembro	
Etapas		Métodos e técnicas	Materiais e equipamentos
Introdução 15'	- Objetivos da sessão - Motivação - Expectativas - Apresentação do tema	. Expositivo . Interrogativo	
Desenvolvimento 210'	- Envelhecimento e ocorrência de acidentes não intencionais; - Conceito de prevenção de acidentes não intencionais; - Epidemiologia dos acidentes não intencionais; - Fatores de risco para acidentes não intencionais; - Prevenção de acidentes não intencionais.	. Expositivo . Demonstrativo . Interrogativo . <i>Brainstorming</i>	. Computador/Videoprojetor . Apresentação <i>powerpoint</i> . Vídeo . Quadro . Fotografias . Imagens
Conclusão 15'	Síntese dos conteúdos; Avaliação dos conhecimentos em Prevenção de acidentes não intencionais	. Expositivo . Interrogativo	

A execução da sessão de formação prevenção de acidentes não intencionais decorreu conforme o planeamento, e a participação foi de 90,33% dos formandos, o que superou 50% do total, definido como meta a atingir para avaliação da adesão à participação.

O segundo momento de recolha de dados teve como finalidade verificar, seis meses após implementação do plano formativo, se os AAD detinham os conhecimentos adquiridos e competências em suporte básico de vida. Assim, é “interessante pensar numa conjugação de instrumentos que permitam captar melhor as diversas dimensões dos domínios das competências (conhecimentos gerais, habilidades, atitudes e conhecimentos técnicos específicos)” (Depresbityeris, 2003, p.8). Procedeu-se à recolha de dados - *momento 2* - com a aplicação do mesmo questionário utilizado no *momento 1*, para avaliação de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, bem como a grelha de observação, que permitiu a avaliação de competências em suporte básico de vida. A recolha decorreu durante o mês de abril nas salas de formação das ERPI envolvidas no projeto, e a aplicação dos dois instrumentos de recolha de dados foi efetuada por dois enfermeiros, cuja duração foi de 120 minutos.

O preenchimento da grelha de observação de competências processou-se da seguinte forma: *i)* apresentação de uma situação simulada, em que era necessário executar os procedimentos de suporte básico de vida; *ii)* solicitação ao formando para proceder em conformidade com as ações específicas de suporte básico de vida analisadas na sessão teórica; *iii)* o formador registava na grelha de observação a execução das intervenções dos formandos perante a situação simulada.

A avaliação de competências deve ter como base “conhecimentos gerais, conhecimentos técnicos específicos, atitudes e habilidades” (Ministério da Saúde, 2001, p.38) inerentes às especificidades de cada domínio de competências. Para tal, recorremos à observação estruturada que, conforme descrito e segundo Fortin et al. (2009) “consiste em observar e em descrever, de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação” (pp. 371-372), constituindo um dos meios preferenciais para a recolha de dados de comportamentos humanos. Beaugrand (1998), corroborado por Fortin et al. (2009), enumera critérios para escolher as unidades de observação, que devem ser concretas, objetivas e representativas dos comportamentos esperados além de direcionadas para os objetivos do estudo.

Neste estudo definiu-se como critério de aquisição de competências, a execução pelo formando de ações específicas de suporte básico de vida em conformidade a sessão teórica do plano formativo e se executou corretamente todos os procedimentos adequados para a competência a observar. Desta forma, a avaliação das competências deve-se “constituir num elemento indispensável para a reorientação dos desvios ocorridos durante o processo e para a geração de novos desafios ao aprendiz” (Ministério da Saúde, 2001, p.38). Neste sentido, a avaliação é “substancialmente reflexão, capacidade exclusiva do ser humano, de pensar sobre os seus atos, de analisá-los, interagindo com o mundo e com os outros seres, influenciando e sofrendo influências pelo seu pensar e agir” (Hoffmann, 2005, p.50).

No âmbito deste projeto de intervenção foi construído um blog com informação pertinente e atualizada sobre primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais para que os AAD tenham a possibilidade de consultar e interagir com a equipa do projeto, no sentido de dar continuidade ao processo formativo.

O *momento 2* da recolha de dados culminou com um espaço de convívio promotor de relações interpessoais construtivas entre os AAD e os formadores e foram disponibilizados aos formandos os certificados de participação no plano formativo.

Dando continuidade às etapas do planeamento em saúde, a avaliação corresponde ao momento em que se pretende confrontar os resultados com objetivos e metas definidos no sentido de monitorizar o processo e imprimir as mudanças necessárias para atingir maior eficácia em saúde. Trata-se de uma atividade que exige sistematização em que se pretende minimizar a possibilidade de subjetividade, por isso o processo de avaliação deve assentar em critérios objetivos, como afirma Tavares (1990), deve ser precisa e pertinente. Seguidamente procedemos à avaliação do projeto de intervenção

3.5. Avaliação do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”

Para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente futuras atividades, é importante utilizar a avaliação como mecanismo de controlo e supervisão (Tavares, 1990). É o momento de refletir sobre o diagnóstico, os objetivos, as estratégias e a intervenção, bem como sobre todas as atividades efetuadas de forma a otimizar a resposta à problemática identificada. Nesta etapa, devemos refletir se as estratégias e atividades planeadas e efetuadas foram adequadas aos objetivos traçados, conduzindo à melhoria contínua do processo. Como enuncia Tavares (1990), a avaliação “estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo de planeamento que lhe são anteriores. Sendo o final do processo de planeamento integra-se também em cada uma das suas etapas” (p.205). Acrescenta Serrano (2008) que se trata de uma etapa que deve ser constante em todo o processo formativo e estar presente em todo o projeto de intervenção.

A avaliação das atividades desenvolvidas mede as alterações verificadas no problema, através da elaboração de indicadores de resultado e a atividade desenvolvida através de indicadores de processo (Tavares, 1990). Seguindo esta orientação, apresentamos os resultados obtidos relativos à aplicação dos instrumentos de recolha de dados nos dois momentos (*momento 1 e momento 2*). Primeiramente, serão apresentados os resultados referentes a conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, obtidos antes e seis meses após a implementação do projeto de intervenção. Seguem-se os resultados

relativos ao desenvolvimento de competências pelos AAD em suporte básico de vida, que emergiram do momento 2 de recolha de dados.

Participaram no projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”, 31 participantes como resultado da afetação de recursos humanos que entretanto se verificou nas instituições. A caracterização sociodemográfica e profissional consta da Tabela 12, sendo que todos os participantes são do sexo feminino, nacionalidade portuguesa, com uma média de idades de 39,77 anos (dp =11,9), compreendidas entre 19 e 64 anos, a maioria 60% era casada e 26,7% solteira. Quanto ao número de filhos, 74,2% respondeu afirmativamente sendo o número médio de filhos 1,88. No que respeita à escolaridade, verifica-se que 41,9% dos AAD possuía o terceiro ciclo do ensino básico e 48,4% o ensino secundário. Estes resultados são similares aos obtidos noutros estudos, nos quais foi relatado que eram mulheres a prestar cuidados a pessoas idosas em situação institucionalizada, devido às raízes históricas e culturais do ato de cuidar (Ribeiro, Ferreira, Ferreira, Magalhães & Moreira, 2008). De igual modo, o nível de escolaridade similar é também relatado nos estudos de Jacob (2002) e M. Sousa (2011), devendo ser equacionado no desenvolvimento dos processos formativos.

Relativamente à situação profissional dos AAD, anterior ao exercício na ERPI, 48,4% estava empregada, 29% desempregada e 12,9% estudava ou estava em situação doméstica. Os AAD exercem a atual função em média há 3,6 anos, trabalhando em média 39,7 horas semanais, sendo que a maioria (74,2%) pratica horário rotativo e 54,8% possui relação laboral com a instituição por tempo indeterminado.

Tabela 12.
Caracterização sociodemográfica e profissional dos AAD

Variável		n	%
Sexo	Feminino	31	100,0
Nacionalidade	Portuguesa	29	93,5
	Canadiana	1	3,2
	Angolana	1	3,2
Estado civil	Casado	18	60,0
	Solteiro	8	26,7
	União de facto	1	3,3
	Viúvo	1	3,3
	Divorciado	2	6,7
Tem filhos	Sim	23	74,2
	Não	8	25,8
Escolaridade	1º Ciclo ensino básico	2	6,5
	3º Ciclo ensino básico	13	41,9
	Ensino secundário	15	48,4
	Ensino médio	1	3,2
Situação profissional antes de trabalhar na ERPI	Empregada	15	48,4
	Desempregada	9	29
	Estudante	3	9,7
	Domésticas	1	3,2
	Outra	3	9,7
Função na ERPI	AAD	31	100,0
Tipo de horário	Rotativo	23	74,2
	Fixo	8	25,8
Tipo de contrato	Contrato a termo certo	11	35,8
	Efetivo	17	54,8
	Outro	3	9,7

Relativamente à avaliação do projeto de intervenção, serão apresentados os resultados quanto aos ganhos em conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais, que se verifica quando se observar um incremento significativo do número de respostas corretamente assinaladas, antes e seis meses após a implementação do plano formativo, ou seja, momento 1 e momento 2. Com a análise dos dados, como refere Fortin et al. (2009), pretendemos encontrar resultados que podem ser interpretados pelo investigador, e consequentemente, reorientar para novas observações que enquadrem as problemáticas e necessidades em saúde. Para a apresentação e análise dos resultados foi usado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®*, versão 20 para Windows.

No sentido de responder aos objetivos do projeto de intervenção, a análise dos resultados foi iniciada com a distribuição das variáveis em estudo e verificou-se que não seguem a distribuição normal, pelo que optamos pela utilização de testes não paramétricos. Dado que se pretendeu a comparação de resultados obtidos entre os dois momentos de recolha de dados no mesmo grupo de participantes, utilizamos o *teste de McNemar* apropriado para comparar frequências ou proporções provenientes de amostras emparelhadas, adotando-se o nível de significância $p < 0,05$.

Seguidamente são apresentados e discutidos os resultados nos quais se observou alteração significativa nos conhecimentos adquiridos, após análise comparativa da proporção de respostas corretamente assinaladas, entre o momento 1, antes do plano formativo, e o momento 2, seis meses após a sua implementação. E, por último, o desenvolvimento de competências seis meses após a implementação do plano formativo. Os resultados que não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando se procedeu à comparação das respostas entre os dois momentos de recolha de dados constam do *Apêndice G*.

3.5.1. Avaliação de conhecimentos em primeiros socorros

A avaliação de conhecimentos em primeiros socorros, e na medida em que se pretende disponibilizar os procedimentos primários e simples para atuar numa situação de emergência, assegurando as funções vitais até que o atendimento especializado possa ser implementado, privilegiou-se os aspetos relacionados com os procedimentos perante a vítima, situação de hemorragia nasal, hipoglicemia, fratura, eletrocussão e intoxicação medicamentosa.

Da análise da Tabela 13 constata-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, em todas as questões, salientando-se a 18 e 29. Seguidamente apresentam-se as questões em que ocorreu diferenças estatisticamente significativas entre o momento 1 e o momento 2.

Relativamente à questão 16 *“Procedimentos antes de abordar a vítima”*, o número de respostas corretas foi de 15 no momento 1, passando para 27 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, sendo o valor de $p=0,004$; Quando inquiridos sobre os *“procedimentos perante uma situação de hemorragia nasal”* (questão 18), o número de respostas corretas foi de 3 no momento 1, e de 23 no momento 2. Assim, no número de respostas corretamente assinaladas verificou-se um incremento significativo e o valor de $p=0,000$; quanto à questão 28 *“Procedimentos no caso de uma pessoa diabética, se apresentar confusa, com voz arrastada, tremores e suores frios”*, o número de respostas corretas assinaladas foi de 13 no momento 1 e 21 no momento 2, pelo que se verificou um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, sendo o valor de $p=0,039$; no que respeita à questão 29 *“Procedimentos no caso de uma pessoa cair resultando uma lesão, fratura fechada da perna”*, o número de respostas corretas passou de 5 no momento 1 para 16 no momento 2, verificando-se um incremento

significativo no número de respostas corretamente assinaladas, com o valor de $p=0,007$; quando inquiridos sobre os “*Procedimentos no caso de uma pessoa ser vítima de eletrocussão (choque elétrico)*” (questão 30), o número de respostas corretas foi de 16 e 23, respetivamente no momento 1 e no momento 2. Verificou-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, com o valor de $p=0,039$; quanto à questão 31 “*Procedimentos perante uma pessoa com intoxicação medicamentosa*”, o número de respostas corretas foi de 17 no momento 1, passando para 28 no momento 2. Constata-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=0,003$).

Tabela 13.

Conhecimentos em primeiros socorros: número de respostas por questão com aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2

	Q16 “Procedimentos antes de abordar a vítima”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou c) ou d)	2	14	16
	Respostas corretas: “avaliar a área envolvente e excluir riscos” b)	2	13	15
	Total	4	27	31
	Q18 “Procedimentos perante uma situação de hemorragia nasal”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: b) ou c) ou d)	8	20	28
	Respostas corretas: “sentar a pessoa inclinando a cabeça para a frente” a)	0	3	3
	Total	8	23	31
	Q28 “Procedimentos no caso de uma pessoa diabética, se apresentar confusa, com voz arrastada, tremores e suores frios”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou c) ou d)	8	10	18
	Respostas corretas: “deve-se oferecer açúcar diluído em algumas gotas de água” b)	2	11	13
	Total	10	21	31
	Q29 “Procedimentos no caso de uma pessoa cair resultando uma lesão (fratura fechada) da perna”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: b) ou c) ou d)	13	13	26
	Respostas corretas: “não deve dar qualquer alimento à pessoa lesionada, nem mesmo água” a)	2	3	5
	Total	15	16	31
	Q30 “Procedimentos no caso de uma pessoa ser vítima de eletrocussão”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: b) ou c) ou d)	7	8	15
	Respostas corretas: “desligar o disjuntor para cortar imediatamente a corrente elétrica” a)	1	15	16
	Total	8	23	31
	Q31 “Procedimentos perante uma pessoa com intoxicação medicamentosa”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: b) ou c) ou d)	2	12	14
	Respostas corretas: “deve ligar-se para o centro de informação Anti-venenos - CLAV” a)	1	16	17
	Total	3	28	31

Da análise aos conhecimentos em primeiros socorros em função do número de respostas em que se verificou um aumento estatisticamente significativo entre os dois momentos, sumaria-se na Tabela 14 a avaliação das metas relativas aos conhecimentos em primeiros socorros, enumerando-se as superadas e não superadas. De todas as metas, perfazendo um total de 11, relativamente às ações que correspondem à execução correta dos procedimentos em primeiros socorros, destacam-se; procedimentos na abordagem à vítima; hemorragia nasal; hipoglicemia; queda; eletrocussão; intoxicação medicamentosa. Quanto às metas não superadas, dizem respeito a: princípios gerais de socorrismo; queimadura com água quente; ferida aberta com sangramento; hemorragia externa dos membros; lipotímia.

Tabela 14.

Avaliação das metas sobre conhecimentos em primeiros socorros

Que o número de respostas corretas aumente significativamente do <i>momento 1</i> de recolha de dados (antes da implementação do plano formativo) para o <i>momento 2</i> (seis meses após a implementação do plano formativo), indicando ganhos em conhecimentos, considerando como corretas as afirmações que se apresentam seguidamente.	
Meta	Superada/Não superada
Meta 1PS (Q14)	Não superada
Meta 2PS (Q16)	Superada
Meta 3PS (Q18)	Superada
Meta 4PS (Q24)	Não superada
Meta 5PS (Q25)	Não superada
Meta 6PS (Q26)	Não superada
Meta 7PS (Q27)	Não superada
Meta 8PS (Q28)	Superada
Meta 9PS (Q29)	Superada
Meta 10PS (Q30)	Superada
Meta 11PS (Q31)	Superada

3.5.2. Avaliação de conhecimentos em suporte básico de vida

O suporte básico de vida é considerado no PNPA 2010-2016 (DGS, 2010) como um dos eixos estratégicos que permite intervir em todo o ciclo de trauma, correspondendo à execução de ações prontas, oportunas e fundamentadas que permitem recuperar a vítima e minimizar o agravamento e consequências de uma situação de acidente ou doença súbita. Por isso, a probabilidade de atingir estes objetivos depende da qualidade de como são instituídas as medidas na pessoa socorrida.

A avaliação de conhecimentos em suporte básico vida inclui a avaliação inicial, o pedido de ajuda, a permeabilização das vias aéreas, as compressões torácica e ventilação boca a boca com auxílio de equipamento de proteção individual (toalhetes faciais), procedimentos relativos à posição lateral de segurança e desobstrução da via aérea. Da Tabela 15 constam os conhecimentos em suporte básico de vida em que se verificou um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas. Assim, constata-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, em todas as questões salientando-se a 19. Seguidamente apresentam-se as questões em que ocorreu diferenças estatisticamente significativas entre o momento 1 e o momento 2.

Relativamente à questão 17 *“Perante uma pessoa que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por”*, o número de respostas corretas foi de 10 no momento 1, passando para 27 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, sendo o valor de $p=0,000$; quanto à questão 19 *“Qual a relação de compressões/ventilações nas manobras de reanimação”*, o número de respostas corretamente assinaladas foi de 11 no momento 1, passando para 29 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=0,000$); face à questão 21 *“Em que situação se deve colocar uma pessoa em posição lateral de segurança”*, o número de respostas corretamente assinaladas foi de 15 no momento 1, passando para 25 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=0,041$); quando inquiridos sobre *“A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada em quanto tempo”* (questão 22), o número de respostas corretamente assinaladas entre os dois momentos foi de 7 para 16, respetivamente, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=0,035$).

Tabela 15.

Conhecimentos em suporte básico de vida: número de respostas por questão com aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2

	Q17 “Perante uma pessoa que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por:”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou b) ou c)	3	18	21
	Respostas corretas: “30 compressões no tórax” d)	1	9	10
	Total	4	27	31
	Q19 “Qual a relação de compressões/ventilações nas manobras de reanimação”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou b) ou c)	1	19	20
	Respostas corretas: “30 compressões no tórax para 2 ventilações” d)	1	10	11
	Total	2	29	31
	Q21 “Em que situação se deve colocar a pessoa em posição lateral de segurança”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou c) ou d)	1	15	16
	Respostas corretas: “Quando se encontra inconsciente, mas respira” b)	5	10	15
	Total	6	25	31
	Q22 “A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada em quanto tempo”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou c) ou d)	12	12	24
	Respostas corretas: “10 segundos” b)	3	4	7
	Total	15	16	31

Quanto aos conhecimentos em suporte básico de vida, considerando o número de respostas com um aumento estatisticamente significativo entre os dois momentos, na Tabela 16 apresenta-se as metas superadas e não superadas relativas aos conhecimentos em suporte básico de vida. Perfazendo um total de sete metas, que correspondem à execução correta de procedimentos em suporte básico de vida, foram superadas quatro metas: iniciação das manobras de reanimação; relação de compressões/ventilações nas manobras de reanimação; posição lateral de segurança; avaliação da respiração espontânea. As ações relativas aos objetivos do suporte básico de vida, aos procedimentos na execução de compressões torácicas e no caso de obstrução grave da via aérea, dizem respeito às metas não superadas.

Tabela 16.

Metas sobre conhecimentos em suporte básico de vida

Que o número de respostas corretas aumente significativamente do <i>momento 1</i> de recolha de dados (antes da implementação do plano formativo) para o <i>momento 2</i> (seis meses após a implementação do plano formativo), indicando ganhos em conhecimentos, considerando como corretas as afirmações que se apresentam seguidamente.	
Meta	Superada/Não superada
Meta12SBV (Q15)	Não superada
Meta13SBV (Q17)	Superada
Meta14SBV (Q19)	Superada
Meta15SBV (Q20)	Não superada
Meta16SBV (Q21)	Superada
Meta17SBV (Q22)	Superada
Meta18SBV (Q23)	Não superada

3.5.3. Avaliação de conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais

Os acidentes intencionais e não intencionais constituem uma das principais causas de morte, e particularmente no grupo etário com mais de 75 anos. A dimensão deste problema é sublinhada no PNPA 2010-2016 (DGS, 2010), recomendando uma política de prevenção que tem por objetivo promover a segurança dos locais onde as pessoas vivem e garantir as respostas de qualidade necessárias à intervenção especializada.

A avaliação de conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais foi efetuada através de questões relativas aos fatores de risco que contribuem para a ocorrência de acidentes bem como às medidas preventivas. A Tabela 17 apresenta os conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais, em que se verificou um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, salientando-se a 32.13. Seguidamente apresentam-se as questões em que ocorreu diferenças estatisticamente significativas entre o momento 1 e o momento 2.

Quanto à questão 32.1 *“A sinalética de piso escorregadio só se utiliza às vezes”*, o número de respostas corretamente assinaladas do momento 1 para o momento 2 foi de 22 para 29, respetivamente, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, sendo o valor de $p=0,039$; quando inquiridos sobre *“Os tapetes e carpetes não necessitam ser antiderrapantes”* (questão 32.3), o número de respostas corretas foi de 24 no momento 1, passando para 30 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=.0,031$); perante a questão 32.4 *“Ao preparar a refeição para a pessoa idosa sem dificuldade na deglutição, é uma perda de tempo fracionar os alimentos”*, o número de respostas corretas foi de 20 no momento 1, passando para 27 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, com o valor de $p=0,039$; no que respeita à questão 32.11 *“As escadas devem estar bem sinalizadas, acesso protegido e corrimão antiderrapante”*, o número de respostas corretas foi de 24 no momento 1 e 30 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=0,031$); perante a questão 32.12 *“Só a existência de varões em corredores e casas de banho previne por completo as quedas”*, o número de respostas corretas foi de 18 no momento 1 e 25 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas, obtendo-se o valor de $p=0,021$; ao serem inquiridos sobre

“O risco de acidentes é o mesmo para pessoas confusas e para os que estão orientados no espaço e no tempo” (questão 32.13), o número de respostas corretas foi de 8 no momento 1, passando para 16 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=0,039$); relativamente à questão 32.14 “A diminuição dos sentidos da visão e/ou audição contribuem para a ocorrência de acidentes”, o número de respostas corretas foi de 23 no momento 1 e 30 no momento 2, verificando-se um incremento significativo no número de respostas corretamente assinaladas ($p=0,039$).

Tabela 17.

Conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais: número de respostas por questão com aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2

		Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Q32.1 “A sinalética de piso escorregadio só se utiliza às vezes”			
	Respostas incorretas	1	8	9
	Respostas corretas	1	21	22
	Total	2	29	31
Momento 1	Q32.3 “Os tapetes e carpetes não necessitam ser antiderrapantes”			
	Respostas incorretas	1	6	7
	Respostas corretas	0	24	24
	Total	1	30	31
Momento 1	32.4 “Ao preparar a refeição para a pessoa idosa sem dificuldade na deglutição, é uma perda de tempo fracionar os alimentos”			
	Respostas incorretas	3	8	11
	Respostas corretas	1	19	20
	Total	4	27	31
Momento 1	32.11 “As escadas devem estar bem sinalizadas, acesso protegido e corrimão antiderrapante”			
	Respostas incorretas	1	6	7
	Respostas corretas	0	24	24
	Total	1	30	31
Momento 1	32.12 “Só a existência de varões em corredores e casas de banho previne por completo as quedas”			
	Respostas incorretas	5	8	13
	Respostas corretas	1	17	18
	Total	6	25	31
Momento 1	32.13 “O risco de acidentes é o mesmo para pessoas confusas e para as que estão orientadas no espaço e no tempo”			
	Respostas incorretas	14	9	23
	Respostas corretas	1	7	8
	Total	15	16	31
Momento 1	32.14 “A diminuição dos sentidos da visão e/ou audição contribui para a ocorrência de acidentes”			
	Respostas incorretas	0	8	8
	Respostas corretas	1	22	23
	Total	1	30	31

Relativamente aos conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais, e tendo em atenção o número de respostas em que se verificou um aumento estatisticamente significativo entre os dois momentos, na Tabela 18 apresenta-se as metas superadas e não superadas relativas aos conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais. Num total de catorze metas, que correspondem a afirmações relativas à prevenção de acidentes não intencionais, foram superadas sete metas relativas a: sinalética de situações de risco; segurança dos equipamentos residenciais (carpetes, tapetes, escadas e varão); condições das pessoas quanto à orientação espaço-temporal e acuidade auditiva e visual. Quanto às metas não superadas, dizem respeito a: condições de piso, mobiliário e iluminação; armazenamento de medicamentos; temperatura dos líquidos quentes; condições de segurança das camas.

Tabela 18.

Metas sobre conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais

Que o número de respostas corretas aumente significativamente do <i>momento 1</i> de recolha de dados (antes da implementação do plano formativo) para o <i>momento 2</i> (seis meses após a implementação do plano formativo), indicando ganhos em conhecimentos, considerando como corretas as afirmações que se apresentam seguidamente.	
Meta	Superada/Não superada
Meta 19PA (Q32.1)	Superada
Meta 20PA (Q32.2)	Não superada
Meta 21PA (Q32.3)	Superada
Meta 22PA (Q32.4)	Superada
Meta 23PA (Q32.5)	Não superada
Meta 24PA (Q32.6)	Não superada
Meta 25PA (Q32.7)	Não superada
Meta 26PA (Q32.8)	Não superada
Meta 27PA (Q32.9)	Não superada
Meta 28PA (Q32.10)	Não superada
Meta 29PA (Q32.11)	Superada
Meta 30PA (Q32.12)	Superada
Meta 31PA (Q32.13)	Superada
Meta 32PA (Q32.14)	Superada

3.5.4. Avaliação de competências em suporte básico de vida

A avaliação do desenvolvimento de competências em suporte básico de vida permitiu-nos verificar se, após seis meses da implementação do plano formativo, os AAD detinham competências neste âmbito desde que conseguissem executar corretamente todos os procedimentos inerentes a cada competência.

As competências avaliadas foram: avaliação das condições de segurança; avaliação do estado de consciência; primeiro pedido de ajuda; permeabilização da via aérea; avaliação da respiração; segundo pedido de ajuda; execução de compressões torácicas; execução de

ventilações, execução da posição lateral de segurança; procedimentos no caso de obstrução ligeira da via aérea; procedimentos no caso de obstrução grave da via aérea - execução das pancadas interescapulares e execução da manobra de Heimlich.

Da análise da Tabela 19, e tendo em consideração a meta conseguir que 50% dos AAD demonstre competências em suporte básico de vida, seis meses após a implementação do plano formativo, constata-se que:

Relativamente à Meta 1, no que respeita ao desenvolvimento da competência, avaliação de condições de segurança, dos 31 AAD que participaram no projeto, 26 (83,9%) conseguiram executar corretamente o procedimento *“Referir em voz alta que estão asseguradas as condições de segurança”*, seis meses após a implementação do plano formativo e, por conseguinte, a meta proposta foi superada.

Quanto à Meta 2, que se refere à avaliação do estado de consciência, 20 (64,5%) AAD conseguiram desenvolver corretamente o procedimento *“Estimulação verbal e estimulação tátil vigorosa”*, seis meses após a implementação do plano formativo, concretizando-se a meta proposta.

No que concerne à Meta 6, relativa ao segundo pedido de ajuda é demonstrada pelo procedimento *“Ligar 112 ou pedir para ligar, transmitindo a informação correta”*, 17 AAD (54,5%) conseguiram, seis meses após a implementação do plano formativo, desenvolvê-la de forma correta, pelo que a meta proposta foi superada.

A Meta 7 relacionada com a execução das compressões torácicas concretiza-se pela execução correta dos procedimentos *“Posicionar-se perpendicularmente ao tórax da vítima; colocar a face palmar da mão no centro do tórax da vítima; colocar os membros superiores em extensão; sobrepor as mãos com os dedos entrelaçados sobre o esterno da vítima; efetuar 30 compressões ao ritmo de 100/minuto; verbalizar a profundidade a que deve comprimir o tórax (cerca de 5 cm)”*. Dos participantes, 23 (74,2%) conseguiram a execução correta, seis meses após a implementação do plano formativo, concretizando-se a meta.

Quanto à Meta 9, relativa à execução da posição lateral de segurança, é desenvolvida pela demonstração correta dos procedimentos *“Colocar o membro superior mais perto (do lado do socorrista) em ângulo reto com o corpo, flexionando o cotovelo e a face palmar virada para cima; segurar o outro membro superior (mais afastado do socorrista) cruzando o tórax e*

fixando o dorso dessa mão na face do lado do socorrista; levantar com a outra mão o membro inferior do lado oposto flexionando o joelho mantendo o pé pousado no chão; rolar a vítima para junto do socorrista, mantendo simultaneamente a mão que apoia a cabeça e a que apoia a anca do membro inferior do lado oposto ao socorrista; executar a extensão da cabeça assegurando a permeabilidade da via aérea; ajustar a mão debaixo do mento, para manter a extensão”. Foram 17 (54,8%) AAD a conseguir a execução correta de todos os procedimentos, seis meses após a implementação do plano formativo, sendo atingida a meta definida.

A Meta 10, diz respeito ao procedimento em caso de obstrução ligeira da via aérea demonstrada pelo procedimento *“Incentivar a tosse perante uma obstrução ligeira da via aérea”*, sendo que 21 (67,7%) AAD desenvolveram competências, seis meses após a implementação do plano formativo, atingindo a meta estabelecida.

Quanto à Meta 11, no que respeita à execução do procedimento em caso de obstrução grave da via aérea - execução de pancadas interescapulares, *“Posicionar-se ao lado e ligeiramente por trás da vítima, apoiando-a com um dos membros inferiores; passar o membro superior do socorrista por baixo da axila da vítima e suportá-la a nível do tórax com a mão, mantendo-a inclinada para a frente; aplicar até 5 pancadas com a base da outra mão, na região interescapular; verificar, após cada pancada, se a obstrução foi ou não resolvida”*, 20 (64,5%) AAD conseguiram, seis meses após a implementação do plano formativo desenvolvê-la de forma correta, pelo que a meta proposta foi atingida.

A Tabela 19 apresenta os resultados decorrentes da aplicação da grelha de observação de competências que decorreu no momento 2, tendo em conta as competências desenvolvidas pelos AAD.

Tabela 19.

Competências desenvolvidas em suporte básico de vida, seis meses após a implementação do plano formativo, cujas metas foram superadas

Competências	Procedimentos em suporte básico de via	n=31	
		Executa corretamente Freq.	%
Avaliação das condições de segurança Avaliação do estado de consciência	<i>“Referir em voz alta que estão asseguradas as condições de segurança”</i>	26	83,9
	<i>“Estimulação verbal e estimulação tátil vigorosa”</i>	20	64,5
Segundo pedido de ajuda - Ligar 112	<i>“Ligar 112 ou pedir para ligar, transmitindo a informação correta”</i>	17	54,8
Execução de compressões torácicas	<i>“Posicionar-se perpendicularmente ao tórax da vítima; colocar a face palmar da mão no centro do tórax da vítima; colocar os membros superiores em extensão; sobrepor as mãos com os dedos entrelaçados sobre o esterno da vítima; efetuar 30 compressões ao ritmo de 100/minuto; verbalizar a profundidade a que deve comprimir o tórax (cerca de 5 cm)”</i>	23	74,2
Execução de posição lateral de segurança	<i>“Colocar o membro superior mais perto (do lado do socorrista) em ângulo reto com o corpo, flexionando o cotovelo e a face palmar virada para cima; segurar o outro membro superior (mais afastado do socorrista) cruzando o tórax e fixando o dorso dessa mão na face do lado do socorrista; levantar com a outra mão o membro inferior do lado oposto flexionando o joelho mantendo o pé pousado no chão; rolar a vítima para junto do socorrista, mantendo simultaneamente a mão que apoia a cabeça e a que apoia a anca do membro inferior do lado oposto ao socorrista; executar a extensão da cabeça assegurando a permeabilidade da via aérea; ajustar a mão debaixo do mento, para manter a extensão”</i>	17	54,8
Procedimento na obstrução ligeira da via aérea	<i>“Incentivar a tosse perante uma obstrução ligeira da via aérea”</i>	21	67,7
Execução de pancadas interestapulares	<i>“Posicionar-se ao lado e ligeiramente por trás da vítima, apoiando-a com um dos membros inferiores; passar o membro superior do socorrista por baixo da axila da vítima e suportá-la a nível do tórax com a mão, mantendo-a inclinada para a frente; aplicar até 5 pancadas com a base da outra mão, na região interestapular; verificar, após cada pancada, se a obstrução foi ou não resolvida”</i>	20	64,5

Da avaliação global das competências em suporte básico de vida, seis meses após a implementação do plano formativo, as metas 3, 4, 5, 8 e 12 não foram concretizadas (Apêndice H), colocando limitações à atuação em situações que colocam em risco a vida das pessoas idosas, foram verificadas nas seguintes situações: solicitação correta de pedido de ajuda; procedimentos para assegurar a permeabilidade da via aérea; avaliação da respiração; execução das ventilações e procedimentos em caso de obstrução grave da via aérea - execução da manobra de Heimlich.

A Tabela 20 pretende enumerar as metas superadas e não superadas sobre suporte básico de vida com referência à percentagem de participantes.

Tabela 20.

Metas sobre competências em suporte básico de vida

Meta	Resultado (%)	Meta superada/não superada
Meta 1SBV	83,9	Superada
Meta 2SBV	64,5	Superada
Meta 3SBV	41,9	Não superada
Meta 4SBV	38,7	Não superada
Meta 5SBV	48,4	Não superada
Meta 6SBV	54,8	Superada
Meta 7SBV	74,2	Superada
Meta 8SBV	35,5	Não superada
Meta 9PLS	54,8	Superada
Meta 10DVA	67,7	Superada
Meta 11DVA	64,5	Superada
Meta 12DVA	48,4	Não superada

Constata-se que foi reduzido o número de participantes que conseguiu executar corretamente todas as competências em suporte básico de vida, tornando-se necessário equacionar dinâmicas e processos formativos que assegurem, por parte dos ADD, uma intervenção segura junto de um grupo etário que, pelas próprias características inerentes ao processo de envelhecimento, é considerado um grupo de maior vulnerabilidade às situações que colocam em risco a vida.

4. CONCLUSÃO

Segundo o PNS 2012-2016 (DGS, 2010), a melhor estratégia para a obtenção de ganhos em saúde é a capacitação e *empowerment* de todos os intervenientes no sistema de saúde, de forma a desenvolver competências bem como os recursos necessários para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação das práticas e políticas dos agentes com responsabilidades no setor da saúde. Também a WHO, em 2002, apela à necessidade do desenvolvimento de contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida através da promoção, proteção e manutenção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, através do diagnóstico das necessidades e oportunidades de intervenção de modo contínuo específico de cada contexto, promovendo a articulação sinérgica e rentabilizando esforços (DGS, 2010).

De forma a responder aos objetivos do PNS, surgem diversos programas e projetos, num esforço integrado, dirigidos a necessidades específicas e problemas concretos. Foi neste contexto que surgiu o projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes” para responder às necessidades e problemas identificados no PNPA 2010-2016. Este define como intervenção prioritária a promoção da cidadania, da saúde e da segurança, agindo em ambientes específicos como as residências para pessoas idosas, a prevenção de acidentes não intencionais junto de grupos vulneráveis, como as pessoas idosas, controlando os fatores, bem como a capacitação de setores profissionais em segurança e prevenção dos acidentes (DGS, 2010).

Desta forma, o desenvolvimento deste projeto de intervenção cuja finalidade foi a capacitação dos AAD em primeiros socorros e prevenção de acidentes, cumpre o preconizado no PNPA 2010-2016. O estabelecimento de parcerias entre os serviços e outras estruturas com responsabilidade no setor da saúde é essencial para o sucesso de programas e projetos de intervenção direcionados para os problemas de saúde identificados.

No desenvolvimento deste Estágio e Relatório estabelecemos como linha orientadora a metodologia do planeamento em saúde, com a implementação das suas etapas de forma contínua e sistematizada, tendo como referencial as competências do EEECS. Para tal, o processo de planeamento deve ser cíclico, promover sinergias, parcerias, fundamentado, e

avaliado de forma a reformular projetos, programas e planos, definindo estratégias que respondam aos problemas de saúde identificados, tendo em vista a melhoria contínua dos sistemas de saúde e da saúde das populações.

É neste campo que o EEECS, além de dominar a metodologia do planeamento em saúde, detém competências que lhe permite o desenvolvimento de atividades de capacitação comunitária com grupos específicos, no sentido de manter e promover o potencial de saúde em corresponsabilidade com os utentes, famílias e comunidades.

Decorrente da análise e discussão dos resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais” e da reflexão sobre as atividades desenvolvidas, podemos concluir que:

- No que alude à aquisição de conhecimentos em primeiros socorros pelos AAD, constatámos um aumento estatisticamente significativo no número de respostas corretas seis meses após a implementação do plano formativo, em relação ao definido nas metas: 2PS (Q16); 3PS (Q18); 8PS (Q28); 9PS (Q29); 10PS (Q30); 11PS (Q31), o que indica ganhos em conhecimentos. De todas as metas, relativas aos conhecimentos em primeiros socorros num total de 11, relativamente às ações que correspondem à execução correta dos procedimentos em primeiros socorros, destacam-se: procedimentos na abordagem à vítima; hemorragia nasal; hipoglicemia; queda; eletrocussão; intoxicação medicamentosa. Quanto às metas não superadas, dizem respeito a: princípios gerais de socorrismo; queimadura com água quente; ferida aberta com sangramento; hemorragia externa dos membros; lipotímia;

- Quanto à aquisição de conhecimentos em suporte básico de vida, pelos AAD, constatámos um aumento estatisticamente significativo no número de respostas corretas seis meses após a implementação do plano formativo, em relação ao definido nas metas: 13SBV (Q17); 14SBV (Q19); 16SBV (Q21); 17SBV (Q22), o que indica ganhos em conhecimentos. Das metas relativas aos conhecimentos em suporte básico de vida perfazem um total de sete metas, que correspondem à execução correta de procedimentos relativos ao suporte básico de vida, foram superadas quatro relativas a: iniciação das manobras de reanimação; relação de compressões/ventilações nas manobras de reanimação; posição lateral de segurança; avaliação da respiração espontânea. As ações relativas aos objetivos do suporte básico de vida, aos

procedimentos na execução de compressões torácicas e procedimentos no caso de obstrução grave da via aérea, dizem respeito às metas não superadas;

- No que concerne aos conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais, constatámos, seis meses após a implementação do plano formativo, um aumento estatisticamente significativo do número de respostas corretas para as seguintes metas: 19PA (Q32.1); 21PA (Q32.3); 22PA (Q32.4); 29PA (Q32.11); 30PA (Q32.12); 31PA (Q32.13); 32PA (Q32.14). Num total de catorze metas, que correspondem a afirmações relativas à prevenção de acidentes não intencionais, foram superadas sete relativas a: sinalética de situações de risco; segurança dos equipamentos residenciais (carpetes, tapetes, escadas e varão); condições das pessoas quanto à orientação espaço-temporal e acuidade auditiva e visual. Quanto às metas não superadas, dizem respeito a: condições de piso, mobiliário e iluminação; armazenamento de medicamentos; temperatura dos líquidos quentes; condições de segurança das camas;

- Relativamente à avaliação global das competências em suporte básico de vida, seis meses após a implementação do plano formativo, verificámos que as metas 1SBV, 2SBV, 6SBV, 7SBV, 9PLS, 10DVA, 11DVA foram superadas devido à demonstração de competências na avaliação das condições de segurança, avaliação do estado de consciência, solicitação correta do segundo pedido de ajuda, execução das compressões torácicas, execução da posição lateral de segurança, obstrução ligeira da via aérea, e execução das pancadas interestapulares. No que respeita às metas 3 SBV, 4 SBV, 5 SBV, 8 SBV e 12 SBV, não concretizadas (*Apêndice H*), colocando limitações à atuação em situações de risco de vida das pessoas idosas, foram verificadas nas seguintes situações: solicitação correta do primeiro pedido de ajuda; procedimentos para assegurar a permeabilidade da via aérea; avaliação da respiração; execução das ventilações e procedimentos em caso de obstrução grave da via aérea - execução da manobra de Heimlich;

- Analisando a participação dos AAD nas atividades do projeto de intervenção “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes”, concluímos que a adesão foi elevada, demonstrando a vontade e necessidade dos AAD em processos formativos que promovam a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências que correspondam ao conteúdo do exercício profissional. A adesão dos AAD às atividades do projeto de intervenção foi elevada, demonstrando que este grupo profissional é sensível aos

processos formativos no âmbito das temáticas expostas de forma a colmatar necessidades previamente manifestadas.

Após análise e reflexão das atividades desenvolvidas, e tendo em conta que o número de participantes que conseguiu desenvolver corretamente todas as competências em suporte básico de vida foi reduzido, é necessário equacionar dinâmicas e processos formativos que assegurem, por parte dos ADD, uma intervenção que promova a saúde e a segurança em ambientes específicos como são as ERPI, bem como de grupos de maior vulnerabilidade que, devido às próprias características inerentes ao processo de envelhecimento, os colocam em situações de risco da própria vida. M. Sousa (2011) reforça esta ideia ao afirmar que:

...o investimento na formação e na valorização desta categoria profissional é condição para a qualidade do sistema de cuidados aos idosos pois só assim teremos organizações que prestarão cuidados de excelência para que consigamos dar mais qualidade à vida que queremos acrescentar aos anos. (p.66)

Em nosso entender, o projeto de intervenção implementado, integrado no âmbito do PNPA 2010-2016, poderá ser expandido a outras áreas de intervenção prioritária no âmbito da qualidade e continuidade dos cuidados, como os serviços de emergência pré-hospitalar, os serviços integrados de apoio às vítimas e suas famílias, e a monitorização dos acidentes através do desenvolvimento de sistemas de informação sobre acidentes não intencionais.

Também, o estabelecimento de plataformas informáticas para divulgação e consulta de informação específica, recomendações e orientações técnicas relacionadas com a promoção da segurança e prevenção de acidentes não intencionais, são um vetor essencial para a qualidade da assistência prestada pelas ERPI. De igual modo, o desenvolvimento de sistemas de registo sistemático, atualizado e continuado de incidentes e acidentes para caracterização da ocorrência e principais fatores de risco associados, é determinante para a formulação proativa de estratégias preventivas.

No contexto de trabalho devem ser promovidos espaços de reflexão e análise crítica de situações específicas de acidentes não intencionais de forma a reforçar os conhecimentos através da aprendizagem simulada e que devem ser objeto de monitorização no sentido de que os AAD possam intervir de forma segura nas situações de risco. Este processo não deve ser descurado por parte dos responsáveis do setor, disponibilizando manuais e guias de boas

práticas relacionados com a prevenção de acidentes, nomeadamente “Manual de Primeiros socorros”, “Prevenção de quedas” e “Medidas de prevenção de acidentes”.

Deverão ser criados espaços de debate alargado, promovendo a realização de um *workshop* anual organizado entre os serviços de saúde, ambientes específicos como as ERPI, os serviços de emergência pré-hospitalar (INEM), os intervenientes políticos, e os profissionais, nomeadamente os AAD, entre outros, com o objetivo de capacitar todos os intervenientes para a importância da articulação intersetorial no âmbito da prevenção de acidentes.

Na melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados pensamos ser necessário desenvolver iniciativas de colaboração dos serviços de emergência pré-hospitalar (INEM, bombeiros) e as ERPI, com o objetivo de otimizar a assistência às vítimas estabelecendo planos específicos de primeiros socorros onde a ação dos AAD será essencial na deteção precoce da situação que coloca em risco a vida, o pedido de ajuda atempado, a transmissão de informação aos serviços de socorro bem como a prestação de primeiros socorros.

Um projeto mais ambicioso poderá ser equacionado, rentabilizando sinergias instaladas entre os cuidados de saúde primários, os serviços de emergência pré-hospitalar e os AAD que exerçam funções nas ERPI, alargando a intervenção neste âmbito ao ambiente domiciliário.

Da apreciação global, ressaltamos a consecução dos objetivos delineados e das metas estabelecidas, embora seja necessário a monitorização constante dos indicadores relativos à aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, pela complexidade de que se reveste os processos de capacitação dos AAD. Face à liderança que os cuidados de saúde primários devem assumir, sugere-se a continuidade deste projeto pela equipa da UCC Vila Real 1 cuja apropriação deverá concorrer para os objetivos do seu plano de ação e mais amplamente do PNPA.

Das limitações e constrangimentos inerentes a projetos de intervenção que se caracterizam por uma participação ativa dos seus intervenientes, o fator tempo foi o mais relevante, pelo que exigiu uma sistematização cuidada de todas as ações e articulação com os diferentes parceiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspectos de contextos da qualidade de vida*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>
- American Health Association. (2010). *Points saillants des lignes directrices 2010 en matière de réanimation cardiorespiratoire et de soins d'urgence cardiovasculaire de l'American Heart Association*. Retrieved from http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317353.pdf
- Antunes, A., & Guimarães, G. (1998). Reabilitação no idoso no domicílio. *Geriatrics*, 11 (106), 23-26.
- Berger, L. (1995). Aspectos biológicos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades* (Cap. 7, pp. 123-155). Lisboa: Lusodidacta.
- Birchfield, P. C. (1999). Saúde dos idosos. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos* (Cap. 30, pp. 635-656). Loures: Lusociência.
- Botelho, J. (1998). Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista Servir*, 46 (5), 262-266.
- Brunet, Y., Courchesne, J., Huot, A., & Lacombe, G. (2014). *Os primeiros socorros: Uma resposta vital em situação de urgência* (2a ed.). Lisboa: Piaget.
- Buksman, S., Vilela A. L. S., Pereira, S. R. M., Lino, V. S., & Santos, V. H. (2008). *Quedas em idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Retirado de http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- Cadim, J. (1999). *Análise das políticas de formação. Organizações e trabalho*.
- Carrilho, M. J., & Craveiro, M. L. (2015). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54, 58-107. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/RED_54.pdf
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas territoriais do envelhecimento: Análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36, 175-191. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/ND_2.pdf
- Carta de Ottawa: Promoção da saúde nos países industrializados*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 17-21 de novembro de 1986. Retirado de [file:///C:/Users/User/Downloads/2_ottawa_nesase_semlogo%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2_ottawa_nesase_semlogo%20(2).pdf)

- Carvalho, A. A. S., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação: Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, M. I. L. B. (2009). A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: Risco ou protecção efectiva?. *Locus social*, 2, 67-80. Retirado de http://www.academia.edu/3843809/A_politica_de_cuidados_domiciliarios_em_instituicoes_de_solidariedade_social
- Castanheira, C. M. G. N. R. (2013). *Auxiliar de acção directa: Um estudo sobre tatics de personalidade, valores e satisfação profissional*. Dissertação de mestrado integrado não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Ceitel, M. (2007a). Proposta de definição do conceito de competências. In *Gestão e desenvolvimento de competências* (Cap. 2, pp. 39-44). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ceitel, M. (2007b). Enquadramento geral e perspectivas de base sobre o conceito de competências. In *Gestão e desenvolvimento de competências* (Cap. 1, pp. 21-37). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ceitel, M., & Custódio, P. (2007). Perspectiva geral para um modelo de intervenção. In *Gestão e desenvolvimento de competências* (Cap. 6, pp. 119-128). Lisboa: Edições Sílabo.
- Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Retirado de <http://www.cpressuscitacao.pt/files/2/documentos/20101025153119640078.pdf>
- Coogly, C., Parham, I., Cotter, J., Wellwford, E., & Neitling, F. (2005). A professional development program in geriatric interdisciplinary teamwork: Implications for managed care and quality of care (Vol. 24). *The journal of Applied Gerontology*, 24 (2), 142-159. doi:10.1177/0733464804271551
- Cruz, D. T., Ribeiro, L. C., Vieira, M. T., Teixeira, M. T. B., Bastos, R. R., & Leite, M. C. G. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*, 46 (1), 138-146. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3070.pdf>
- Custódio, P. (2007). A gestão de competências e a gestão do conhecimento. In *Gestão e desenvolvimento de competências* (Cap. 4, pp. 65-81). Lisboa: Edições Sílabo.
- Declaração de Jacarta, Promoção da Saúde no Século XXI*. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Jacarta, República da Indonésia, 21-25 de julho de 1997. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/5_jakarta_nesase.pdf
- Declaração de Sundsvall, Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde*. 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/4_sundsvall_nesase%20(3).pdf

- Declaração do México, Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade*. 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cidade do México, 5 de junho de 2000. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/6_mexico_nesase.pdf
- Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 414/99*, de 15 de outubro. Cria nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade as carreiras de ajudante de acção sócio-educativa, preceptor, ajudante de ocupação e ajudante de acção directa. Diário da República, 241. Série I-A.
- Decreto-Lei n.º 81/2009*, de 2 de abril. Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. Diário da República, 65. Série I.
- Delors, J. (Coord.). (1996). *Educação: Um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto: Edições Asa.
- Depresbityeris, L. (2003). *Avaliando competências na escola de alguns ou na escola de todos?* Recuperado de <http://www.senac.br/informativo/BTS/237/boltec273.htm>.
- Dias, C. B. (1999). O idoso diante da vida. In A. Petroianu & L. G. Pimenta, *Clínica e cirurgia geriátrica* (pp. 30-32). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho*. Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Informação técnica 3/2012: Formação em emergência e primeiros socorros no local de trabalho* (4a ed.). Lisboa: Autor. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/i020336.pdf
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, A., Graça, S., Conim, C., Andrade, E., & Quaresma, M. (2007). *Envelhecimento e perspectivas de criação de emprego e necessidades de formação para a qualificação de recursos humanos*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Giraldes, M. R. (1993a). Fixação de objectivos. In I. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 8, pp. 77-86). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Giraldes, M. R. (1993b). Selecção de estratégias. In I. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 9, pp. 87-94). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Hoffmann, J. (2005). *O jogo do contrário em avaliação*. Porto Alegre: Mediação.
- Imperatori, I. (1993a). Diagnóstico da situação. In I. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 5, pp. 43-55). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, I. (1993b). Definição de prioridades. In I. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 7, pp. 63-76). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, I., & Giraldes, M. R. (1993). Planeamento da saúde. In I. Imperatori & M. R. Giraldes, *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed. rev. e atual., cap. 3, pp. 21-30). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *SBVD: Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108164324288184.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015a). Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatística. (2015b). *Causas de morte 2013*. Lisboa: Autor.
- Jacob, L. (2002). *Ajudante sénior: Uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de mestrado não publicada, ISCTE, Lisboa.
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (Cap. 9, pp. 129-147). Viseu: Psicosoma.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde, poder e empoderamento*. Lisboa: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: Resposta a 80 questões*. Porto: Edições Asa.
- Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Diário da República, 176. Série I.
- Lithgow, G. J., & Kirkwood, T. B. L. (1996). Mechanisms and evolution of aging. *Science*, 273 (5271), 80. doi:10.1126/science.273.5271.80

- Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades* (Cap. 7, pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2001). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos* (6a ed. rev. e ampl.). São Paulo: Atlas.
- Mcmillan, L., Bunning, K., & Pring, T. (2000). The development and evaluation of deaf awareness training course for support staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13 (4), 283-291. doi:10.1046/j.1468-3148.2000.00034.x
- Miguel, M., Pinto, M., & Marcon, S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3 (9), 784-795. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>
- Ministério da Saúde. (2001). *Profae. Formação: Humanizar cuidados de saúde: Uma questão de competência*. Brasília.
- Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2013). *Carta social: Rede de serviços e equipamentos 2013*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento. Retirado de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal.pdf>
- Monteiro, M., & Pagliuca, L. (2008). Análise da adequação da teoria de relacionamento interpessoal em grupos conduzidos por enfermeira. *Revista de Enfermagem*, 12, 424-429.
- Moura, C. (2014). *Idadismo: Prioridade na construção social da idade*. Editora Euedito.
- Nájera Morrondo, P. (2000). Promoción de la salud. In A. Sánchez Moreno (Dir.), *Enfermería comunitária* (Vol. 3, pp. 141-153). Madrid: McGraw-Hill.
- Novo, A., Mendes, E., Antunes, C., Babo, C., Costa, M., Dias, R., & Preto, L. (2011). Capacidade funcional e risco de queda: Aptidão física, composição corporal e medo de cair em idosos institucionalizados. In *III Seminário contributos para a saúde na população sénior. + idade + saúde*. Departamento de Desporto. Escola Superior de Educação no Instituto Politécnico de Bragança. Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5075>
- Paulos, C. (2010). *Gestão de instituições para idosos: Qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais.
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015a). Retirado de <http://www.pordata.pt/Europa/Taxa+bruta+de+natalidade-1605>
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015b). Retirado de <http://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>
- Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República, 58. Série I.

- Potter, S., Churilla, A., & Smith, K. (2006). An examination of full-time employment in the direct-care workforce. *Journal of Applied Gerontology*, 25 (5), 356-374. doi: 10.1177/0733464806292227
- Ramos, E., & Bento, S. (2007). As competências: Quando e como surgiram. In M. Ceitil (Org.), *Gestão e desenvolvimento de competências* (Cap. 5, pp. 85-118). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos, M. (2001). *Da qualificação à competência: Deslocamento conceitual na relação trabalho-educação*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.
- Regulamento nº 128/2011*, de 18 de fevereiro de 2011. Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Diário da República, 35. Série II.
- Rey, B. (2002). *As competências transversais em questão*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Ferreira, E., Magalhães, C., & Moreira, A. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1285-1292.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (3), 393-405. Retirado de <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI93255&id=93255>
- Sánchez Moreno, A., Ramos García, E., & Marset Campos, P. (2000). Conceptos en educación para la salud. In A. Sánchez Moreno (Dir.), *Enfermería comunitária, 1. Actuación en enfermería comunitária. Los sistemas y programas de salud* (Cap. 1, pp. 155-168). Madrid: McGraw-Hill.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de projectos sociais: Casos práticos*. Porto: Porto Editora.
- Silva, G. (2007). Avaliação de competências: Etapa essencial do desenvolvimento pessoal e organizacional. In *Gestão e desenvolvimento de competências* (Cap. 8, pp. 181-193). Lisboa: Edições Sílabo.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Principia.
- Sousa, M. F. A. (2003). A formação contínua em enfermagem. *Nursing*, 15 (175), 28-33.
- Sousa, S. M. S. (2000). Educação, formação e enfermagem. *Enfermagem Oncológica*, 15, 25-38.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Teixeira, M. P. (1991). *Elaboração de relatórios: Complementos de informação*. Lisboa: Escher.
- World Health Organization. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Geneva: Author. Retrieved from http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf.
- World Health Organization. (2005). *Resolution: Prevention of injuries in the WHO European Region*. Copenhagen: Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/88100/RC55_eres09.pdf

APÊNDICES

Apêndice A

Certificado de participação no plano formativo



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica - se que _____
participou na Formação “ *Primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais*”, promovida pela Unidade de Cuidados Comunidade Vila Real 1, nos dias ____ a ____ de ____ (mês) ____ de ____ (ano) ____, no(a), ____ (ERPI)____ com a duração de 12 horas.

A Coordenadora da UCC Vila Real 1

Data



Curso: Primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais

Conteúdos:

Sessão formação - Primeiros Socorros - 4 Horas

Sessão formação - Suporte Básico de Vida - 4 Horas

Sessão formação - Prevenção de Acidentes não Intencionais - 4 Horas

Apêndice B

Questionário

Questionário de avaliação conhecimentos: primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais

Parte I

I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SOCIOPROFISSIONAL

1. Sexo: ☐ Masculino (1) ☐ Feminino (2)	7. Situação profissional anterior antes de trabalhar no lar: ☐ Empregada (1) Qual a profissão? _____ ☐ Desempregada (2) ☐ Estudante (3) ☐ Doméstica (4) ☐ Reformada/pensionista (5) ☐ Outra (6) _____
2. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	8. Qual a sua função nesta instituição? _____
3. Nacionalidade: _____	9. Há quanto tempo trabalha nesta instituição? _____
4. Estado Civil: ☐ Casado (1) ☐ União de facto (2) ☐ Solteiro (3) ☐ Viúvo (4) ☐ Divorciado (5) ☐ Outro _____	10. Quantas horas trabalham por semana? _____
5. Tem Filhos ☐ sim (1) ☐ não (2) nº de filhos: _____ _____	11. Qual o seu tipo de Horário? ☐ Trabalho por turnos (1) ☐ Fixo (2)
6. Escolaridade: ☐ Não sabe ler nem escrever (1) ☐ Sabe ler e escrever (2) ☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (3) ☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (4) ☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (5) ☐ Ensino Secundário (6) ☐ Ensino Médio (7) ☐ Ensino Superior (8) ☐ Outra _____	12. Qual o seu tipo de Contrato? ☐ Prestação de serviços (1) ☐ Contrato a termo certo (2) ☐ CTI (3) ☐ Outro (4)
	13. Residência Local: _____

Parte II

14 - Os princípios gerais do socorrismo são: [assinale só uma opção]

- A) Parar, Alertar, Socorrer. ☐
- B) Prevenir, Alertar, Socorrer. ☐
- C) Proteger, Alertar, Socorrer. ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta. ☐

15 – O Suporte Básico Vida tem por objetivo: [assinale só uma opção]

- A) Identificar as situações em que há perigo iminente de vida ☐
- B) Saber como e quando pedir ajuda ☐
- C) Saber quando iniciar as manobras para manter as necessidades vitais ☐
- D) Todas as respostas anteriores são corretas ☐

16 – Como proceder antes de abordar a vítima: [assinale só uma opção]

- A) Pedir ajuda ☐
- B) Avaliar a área envolvente e excluir riscos ☐
- C) Abanar e chamar a vítima ☐
- D) Ligar 112 ☐

17 – Perante uma pessoa que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação cárdiopulmonar por: [assinale só uma opção]

- A) 2 Ventilações ☐
- B) 10 Ventilações ☐
- C) 15 Compressões no tórax ☐
- D) 30 Compressões no tórax ☐

18 – Como proceder perante uma hemorragia nasal: [assinale só uma opção]

- A) Deve sentar a pessoa inclinando a cabeça para a frente ☐
- B) Pedir à pessoa para respirar pelo nariz ☐
- C) Deve sentar a pessoa com a cabeça para trás ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta ☐

19 – Qual a relação de compressões / ventilações nas manobras de reanimação cardíopulmonar: [assinale só uma opção]

- A) 12 Compressões no tórax para 4 ventilações ☐
- B) 5 Compressões no tórax para 1 ventilações ☐
- C) 15 Compressões no tórax para 2 ventilações ☐
- D) 30 Compressões no tórax para 2 ventilações ☐

20 – Como proceder na execução das compressões torácicas: [assinale só uma opção]:

- A) Com os braços fletidos ☐
- B) Manter o ritmo de 100 compressões por minuto (mais ou menos 2 por segundo) ☐
- C) Deprimindo o esterno 10 centímetros ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta ☐

21 - Em que situação se deve colocar a pessoa em posição lateral de segurança: [assinale só uma opção]

- A) Quando não respira ☐
- B) Quando se encontra inconsciente, mas respira ☐
- C) Quando apresenta obstrução da via aérea ☐
- D) Quando está inconsciente e não respira ☐

22 – A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada em quanto tempo: [assinale só uma opção]

- A) 5 Segundos ☐
- B) 10 Segundos ☐
- C) 20 Segundos ☐
- D) 60 Segundos ☐

23 – Como proceder perante a pessoa consciente com obstrução grave da via aérea, por corpo estranho: [assinale só uma opção]

- A) Incentivar a pessoa a tossir ☐
- B) Efetuar de imediato, até cinco pancadas entre as omoplatas ☐
- C) Iniciar de imediato Suporte Básico de Vida ☐
- D) Pedir ajuda e iniciar Suporte Básico de Vida ☐

24- Como proceder, no caso de uma queimadura por água quente:

[assinale só uma opção]

- A) Se a pessoa apresentar flictena “bolhas”, reventar a “bolha” com uma agulha ☐
- B) Aplicar Betadine na zona queimada ☐
- C) Baixar a temperatura na zona queimada ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta ☐

25 - Como proceder, no caso de uma pessoa cair resultando uma ferida aberta, que sangra, nos membros superiores ou inferiores: [assinale só uma opção]

- A) Deve limpar suavemente com água corrente ou soro fisiológico e avaliar a profundidade da mesma ☐
- B) Proteger e encaminhar para o hospital, se a ferida for profunda ☐
- C) Aplicar pressão direta com compressa sobre a lesão e aplicação de gelo por cima da compressa ☐
- D) Todas as respostas anteriores estão corretas ☐

26 – Como proceder, perante uma hemorragia externa nos membros superiores ou inferiores: [assinale só uma opção]

- A) Deve colocar gelo diretamente na zona que sangra ☐
- B) Deve fazer compressão direta na zona que está a sangrar e elevar o membro afetado ☐
- C) Não é aconselhável o uso de luvas porque diminui a sensibilidade ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta ☐

27 – Qual o procedimento a efetuar quando uma pessoa refere mal-estar (tremores, tonturas e palidez das extremidades) e em seguida perde a consciência:

[assinale só uma opção]

- A) Dar água ou outro líquido para beber ☐
- B) Dar a cheirar produtos químicos para que acorde mais rápido ☐
- C) Deve elevar as pernas 20 a 30 cm e lateralizando a cabeça ☐
- D) As respostas A e B são corretas ☐

28 – Se uma pessoa diabética, se apresenta confusa, com voz arrastada, tremores e suores frios devemos proceder da seguinte forma: [assinale só uma opção]

- A) Oferecer-lhe alimentos sólidos ☐
- B) Deve oferecer açúcar misturado com algumas gotas de água ☐
- C) As respostas A e B são corretas ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta ☐

29 – Como proceder, no caso de uma pessoa cair resultando uma lesão (fratura fechada) da perna: [assinale só uma opção]

- A) Não deve dar qualquer alimento à pessoa lesionada, nem mesmo água ☐
- B) Deve imobilizar a articulação abaixo da fratura mas nunca acima da mesma ☐
- C) A imobilização da fratura não é aconselhada porque agrava a dor ☐
- D) As respostas B e C são corretas ☐

30 – Qual o primeiro procedimento no caso de uma pessoa ser vítima de eletrocussão (choque elétrico): [assinale só uma opção]

- A) Desligar o disjuntor para cortar imediatamente a corrente elétrica ☐
- B) Tratar a região queimada pela corrente elétrica ☐
- C) Amparar a pessoa, só depois desligar o disjuntor, pois se cair desamparada pode sofrer um traumatismo violento ☐
- D) Todas as respostas anteriores são corretas ☐

31– Perante uma intoxicação medicamentosa, deve proceder-se da seguinte forma: [assinale só uma opção]

- A) Deve ligar-se para o Centro de Informação Anti Venenos ☐
- B) É importante saber o nome do produto que ingeriu, mas não a hora a que ingeriu ☐
- C) É importante saber a quantidade que ingeriu, mas não o local onde se encontra a pessoa ☐
- D) Todas as afirmações anteriores são erradas ☐

Parte III

32. No quadrado, a cada afirmação, assinale as que considera Verdadeiras com (V) e as que considera Falsas com (F):

Afirmações	Verdadeira (V)	Falsa (F)
32.1 -A sinalética de piso escorregadio só se utiliza às vezes		
32.2 - O piso do lar deve ser antiderrapante		
32.3 - Os tapetes e as carpetes não necessitam ser antiderrapantes		
32.4 Ao preparar a refeição para a pessoa idosa sem dificuldade na deglutição, é uma perda de tempo fracionar os alimentos.		
32.5- Manter uma boa iluminação no interior e no exterior do lar é fundamental para prevenir acidentes.		
32.6- O bom funcionamento das luzes de presença não é importante para a prevenção de quedas		
32.7- A temperatura de líquidos quentes deve ser confirmada pelos AAD.		
32.8 -Os medicamentos devem ser guardados com os seus objetos pessoais, no seu quarto para estarem disponíveis quando necessitam		
32.9- O mobiliário do quarto deve permitir uma circulação facilitada, no sentido de prevenir quedas e traumatismos.		
32.10- As camas sem proteção lateral são as mais indicadas para as pessoas idosas		
32.11- As escadas devem estar bem sinalizadas, acesso protegido e corrimão antiderrapante.		
32.12- Só a existência de varões em corredores e casas de banho previne por completo as quedas.		
32.13- O risco de acidente é o mesmo para as pessoas confusas e para as que estão orientadas no tempo e no espaço		
32.14- A diminuição dos sentidos da visão e/ou audição contribuem para ocorrência de acidentes		

Apêndice C

Grelha de observação de competências

Grelha de observação de competências suporte básico de vida		Não Executa (0)	Executa (1)
Avaliação de condições de segurança	“Referir em voz alta que estão asseguradas as condições de segurança”		
Avaliação do estado de consciência	“Estimular verbalmente”		
	“Estimular tátil vigorosa”		
Primeiro pedido de ajuda	“Gritar por ajuda, socorro, vítima inconsciente”		
Permeabilização da via aérea	“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral”		
	“Executar a extensão da cabeça para evitar a queda da língua”		
	“Executar a elevação do mento”		
Avaliação da respiração	“Ver movimentos torácicos”		
	“Ouvir sons respiratórios”		
	“Sentir o ar expirado na face do reanimador”		
	“Realizar o VOS durante 10 segundos”		
Segundo pedido de ajuda	“Ligar 112 ou pedir para ligar, transmitindo a informação correta”		
Execução de compressões torácicas	“Posicionar-se perpendicularmente ao tórax da vítima;		
	“Colocar a face palmar da mão no centro do tórax da vítima”		
	“Colocar os membros superiores em extensão”		
	“Sobrepor as mãos com os dedos entrelaçados sobre o esterno da vítima”		
	“Efetuar 30 compressões ao ritmo de 100/minuto”		
	“ Verbalizar a profundidade a que deve comprimir o tórax aproximadamente 5 cm”		
Execução de ventilações	“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral “		
	“Executar a extensão da cabeça”		
	“Executar a elevação do mento”		
	“Efetuar a oclusão das narinas premindo a cartilagem nasal com o indicador e o polegar”		
	“Efetuar duas ventilações corretamente”		

Grelha de observação de competências em posição lateral de segurança		Não Executa (0)	Executa (1)
Avaliação de condições de segurança	<i>“Referir em voz alta que estão asseguradas as condições de segurança”</i>		
Avaliação do estado de consciência	<i>“Estimular verbalmente”</i>		
	<i>“Estimular tátil vigorosa”</i>		
Primeiro pedido de ajuda	<i>“Gritar por ajuda, socorro, vítima inconsciente”</i>		
Permeabilização da via aérea	<i>“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral”</i>		
	<i>“Executar a extensão da cabeça para evitar a queda da língua”</i>		
	<i>“Executar a elevação do mento”</i>		
Avaliação da respiração	<i>“Ver movimentos torácicos”</i>		
	<i>“Ouvir sons respiratórios”</i>		
	<i>“Sentir o ar expirado na face do reanimador”</i>		
	<i>“Realizar o VOS durante 10 segundos”</i>		
Execução da posição lateral segurança	<i>“Colocar o membro superior mais perto (do lado do socorrista) em ângulo reto com o corpo, flexionando o cotovelo e a face palmar virada para cima”</i>		
	<i>“Segurar o outro membro superior (mais afastado do socorrista) cruzando o tórax e fixando o dorso dessa mão na face do lado do socorrista”</i>		
	<i>“Levantar com a outra mão o membro inferior do lado oposto flexionando o joelho mantendo o pé pousado no chão”</i>		
	<i>“Rolar a vítima para junto do socorrista, mantendo simultaneamente a mão que apoia a cabeça e a que apoia a anca do membro inferior do lado oposto ao socorrista”</i>		
	<i>“Executar a extensão da cabeça assegurando a permeabilidade da via aérea”</i>		
	<i>“Ajustar a mão debaixo do mento, para manter a extensão”</i>		

Grelha observação competências em desobstrução da via aérea		Não Executa (0)	Executa (1)
Procedimento em caso de obstrução ligeira da via aérea	<i>“Incentivar a tosse perante uma obstrução ligeira da via aérea”</i>		
Execução de pancadas interescapulares	<i>“Posicionar-se ao lado e ligeiramente por trás da vítima, apoiando-a com um dos membros inferiores”</i>		
	<i>“Passar o membro superior do socorrista por baixo da axila da vítima e suportá-la a nível do tórax com a mão, mantendo-a inclinada para a frente”</i>		
	<i>“Aplicar até 5 pancadas com a base da outra mão, na região interescapular”</i>		
	<i>“Verificar, após cada pancada, se a obstrução foi ou não resolvida”</i>		
Execução da manobra de Heimlich	<i>“Posicionar-se por trás da vítima e circundar o abdómen com os membros superiores”</i>		
	<i>“Posicionar o punho acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima”</i>		
	<i>“Segurar o punho com a outra mão; sobrepor a 2ª mão à primeira”</i>		
	<i>“Aplicar até cinco compressões abdominais em profundidade e para cima, de forma a aumentar a pressão torácica para expulsar o material que está a obstruir a via aérea”</i>		
	<i>“Verificar, após cada compressão, se a obstrução foi ou não resolvida e se a vítima tosse ou respira”</i>		
	<i>“Referir, que no caso de perda de consciência, inicia algoritmo de suporte básico de vida”</i>		

Apêndice D

Pedido de autorização às ERPI para participação no projeto de intervenção

*Deferido a
08 de Setembro de 2014*

Exmo. Sr.
Diretor
Centro Social e
Paroquial da Campeã

Joaquim Dinis Pinto Freitas, Enfermeiro, atualmente a desempenhar funções no ACES Marão Douro Norte, frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, vem respeitosamente solicitar que Vossa Ex.^a. se digne autorizar a implementação do projeto de intervenção “Capacitação dos ajudantes de ação direta em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes”, no âmbito da unidade curricular Estágio/ Relatório. O grupo-alvo da intervenção são os Ajudantes de Ação Direta (AAD) que exercem funções na instituição que V. Ex.^a dirige e que voluntariamente pretendam participar.

Com o desenvolvimento do projeto de intervenção supracitado pretende-se que os AAD adquiram conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais e que desenvolvam competências em suporte básico de vida. Para o efeito, planeamos desenvolver um plano formativo direccionado para os AAD. No âmbito do projeto de intervenção serão utilizados dois instrumentos de recolha de dados: aplicado um questionário, que aplicaremos em dois momentos - antes do início do programa formativo e seis meses após, que permitirá avaliar a aquisição de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais; o outro instrumento será uma grelha de avaliação de competências em suporte básico de vida, aplicada seis meses após o programa formativo. Os instrumentos são anexados a este pedido de autorização.

Os dados recolhidos destinam-se unicamente a este fim e o anonimato dos questionários será garantido. Os participantes no estudo serão devidamente esclarecidos e pedido o devido consentimento.

Vila Real, Setembro de 2014

Pede deferimento
Joaquim Dinis Pinto Freitas

Autorizado,
V. Ex.

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de administração

Lar Nossa Senhora das Dores

Joaquim Dinis Pinto Freitas, Enfermeiro, atualmente a desempenhar funções no ACES Marão Douro Norte, frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, vem respeitosamente solicitar que Vossa Ex.^a. se digne autorizar a implementação do projeto de intervenção "Capacitação dos ajudantes de ação direta em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes", no âmbito da unidade curricular Estágio/ Relatório. O grupo-alvo da intervenção são os Ajudantes de Ação Direta (AAD) que exercem funções na instituição que V. Ex.^a dirige e que voluntariamente pretendam participar.

Com o desenvolvimento do projeto de intervenção supracitado pretende-se que os AAD adquiram conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais e que desenvolvam competências em suporte básico de vida. Para o efeito, planeamos desenvolver um plano formativo direcionado para os AAD. No âmbito do projeto de intervenção serão utilizados dois instrumentos de recolha de dados: aplicado um questionário, que aplicaremos em dois momentos - antes do início do programa formativo e seis meses após, que permitirá avaliar a aquisição de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais; o outro instrumento será uma grelha de avaliação de competências em suporte básico de vida, aplicada seis meses após o programa formativo. Os instrumentos são anexados a este pedido de autorização.

Os dados recolhidos destinam-se unicamente a este fim e o anonimato dos questionários será garantido. Os participantes no estudo serão devidamente esclarecidos e pedido o devido consentimento.

Pede deferimento

Vila Real, Setembro de 2014

Joaquim Dinis Pinto Freitas

Apêndice E

Operacionalização das variáveis

Operacionalização das variáveis de investigação que permitiram avaliar conhecimentos em primeiros socorros, em que a opção correta é codificada com (1) e as opções incorretas são codificadas com (0)

Variável	Categorização	Resposta correta
<i>“Princípios Gerais do socorrismo”</i>	i) Parar, Alertar, Socorrer; ii) Prevenir, Alertar, Socorrer; iii) Proteger, Alertar, Socorrer; iv) Nenhuma das respostas anteriores é correta.	<i>“proteger, alertar e socorrer”</i>
<i>“Procedimentos antes de abordar a vítima”</i>	i) Pedir ajuda; ii) Avaliar a área envolvente e excluir riscos; iii) Abanar e chamar a vítima; iv) Ligar 112	<i>“avaliar a área envolvente e excluir riscos”</i>
<i>“Procedimento perante uma hemorragia nasal ”</i>	I) Deve sentar a pessoa inclinando a cabeça para a frente; ii) Pedir à pessoa para respirar pelo nariz iii) Deve sentar a pessoa com a cabeça para trás iv) Nenhuma das respostas anteriores é correta	<i>“ deve sentar a pessoa inclinando a cabeça para a frente “</i>
<i>“Procedimentos no caso de uma queimadura por água quente”</i>	A) Se a pessoa apresentar flictena “bolhas”, rebentar a “bolha” com uma agulha; B) Aplicar Betadine na zona queimada; C) Baixar a temperatura na zona queimada; D) Nenhuma das respostas anteriores é correta	<i>“baixar a temperatura na zona queimada “</i>
<i>“Procedimentos, no caso de uma pessoa cair resultando uma ferida aberta, sangrante, nos membros superiores ou inferiores”</i>	A) Deve limpar suavemente com água corrente ou soro fisiológico e avaliar a profundidade da mesma; B) Proteger e encaminhar para o hospital, se a ferida for profunda; C) Aplicar pressão direta com compressa sobre a lesão e aplicação de gelo na compressa; D) Todas as respostas anteriores estão corretas	<i>“todas as respostas anteriores estão corretas”</i>
<i>“Procedimentos perante uma situação de hemorragia externa dos membros superiores ou inferiores”</i>	A) Deve colocar gelo diretamente na zona que sangra; B) Deve fazer compressão direta na zona que está a sangrar e elevar o membro afetado; C) Não é aconselhável o uso de luvas porque diminui a sensibilidade; D) Nenhuma das respostas anteriores é correta	<i>“deve fazer compressão direta na zona que está a sangrar e elevar o membro afetado”</i>
<i>“Procedimentos perante uma pessoa que refere mal-estar (tremores, tonturas e palidez das extremidades) e em seguida perde a consciência”</i>	A) Dar água ou outro líquido para beber; B) Dar a cheirar produtos químicos para que acorde mais rápido; C) Posicionar, elevando as pernas 20 a 30 cm e lateralizando a cabeça; D) As respostas A e B são corretas	<i>“Deve elevar as pernas 20 a 30 cm e lateralizando a cabeça”</i>
<i>“Procedimentos perante uma pessoa diabética que se apresenta confusa, com voz arrastada, tremores e suores frios”</i>	A) Oferecer-lhe alimentos sólidos B) Oferecer açúcar diluído com algumas gotas de água C) As respostas A e B são corretas D) Nenhuma das respostas anteriores é correta	<i>“oferecer açúcar diluído com algumas gotas de água”</i>
<i>“Procedimentos, no caso de uma pessoa cair resultando uma lesão, fratura fechada da perna”</i>	A) Não deve dar qualquer alimento à pessoa lesionada, nem mesmo água; B) Deve imobilizar a articulação abaixo da fratura mas nunca acima da mesma; C) A imobilização da fratura não é aconselhada porque agrava a dor; D) As respostas B e C são corretas	<i>“não deve dar qualquer alimento à pessoa lesionada, nem mesmo água “</i>
<i>“Procedimentos no caso de uma pessoa sido vítima de eletrocussão (choque elétrico)”</i>	A) Desligar o disjuntor para cortar imediatamente a corrente elétrica; B) Tratar a região queimada pela corrente elétrica; C) Amparar a pessoa, só depois desligar o disjuntor, pois se cair desamparada pode sofrer um traumatismo violento; D) Todas as respostas anteriores são corretas	<i>“desligar o disjuntor para cortar imediatamente a corrente elétrica “</i>
<i>“Procedimentos perante uma intoxicação medicamentosa”</i>	A) Deve ligar-se para o Centro de Informação Anti Venenos; B) É importante saber o nome do produto que ingeriu, mas não a hora a que ingeriu; C) É importante saber a quantidade que ingeriu, mas não o local onde se encontra o idoso; D) Todas as afirmações anteriores estão erradas	<i>“deve ligar-se para o Centro de Informação Anti Venenos “</i>

Operacionalização das variáveis de investigação que permitiram avaliar conhecimentos em suporte básico de vida, em que a opção correta é codificada com (1) e as opções incorretas são codificadas com (0)

Variável	Categorização	Resposta correta
<i>“Objetivos do Suporte Básico de Vida”</i>	A) Identificar as situações em que há perigo iminente de vida B) Saber como e quando pedir ajuda C) Saber quando iniciar as manobras para manter as necessidades vitais D) Todas as respostas anteriores são corretas	<i>“Todas as respostas anteriores estão corretas”</i>
<i>“Procedimentos perante uma pessoa que não respira”</i>	E) 2 ventilações F) 10 ventilações G) 15 compressões no tórax H) 30 compressões no tórax	<i>“30 compressões no tórax”</i>
<i>“qual a relação correta entre compressões/ventilações nas manobras de reanimação”</i>	A) 12 compressões no tórax para 4 ventilações B) 5 compressões no tórax para 1 ventilações C) 15 compressões no tórax para 2 ventilações D) 30 compressões no tórax para 2 ventilações	<i>“30 compressões no tórax para 2 ventilações”</i>
<i>“Procedimento correto das compressões torácicas”</i>	A) Com os braços fletidos B) Manter o ritmo de 100 compressões por minuto (mais ou menos 2 por segundo) C) Deprimindo o esterno 10 centímetros D) Nenhuma das respostas anteriores é correta	<i>“Manter o ritmo de 100 compressões por minuto (aproximadamente 2 por segundo)”</i>
<i>“Posição lateral de segurança”</i>	A) Quando não respira B) Quando se encontra inconsciente, mas respira C) Quando apresenta obstrução da via aérea D) Quando está inconsciente e não respira	<i>“Quando se encontra inconsciente, mas respira”</i>
<i>“Avaliação da respiração espontânea eficaz durante as manobras de Suporte Básico de vida”</i>	A) 5 Segundos B) 10 Segundos C) 20 Segundos D) 60 Segundos	<i>“10 segundos”</i>
<i>“Procedimentos perante uma pessoa consciente com obstrução grave da via aérea, por corpo estranho”</i>	A) Incentivar o idoso a tossir B) Efetuar de imediato, até cinco pancadas entre as omoplatas C) Iniciar de imediato Suporte Básico de Vida D) Pedir ajuda e iniciar Suporte Básico de Vida	<i>“Efetuar de imediato, até cinco pancadas entre as omoplatas”</i>

Operacionalização das variáveis de investigação que permitiram avaliar conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais, em que a opção correta é codificada com (1) e as opção incorreta é codificadas com (0)

Variável	Categorização	Resposta correta
<i>“A sinalética de piso escorregadio só se utiliza às vezes”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“O piso do lar deve ser antiderrapante”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“verdadeira”</i>
<i>“Os tapetes e carpetes não necessitam ser antiderrapantes”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“Ao preparar a refeição para a pessoa idosa sem dificuldade na deglutição, é uma perda de tempo fracionar os alimentos”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“Manter uma boa iluminação no interior e no exterior do lar é fundamental para prevenir acidentes”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“verdadeira”</i>
<i>“O bom funcionamento das luzes de presença não é importante para a prevenção de quedas”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“A temperatura de líquidos quentes deve ser confirmada pelos AAD”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“verdadeira”</i>
<i>“Os medicamentos devem ser guardados com os seus objetos pessoais, no seu quarto, para estarem disponíveis quando necessitam”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“O mobiliário do quarto deve permitir uma circulação facilitada, no sentido de prevenir quedas e traumatismos”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“verdadeira”</i>
<i>“As camas sem proteção lateral são as mais indicadas para as pessoas idosas”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“As escadas devem estar bem sinalizadas, acesso protegido e corrimão antiderrapante”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“verdadeira”</i>
<i>“Só a existência de varões em corredores e casas de banho previne por completo as quedas”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“O risco de acidentes é o mesmo para as pessoas confusas e para as que estão orientadas no espaço e no tempo”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“falsa”</i>
<i>“A diminuição dos sentidos da visão e/ou audição contribuem para ocorrência de acidentes”</i>	1 - Verdadeira 2 - Falsa	<i>“verdadeira”</i>

Operacionalização das variáveis atributo que permitiram caracterizar a população
sociodemográfica e profissionalmente

Variável - Características Sociodemográficas	Categorização	Codificação
<i>“Idade”</i>	- Em anos	Em anos
<i>“Gênero”</i>	- Masculino - Feminino	(1) - Masculino (2) - Feminino
<i>“Estado civil”</i>	- Casado - União de facto - Solteiro - Viúvo - Divorciado - Outro	(1) - Casado (2) - União de facto (3) - Solteiro (4) - Viúvo (5) - Divorciado (6) - Outro
<i>“Filhos”</i>	- Sim - Não	(1) - Sim (2) - Não
<i>“Número de filhos”</i>	- Extenso	- Extenso
<i>“Escolaridade”</i>	Não sabe ler nem escrever Sabe ler e escrever 1º Ciclo do Ensino Básico 2º Ciclo do Ensino Básico 3º Ciclo do Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Médio Ensino Superior Outra _____	(1) Não sabe ler nem escrever (2) Sabe ler e escrever (3) 1º Ciclo do Ensino Básico (4) 2º Ciclo do Ensino Básico (5) 3º Ciclo do Ensino Básico (6) Ensino Secundário (7) Ensino Médio (8) Ensino Superior Outra _____
Variável - Características profissionais	Categorização	Codificação
<i>“Situação profissional antes de trabalhar na ERPI”</i>	Empregada Desempregada Estudante Doméstica Reformada/pensionista Outra _____	(1) Empregada (2) Desempregada (3) Estudante (4) Doméstica (5) Reformada/pensionista (6) Outra :extenso
<i>“Função na instituição ”</i>	_____	Extenso
<i>“Tempo que trabalha na instituição ”</i>	Em meses	Em meses
<i>“Tempo de trabalho semanal”</i>	Em horas	Em horas
<i>“Tipo de horário ”</i>	- Rotativo - Fixo	(1) - Rotativo (2) - Fixo
<i>“Tipo de contrato ”</i>	- Prestação de serviços - Contrato a termo certo - Efetivo - Outro	(1) Prestação de serviços (2) Contrato a termo certo (3) Efetivo (4) Outro
<i>“Residência”</i>	Extenso _____	Extenso

Operacionalização das variáveis de investigação que permitiram avaliar competências para desobstrução da via aérea por corpo estranho. O formador observa a execução correta de todos os procedimentos respeitantes a cada variável codificando com (1). O formador observa a execução incorreta ou ausência de um ou mais procedimentos respeitantes a cada variável codificando com (0)

Variáveis	Procedimentos em DVA	(0) - Não Executou	(1) - Executou
“Procedimento na obstrução ligeira da via aérea”	<i>“Incentivar a tosse perante uma obstrução ligeira da via aérea”</i>	O formando não executa ou executa incorretamente o procedimento respetivo	O formando executou corretamente o procedimento respetivo
“Execução de pancadas interescapulares”	<i>“Posicionar-se ao lado e ligeiramente por trás da vítima, apoiando-a com um dos membros inferiores; passar o membro superior do socorrista por baixo da axila da vítima e suportá-la a nível do tórax com a mão, mantendo-a inclinada para a frente; aplicar até 5 pancadas com a base da outra mão, na região interescapular; verificar, após cada pancada, se a obstrução foi ou não resolvida”</i>	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos
“Execução de manobra de Heimlich”	<i>“Posicionar-se por trás da vítima e circundar o abdómen com os membros superiores; segurar o punho com a outra mão; posicionar o punho acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdómen da vítima; sobrepor a 2ª mão à primeira; aplicar até cinco compressões abdominais em profundidade e para cima, de forma a aumentar a pressão torácica para expulsar o material que está a obstruir a via aérea; verificar, após cada compressão, se a obstrução foi ou não resolvida e se a vítima tosse ou respira; referir, que no caso de perda de consciência, inicia algoritmo de suporte básico de vida”</i>	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos

Operacionalização das variáveis de investigação que permitiram avaliar competências para execução da posição lateral de segurança. O formador observa a execução correta de todos os procedimentos respeitantes a cada variável codificando com (1). O formador observa a execução incorreta ou ausência de um ou mais procedimentos respeitantes a cada variável codificando com (0)

Variáveis	Procedimentos em PLS	(0) - Não Executou	(1) - Executou
“Execução de posição lateral de segurança”	<i>“Colocar o membro superior mais perto (do lado do socorrista) em ângulo reto com o corpo, flexionando o cotovelo e a face palmar virada para cima; segurar o outro membro superior (mais afastado do socorrista) cruzando o tórax e fixando o dorso dessa mão na face do lado do socorrista; levantar com a outra mão o membro inferior do lado oposto flexionando o joelho mantendo o pé pousado no chão; rolar a vítima para junto do socorrista, mantendo simultaneamente a mão que apoia a cabeça e a que apoia a anca do membro inferior do lado oposto ao socorrista; executar a extensão da cabeça assegurando a permeabilidade da via aérea; ajustar a mão debaixo do mento, para manter a extensão”</i>	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos

Operacionalização das variáveis de investigação que permitiram avaliar desenvolvimento de competências em Suporte Básico de Vida. O Formador observa a execução correta de todos os procedimentos respeitantes a cada variável codificando com (1), observa a execução incorreta ou ausência de um ou mais procedimentos respeitantes a cada variável codificando com (0)

Variáveis	Procedimentos em SBV	(0) - Não Executou	(1) - Executou
“Avaliação das condições de segurança”	“Referir em voz alta que estão asseguradas as condições de segurança”	O formando não executa ou executa incorretamente o procedimento respetivo	O formando executou corretamente o procedimento respetivo
“Avaliação do estado de consciência”	“Estimulação verbal e estimulação tátil vigorosa”	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos
“Primeiro pedido de ajuda – Grita por Ajuda”	“Gritar por ajuda, socorro, vítima inconsciente”	O formando não executa ou executa incorretamente o procedimento respetivo	O formando executou corretamente o procedimento respetivo
“Permeabilização da via aérea”	“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral, executar a extensão da cabeça para evitar a queda da língua, executar a elevação do mento”	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos
“Avaliação da respiração (VOS)”	“Ver movimentos torácicos, Ouvir sons respiratórios, Sentir o ar expirado na face do reanimador, realizar o VOS durante 10 segundos”	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos
“Segundo pedido de ajuda - Liga 112”	“Ligar 112 ou pedir para ligar, transmitindo a informação correta”	O formando não executa ou executa incorretamente o procedimento respetivo	O formando executou corretamente o procedimento respetivo
“Execução de compressões torácicas”	“Posicionar-se perpendicularmente ao tórax da vítima; colocar a face palmar da mão no centro do tórax da vítima; colocar os membros superiores em extensão; sobrepor as mãos com os dedos entrelaçados sobre o esterno da vítima; efetuar 30 compressões ao ritmo de 100/minuto; verbalizar a profundidade a que deve comprimir o tórax (cerca de 5 cm)”	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos
“Execução de ventilações”	“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral; executar a extensão da cabeça; executar a elevação do mento; efetuar a oclusão das narinas premindo a cartilagem nasal com o indicador e o polegar; efetuar duas ventilações corretamente”	O formando não executa ou executa incorretamente pelo menos um dos procedimentos respetivos	O formando executou corretamente todos os procedimentos respetivos

Apêndice F

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em Investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está correto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta efetuada, queira assinar este documento.

Joaquim Dinis Pinto Freitas, aluno do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD - pretende, no âmbito da unidade curricular Estágio/Relatório, realizar um estudo nesta estrutura residencial para pessoas idosas, sob a Orientação da Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira e Enfermeiro Joni Madureira

O estudo que se pretende desenvolver consiste no projeto de intervenção denominado “Capacitação dos AAD de ERPI em primeiros socorros e prevenção de acidentes” direcionado para os ajudantes de ação direta que exercem funções em duas ERPI sedeadas na área geodemográfica da UCC Vila Real 1. O projeto visa a aquisição de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais bem como desenvolvimento de competências em suporte básico de vida, pelos AAD. Este projeto contempla:

- A aplicação de um questionário para caracterização sociodemográfica, avaliação de conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais dos AAD, em dois momentos distintos, antes do plano formativo e seis meses após a implementação deste;
- A aplicação de uma grelha de avaliação de competências em suporte básico de vida seis meses após a implementação do plano formativo.

Como tal, agradecemos a sua participação neste estudo que será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento. As informações serão estritamente confidenciais e anónimas.

Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira (professora doutora da ESEnfVR - UTAD):

Joni Madureira (Enfermeiro da UCC Vila Real 1):

Joaquim Freitas (Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária):

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Apêndice G

Conhecimentos em primeiros socorros, suporte básico de vida e prevenção de acidentes não intencionais em que o número de respostas corretas por questão não representa um aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2

Conhecimentos em primeiros socorros: número de respostas por questão sem aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2

	Q14“Princípios Gerais do socorrismo”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou b) ou d)	5	15	20
	Respostas corretas: “Proteger, Alertar, socorrer” c)	6	5	11
	Total	11	20	31
	Q24“Procedimentos no caso de uma queimadura por água quente”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou b) ou d)	2	9	11
	Respostas corretas “Baixar a temperatura da zona queimada” c)	2	18	20
	Total	4	27	31
	Q25 “Procedimentos, no caso de uma pessoa cair, resultando uma ferida aberta, que sangra, nos membros superiores ou inferiores”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou b) ou c)	12	6	18
	Respostas corretas: “Todas as respostas anteriores estão corretas” d)	8	5	13
	Total	20	11	31
	Q26 “Procedimentos perante uma hemorragia externa nos membros superiores ou inferiores”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou c) ou d)	3	6	9
	Respostas corretas: “Deve fazer compressão direta na zona que sangra e elevar o membro afetado” b)	3	19	22
	Total	6	25	31
	Q27 “Procedimentos a efetuar quando a pessoa perde a consciência”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas correta	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou b) ou d)	1	4	5
	Respostas corretas: “Deve elevar as pernas 20 a 30 cm de altura e lateralizando a cabeça” c)	0	26	26
	Total	1	30	31

Conhecimentos em suporte básico de vida: número de respostas por questão sem aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2

	Q15 “O suporte Básico de vida tem por objetivo”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou b) ou c)	9	7	16
	Respostas corretas: “Todas as respostas anteriores são corretas” d)	3	12	15
	Total	12	19	31
	Q20 Procedimentos na execução das compressões torácicas”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou c) ou d)	13	11	24
	Respostas corretas: “Manter o ritmo de 100 compressões por minuto” b)	4	3	7
	Total	17	14	31
	Q23 “Procedimentos perante a pessoa consciente com obstrução grave da via aérea, por corpo estranho”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas: a) ou c) ou d)	17	3	20
	Respostas corretas: “Efetuar de imediato, até cinco pancadas entre as omoplatas” b)	9	2	11
	Total	17	3	20

Conhecimentos em prevenção de acidentes não intencionais: número de respostas por questão sem aumento estatisticamente significativo entre o momento 1 e o momento 2

Momento 1	Q32.2 “O piso do lar deve ser antiderrapante”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas	1	3	4
	Respostas corretas	0	27	27
	Total	1	30	31
Momento 1	Q32.5 “Manter uma boa iluminação no interior e no exterior do lar é fundamental para prevenir acidentes”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas	0	1	1
	Respostas corretas	3	27	30
	Total	3	28	31
Momento 1	32.6 “O bom funcionamento das luzes de presença não é importante para a prevenção de quedas”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas	1	2	3
	Respostas corretas	2	26	28
	Total	3	28	31
Momento 1	32.7 “A temperatura de líquidos quentes deve ser confirmada pelos AAD”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas	1	1	2
	Respostas corretas	2	27	29
	Total	3	28	31
Momento 1	32.8 “Os medicamentos devem ser guardados com os objetos pessoais, no quarto, para estarem disponíveis quando necessitam”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas	1	4	5
	Respostas corretas	3	23	26
	Total	4	27	31
Momento 1	32.9 “O mobiliário do quarto deve permitir uma circulação facilitada, no sentido de prevenir quedas e traumatismos”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas	1	5	6
	Respostas corretas	0	24	24
	Total	1	29	30
Momento 1	32.10 “As camas sem proteção lateral são as mais indicadas para as pessoas idosas”	Momento 2		
		Respostas incorretas	Respostas corretas	Total
Momento 1	Respostas incorretas	2	9	11
	Respostas corretas	3	17	20
	Total	5	26	31

Apêndice H

Competências desenvolvidas em suporte básico de vida cujas metas não foram superadas

Competências desenvolvidas em suporte básico de vida, seis meses após a implementação do plano formativo, cujas metas não foram superadas

Competências	Procedimentos em Suporte básico de vida	n=31	
		Executa corretamente Freq.	%
Primeiro pedido de ajuda – gritar por ajuda	<i>“Gritar por ajuda, socorro, vítima inconsciente”</i>	13	41,9
Permeabilização da via aérea	<i>“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral, executar a extensão da cabeça para evitar a queda da língua, executar a elevação do mento”</i>	12	38,7
Avaliação da respiração (VOS)	<i>“Ver movimentos torácicos, Ouvir sons respiratórios, Sentir o ar expirado na face do reanimador, realizar o VOS durante 10 segundos”</i>	15	48,4
Execução de ventilações	<i>“Verificar a existência de objetos móveis na cavidade oral; executar a extensão da cabeça; executar a elevação do mento; efetuar a oclusão das narinas premindo a cartilagem nasal com o indicador e o polegar; efetuar duas ventilações corretamente”</i>	11	35,5
Execução da manobra de Heimlich	<i>“Posicionar-se por trás da vítima e circundar o abdômen com os membros superiores; segurar o punho com a outra mão; posicionar o punho acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdômen da vítima; sobrepor a 2ª mão à primeira; aplicar até cinco compressões abdominais em profundidade e para cima, de forma a aumentar a pressão torácica para expulsar o material que está a obstruir a via aérea; verificar, após cada compressão, se a obstrução foi ou não resolvida e se a vítima tosse ou respira; referir, que no caso de perda de consciência, inicia algoritmo de suporte básico de vida”</i>	15	48,4