

A FORMAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS DE AUXILIARES DE ACÇÃO EDUCATIVA: UMA EXPERIÊNCIA EM ÉVORA

Jorge Bonito

Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora • Apartado 94, 7002-544 Évora • Tel.: 266 74 45 22, Fax.: 266 74 45 21 • Correio electrónico: jbonito@uevora.pt, Sítio na web: <http://evunix.uevora.pt/~jbonito>

Texto enviado para publicação nas Actas do *II Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde*, realizado entre 21 e 25 de Outubro de 2002 no Auditório dos Serviços Comuns do Instituto Politécnico de Beja.

1 DA NECESSIDADE DO PRÉ-SOCORRO E DE SOCORRISTAS

«*The desire for a healthier and better world in which to live our lives and raise our children is common to all people and all generations*¹»² (WHO, 1998a). É com esta constatação que em 1998 o Director-Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Hiroshi Nakajima, iniciou a sua mensagem em *The World Health Report 1998*. Hodiernamente, reconhece-se que o facto de incrementar a longevidade da vida humana sem correspondente aumento na qualidade de vida tem custos muito elevados. A «*health expectancy is more important than life expectancy*³»².

Actualmente, pelo menos 120 países (com uma população total de cerca de 5 mil milhões de pessoas) têm uma esperança média de vida ao nascer além dos 60 anos de idade; a média global é de 66 anos, representando um bom indicador de saúde quando comparada com a esperança média de vida de 48 anos de idade em 1955, e os 59 anos em 1975. A OMS tem projectada uma esperança média de vida de 73 anos para o ano 2025. Só que já não se trata de viver mais anos, mas de saber como vivê-los com boa saúde, com menos doenças, menos sofrimento e, por conseguinte, menor dependência dos demais.

¹ «O desejo de um mundo melhor e mais saudável onde nós queremos viver as nossas vidas e criar as nossas crianças é comum a todas as pessoas e a todas as gerações».

² WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998a). *Message from the director-general. The world health report 1998*. Disponível a partir de: URL: <http://www.who.int/whr/1998/message>

³ «A esperança de saúde é mais importante que a esperança de vida».

Este advento conceptual é naturalmente decorrente da própria faculdade de entendimento actual do conceito de saúde. Ultrapassando o conceito clássico de saúde - definida em termos negativos como «*l'absence des infirmités et invalidité*»⁴⁵, que perdurou formalmente até aos princípios do segundo quartel deste século, e informalmente até aos dias de hoje - pelo menos em alguns círculos - a OMS na sua Carta Constitucional (1948) define saúde como «*a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*»⁶⁷. De facto, esta definição marca um momento decisivo da história da humanidade, com um avanço muito significativo face à anterior concepção - ou indefinição - embora reúna com os aspectos positivos e inovadores os aspectos negativos e criticáveis.

Terris⁸ considera a definição de saúde da OMS utópica, estática e subjectiva. Este autor propõe uma outra definição de saúde, sendo «*un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*»⁹. Ainda assim, este conceito encerra em si uma certa subjectividade já que bem-estar nem sempre é equivalente a saúde. De um ponto de vista dinâmico, Salleras¹⁰ propõe um conceito de saúde encarado como «*el logro del más alto nivel de bienestar físico mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad*»¹¹.

⁴ «A ausência de doenças e de invalidez».

⁵ MONNIER, J., DESCHAMPS, J. P., FABRY, J., MANCIAUX, M., & RAIMBAULT, A. M. (1980). *Santé publique, santé de la communauté*. Villeurbane: Simep.

⁶ «Um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidade».

⁷ WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998b). *About who. Health for all: origins and mandate*. Disponível a partir de: URL: <http://www.who.int/who50/en/health4all.htm>.

⁸ TERRIS, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Mexico: Siglo XXI Editores.

⁹ «Um estado de bem-estar físico, psíquico e social, com capacidade de funcionamento e não unicamente a ausência de afecções ou doenças».

¹⁰ SALLERAS, L. (1990). *Educación sanitaria* (2.^a reimp.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

¹¹ «Um ganho do mais alto nível do bem-estar físico, mental e social e a capacidade de funcionamento que permitam os factores em que vive imerso o indivíduo e a colectividade».

Este conceito dinâmico de saúde é fundamental em programas ou actividades de **protecção e promoção da saúde**. Observando o esquema da Figura 1.1, que é aplicável tanto a indivíduos como a colectividades, podemos ver que a saúde e a doença formam um *continuum* cujos extremos são o **ótimo de saúde** (completo estado de bem-estar, segundo a OMS) por um lado, e a **morte** por outro. Existe ainda neste *continuum* uma zona central, entre as duas áreas extremas, assinalada com uma linha tracejada. Esta zona central traduz a separação entre a saúde e a doença, que não é absoluta, já que muitas vezes não é possível distinguir o normal do patológico.

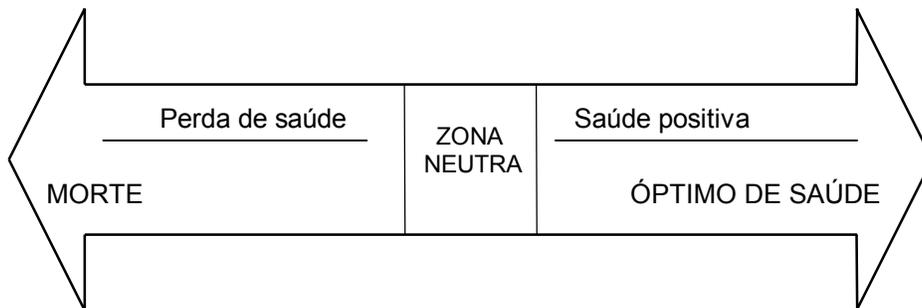


Figura 1. O *continuum* saúde-doença. Na zona neutra não é possível distinguir o normal do patológico.
Fonte: adaptado de Salleras¹⁰.

Sherwin Nuland¹² conta a história de Irv Lipsiner, um corretor de acções, que sofreu um enfarte agudo do miocárdio enquanto jogava ténis. Dois médicos, que por sorte jogavam num *court* adjacente, correram em seu auxílio e de imediato iniciaram técnicas de suporte básico de vida¹³. Quando chegou a ambulância, Lipsiner começava a reagir.

Em Portugal, as histórias poderiam suceder-se quase sem conta:

- Maio de 1997 - O Sr. C., ao acordar, morre vítima de uma paragem cardíaca (Loures). Não teve socorro imediato.
- Junho de 1998 - A Sr.^a T., estando sentada, sofre um enfarte agudo do miocárdio e morre (Évora). Os mirões não lhe prestaram qualquer tipo de socorro.

¹² NULAND, S. (1995). *Como morremos*. Lisboa: Nova Editorial Rocco. (Trabalho original em inglês publicado em 1993)

¹³ Compreende os seguintes elementos: avaliação inicial, manutenção da permeabilidade da via aérea, ventilação com ar expirado, e compressão do tórax.

- Outubro de 1998 - O Sr. A. cai ao chão vítima de uma paragem cardíaca e morre minutos depois (Porto). Quando os TAS chegaram era tarde demais.

A característica mais comum destas três pessoas é que, provavelmente, o seu estilo de vida contribuiu decididamente para o desenvolvimento da doença que lhes causou a morte. As células cerebrais são muito sensíveis à carência de oxigénio. Se este não lhe for fornecido no tempo máximo de três minutos, elas acabam por morrer e o cérebro perde total, ou parcialmente a sua função¹⁴. Ou seja, há apenas três minutos para salvar uma vida.

Cada ano ocorrem nos Estados Unidos da América cerca de 1,3 milhões de enfartes agudos do miocárdio não mortais, e cerca de 500 000 a 700 000 mortais. Cerca de 70% dos enfartes ocorrem em casa. Destas vítimas, cerca de 50-60% morre antes de chegar ao hospital¹⁵. Não é pois difícil de perceber que esta doença é o maior assassino de todo o mundo industrializado. As vítimas de isquémia cardíaca são vítimas da sua alimentação, do fumo e de não realizarem tarefas simples, como exercícios de manutenção da pressão sanguínea. Às vezes a hereditariedade colabora, na forma do histórico familiar ou da diabetes; às vezes é aquele ímpeto e agressividade que os cardiologistas de hoje chamam «personalidade tipo A».

Muitas destas pessoas salvar-se-iam se fossem socorridas nos primeiros 3-4 minutos após o acidente. Comprovam-no as reanimações cardiopulmonares realizadas com sucesso, quer em ambiente hospitalar, quer no exterior. Mas será possível ter uma equipa de tripulantes de ambulância de socorro (TAS) 3-4 minutos após a ocorrência do acidente? Naturalmente que não. Bastará simularmos uma situação, cronometrarmos 4 minutos e tomarmos consciência do escasso tempo que temos para actuar. Não esqueçamos porém, que o período de tempo que demoram os TAS a chegar ao local é resultado do somatório de várias parcelas: Δt entre a ocorrência do acidente e a sua detecção; Δt entre a detecção

¹⁴ LIMA, J. F., ALMEIDA, A., RODRIGUES, I., SANTOS, H. G., & ALMEIDA, A. P. (1996). *O suporte básico da vida. Reanimação cardio-respiratória*. Lisboa: Clube de Reanimação Cardio-Respiratória.

¹⁵ MELIO, F. (1998). Isquemia miocárdica, infarto miocárdico y su tratamiento. In D. M. Cline, O. J. Ma, J. E. Tintinalli, E. Ruiz, & R. L. Krome (Eds.), *Manual. Medicina de urgencias* (4.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. (Trabalho original em inglês publicado em 1996)

e o alarme; Δt entre o alarme e a saída dos TAS; Δt que os TAS demoram a percorrer o espaço entre o local do seu aquartelamento e o local do acidente.

Para resolvermos esta situação, que é grave, temos uma única solução: a existência de pessoas que sabem praticar gestos que salvam vidas, técnicas de suporte básico de vida, práticas que aliviam a dor e evitam a morte de feridos ou doentes: são os **socorristas** que fazem o **pré-socorro**, que constitui a terceira fase do Sistema Integrado de Emergência Médica. Algumas investigações realizadas na Europa e nos EUA demonstraram que a ressuscitação cardiopulmonar realizada pelo *bystander* prolonga o período de recuperação com sucesso, constituindo uma ponte para a primeira desfibrilhação.

Ser socorrista consiste antes de tudo, em saber **prestar auxílio eficazmente e evitar o agravamento** do acidentado ou doente, no local dos acontecimentos e, se necessário, durante o transporte a uma unidade de cuidados diferenciada. Embora se trate de um papel limitado e temporal, é-o também primordial. Ser socorrista é uma forma de estar na vida, um serviço que se presta a comunidade, uma vantagem de um cidadão bem formado.

Não nos referimos a amadorismo, mas antes a pessoas que têm conhecimento substantivo e adquiriram competências técnicas, capacidades de intervir em situação de perigo. E quando precisarmos, e alguém nos ajudar, consciente e competentemente, jamais poderemos olvidar este gesto supremo de altruísmo.

O lema que continuamos a defender, desde 1998¹⁶, é «**uma pessoa um socorrista**». No *Relatório de 1999* da Direcção-Geral de Viação lia-se: «Qualquer pessoa pode aprender a socorrer. Até uma criança pode aprender gestos simples que salvam».

¹⁶ BONITO, J. (1999). Urgente: *socorristas precisam-se*. Objectivo: *salvar pessoas* que estão ao nosso lado. Local: *aqui* mesmo. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques, T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação da Universidade do Minho.

Como será que vamos conseguir operacionalizar o lema que defendemos? Em nosso entender, a solução passa pela intervenção em várias frentes¹⁶, e uma delas é, obrigatoriamente, a formação em ambiente escolar.

A escola constitui um campo contribuidor para a realização do educando, onde decorre um pleno desenvolvimento da personalidade, da formação do carácter e da cidadania. Não será, certamente, pelo número de acidentes que ocorrem na escola (Quadro 1.1) que o socorrismo se deve impor como formação, uma vez que, felizmente, podemos considerá-lo relativamente baixo¹⁷.

Quadro 1

Número de alunos matriculados e acidentes participados nos três níveis de educação e ensino nas escolas do ensino público (continente e RA Açores) no ano lectivo de 1996/1997.

	Educação Pré-Escolar	Ensino Básico	Ensino Secundário
Alunos matriculados	187 539	1 223 169	437 212
Acidentes Participados	188	36 496	3 274
	(0,10%)	(2,98%)	(1,42%)

Fonte: DAPP (2002).

Sendo a saúde um «direito humano»¹⁸, a educação para a saúde assume-se naturalmente como um «direito do aluno». A escola é neste âmbito um local privilegiado para desenvolvê-la com eficácia, existindo duas razões básicas para tal:

- A escola acolhe quase a totalidade da população infantil durante um período longo de anos, precisamente no momento da vida em que é mais fácil assimilar hábitos, atitudes e conhecimentos. O ensino básico é obrigatório, e cerca de 12,3% da população portuguesa está neste nível de ensino. O ensino secundário é frequentado apenas por cerca de 35,7% dos alunos que frequentaram o ensino básico.

¹⁷ Comparando os dados referentes ao ano lectivo de 1996/1997 com os de 1994/1995 verifica-se que no ensino básico e secundário houve um incremento de acidentes (1,84% e 0,86%, respectivamente), embora tenha decrescido na educação pré-escolar 0,15 pontos percentuais.

¹⁸ WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998c). *Fifty facts from the world health report 1998. Global health situation and trends 1955-2025*. Disponível a partir de: URL: <http://www.who.int/whr/1998/factse.htm>

- Os professores, os assistentes de acção educativa e outros agentes educativos são profissionais em educar; com relativa facilidade podem aproveitar as contínuas oportunidades que oferece a escolaridade para fomentar um estilo de vida saudável.

Segundo Trefor Williams¹⁹, a educação para a saúde inclui «experiências planeadas, tanto formal como informalmente, que contribuem para o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e valores, que ajudam o indivíduo a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e bem-estar». Para Andrade²⁰ a educação para a saúde tem que se encarada como um «estado de espírito, um princípio de acção, uma atitude permanente na vida de todos os dias».

A **protecção e promoção da saúde** não se pode limitar ao socorrismo, à sexualidade, ao tabagismo, à SIDA ou a outra doença ou comportamento de risco. A promoção da saúde deve ser encarada como uma matéria transversal onde todas ou grande parte das áreas do conhecimento contribuem, ainda que em diferente medida, para o desenvolvimento dos conteúdos de saúde.

2 O CENTRO FEVIP

Com a Reforma do Sistema Educativo²¹ foi reconhecido o direito à formação contínua a todos os agentes educativos (docentes e não docentes), prevendo que esta seja suficientemente diversificada, de modo a assegurar o aprofundamento e a actualização dos seus conhecimentos e das suas competências profissionais. Os centros de formação²² das associações de escolas, resultantes de agrupamentos de escolas de uma determinada área geográfica, definida pelo Ministério da Educação, constituem, a par das instituições de

¹⁹ Citado em ANDRADE, M. I. (1995). *Educação para a saúde*. Lisboa: Texto Editora.

²⁰ ANDRADE, M. I. (1995). *Educação para a saúde*. Lisboa: Texto Editora.

²¹ Esta Reforma foi preconizada através da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro).

²² Os centros de formação foram estabelecidos através de diploma legal (Decreto-Lei n.º 249/92 de 9 de Novembro). O Decreto-Lei n.º 207/96 de 2 de Novembro reviu o Ordenamento Jurídico da Formação Contínua de Professores e Educadores de Infância.

ensino superior e dos centros de formação das associações de professores, entidades a quem cabe a iniciativa de promover a formação contínua destes educadores.

Os centros de formação têm como objectivos, a saber: i) contribuir para a promoção da formação contínua; ii) fomentar o intercâmbio e a divulgação de experiências pedagógicas; iii) promover a identificação das necessidades de formação, e iv) adequar a oferta à procura de formação. Cabe-lhes, por isso, i) assegurar as prioridades nacionais de formação, bem como, na medida do possível, as acções de formação contínua quando os agentes educativos solicitem; ii) estabelecer prioridades locais de formação; iii) elaborar planos de formação, podendo estabelecer protocolos de cooperação com outras entidades formadores; iv) alargar as suas actividades de formação contínua; e v) criar e gerir centros de recursos.

Em sequência do diploma legal, que estabelece a criação de centros de formação, foi definido o Centro FEVIP²³, que constitui um centro de formação de associação de escolas. O Centro FEVIP²⁴ está sediado na Escola Secundária André de Gouveia, em Évora, e resultou da associação de duas escolas secundárias, duas escolas do ensino básico com 2.º e 3.º ciclos e também uma com ensino secundário, um jardim de infância e uma escola básica integrada com jardim de infância, duas áreas escolares, uma escola do 1.º ciclo do ensino básico, e uma escola de ensino privado do concelho.

²³ O Centro FEVIP foi aprovado pelo Despacho de 10 de Novembro de 1992 de Sua Excelência o Secretário de Estado dos Ensinos Básico e Secundário, e posteriormente homologado pela Direcção Regional de Educação do Alentejo de 21 de Janeiro de 1993.

²⁴ O Centro FEVIP integra as seguintes escolas da mesma área geográfica: i) Escola Secundária André de Gouveia (Évora); ii) Escola Secundária de Severim de Faria (Évora); iii) Escola EB 2,3 D. João de Portel (Portel); iv) Escola EB 2,3/S Dr. Isidoro de Sousa (Viana do Alentejo); v) Escola EB 2,3 de Santa Clara (Évora); vi) Área Escolar de Portel; vii) Área Escolar da Sé (Évora); viii) Jardim de Infância de Aguiar, representante dos Educadores e Professores do 1.º ciclo do ensino básico do concelho de Viana do Alentejo; ix) Oratório Salesiano de São José (Évora); x) Escola EBI/JI de Alcáçovas; e xi) Escola EB 1 do Rossio de São Brás (Évora).

O Centro FEVIP²⁵ goza de autonomia pedagógica, para os efeitos previstos no diploma que estabelece a sua constituição, e a sua gestão e direcção dependem de uma comissão pedagógica e de um director. A comissão pedagógica, constituída pelos presidentes dos conselhos pedagógicos das escolas associadas e pelo director executivo da Escola Secundária André de Gouveia, tem competências para emitir recomendações sobre aspectos pedagógicos, para estabelecer a articulação entre os projectos de formação das escolas e o centro, e para aprovar o plano de acção proposto pelo director do Centro. O director do Centro, que exerce funções por um período de três anos, é escolhido de entre os docentes das escolas associadas, em comissão pedagógica, e, para além de outras competências, coordena e gere a formação contínua das diversas escolas associadas, bem como promove a identificação das necessidades de formação dos agentes educativos e a elaboração do plano de formação do Centro.

O Centro FEVIP, segundo o seu Regulamento Interno, tem como principal função a promoção de acções de formação contínua científico-pedagógica para agentes educativos, docentes e não docentes, das escolas associadas. Poderão estar envolvidas outras escolas não associadas, desde que seja estabelecida a assinatura de protocolo que assegure a reciprocidade de formação a nível de formandos e de equipamentos e se proceda à respectiva avaliação e certificação. As acções de formação contínua revestem-se de várias modalidades, como sejam cursos de formação, módulos de formação, seminários, oficinas de formação, projectos, e estágios, entre outras. O Centro FEVIP pode, ainda, promover encontros, debates, palestras, congressos, e outro tipo de actividades de formação.

Para compreendermos melhor a justificação do sério e avultado investimento de vária natureza que se fez, e que continua a realizar-se, no âmbito da formação contínua dos docentes da educação e ensino não-superior teremos que recordar uma memorável afirmação proferida pelo Ministro da Educação António Fernando Couto dos Santos no Despacho 299/ME/92 que assinou em 22 de Outubro de 1992: «melhorar a qualidade do

²⁵ Centro FEVIP. Escola Secundária André de Gouveia, Praça Angra do Heroísmo, Bairro Nossa Senhora da Glória, 7000-721 Évora. Tel./Fax.: 266 73 23 15. Correio electrónico: cefevip@mail.telepac.pt. Sítio na web: <http://www.cf-fevip.rcts.pt>.

ensino é uma condição básica para melhorar a qualidade das aprendizagens, e este é o objectivo central do sistema educativo».

Estando consciente desta importância crucial da formação contínua na consecução da reforma educativa, mas também correspondendo a imperativos legais, o Ministério da Educação, em Junho de 1992, aprovou, no âmbito do Programa operacional de Desenvolvimento Educativo para Portugal (PRODEP), o Programa Formação de Professores (FOCO), que permitiu, pela primeira vez em Portugal, de um modo sistemático e envolvendo verbas volumosas de financiamento do Estado Português e do Fundo Social Europeu²⁶, criar condições para um programa de formação contínua que apostava na mobilização das comunidades educativas e na melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem. O desenvolvimento de acções de formação que assumissem um sentido mais abrangente e mais diversificado possíveis, bem como uma descentralização que permitisse a participação e a inovação em colaboração com sindicatos e associações de professores, constituíram finalidades de base para desenvolver este Programa.

Os centros de formação das associações de escolas surgiram então, naturalmente, como entidades formadoras integradas no Regime Jurídico da Formação Contínua de Professores, com capacidade para apresentar propostas e realizar formação no âmbito do PRODEP.

3 A FORMAÇÃO DE AUXILIARES DE ACÇÃO EDUCATIVA

O ano lectivo de 1998-1999 ficou marcado, no âmbito da organização escolar, pela implementação de um novo regime de autonomia, administração e gestão das escolas de educação e ensino não-superior. Este novo modelo organizativo convoca toda a comunidade escolar para a construção, execução e avaliação do projecto educativo, e reclama uma particular atenção da organização e desenvolvimento de processos formativos dos diversos intervenientes e, de um modo especial, do pessoal não docente.

De facto, o sistema de formação contínua de docentes, completamente implementado, desenvolvido e consolidado, permitia, naquele momento, o alargamento da intervenção formativa a agentes educativos não docentes. Procurar-se-ia permitir a realização de projectos integrados de formação, centrados na escola, que seriam mecanismos geradores da eficácia da formação dos docentes e promotores da melhoria da qualidade educativa dos serviços prestados aos alunos. Por outro lado, as alterações que se operaram no espaço escolar, com a dinamização e animação de bibliotecas, centros de recursos, laboratórios científicos, instalações desportivas e oficinas tecnológicas diversificadas, e ainda o equipamento da escolas com equipamento *multimedia*, não deixavam antever outra perspectiva que não contemplasse a formação do pessoal não docente numa representação de actualização e modernização da administração educativa.

Reconhecendo o significado destes pressupostos, o PRODEP passou a abranger o financiamento de actividades formativas cujos formandos são, para além dos docentes do ensino não superior, o pessoal técnico, administrativo e de acção educativa em exercício de funções diversificadas nas escolas, através da metodologia de projectos piloto da iniciativa preferencial dos centros de formação de associação de escolas²⁷. As acções de formação profissional devem incidir prioritariamente sobre as seguintes áreas: i) Relação pedagógica e relações humanas; ii) Desenvolvimento organizacional; iii) Gestão e administração escolar; iv) Áreas específicas da actividade profissional; e v) Tecnologias de informação e comunicação. A formação profissional poderá assumir uma das seguintes modalidades, não obstante poderem conjugar-se duas ou mais: i) cursos de formação; ii) módulos de formação; iii) oficinas de formação; iv) seminários; e v) jornadas. Esta formação reveste-se sob a forma de projecto piloto de formação integrada, e para além do regime presencial poderá contemplar-se a frequência à distância.

²⁶ A taxa de co-financiamento público destas acções é de 100% do custo total elegível, repartindo-se entre a UE e o Estado Português na proporção de 75% e 25%.

²⁷ O Despacho conjunto dos Ministérios da Educação e do Trabalho e da Solidariedade n.º 421/98 de 9 de Fevereiro veio introduzir as necessárias alterações no regulamento do PRODEP.

As acções de formação no Centro FEVIP, objecto deste artigo, desenvolveram-se sob a modalidade de curso, que tem, nos termos legais, uma duração mínima de 15 horas, e um número de formados por turma, mínimo e máximo, de respectivamente, 20 e 30. Esta formação destina-se a técnicos de serviços especializados das escolas, a chefes de serviços de administração escolar, a encarregados de pessoal auxiliar de acção educativa, a oficiais administrativos, a técnicos auxiliares de laboratório, e a auxiliares de acção educativa com funções de atendimento ao público e de apoio directo aos alunos e ainda no exercício de funções de apoio a bibliotecas escolares, mediatecas, centros de recursos e laboratório.

Este processo de melhoria da qualidade do ensino e resposta com eficácia aos desafios colocados pela emergência da sociedade da informação e do conhecimento, requer uma formação de docentes e de outros agentes educativos, reconhecida igualmente pela acção 5.1 da medida n.º 5 do eixo n.º 3 do PRODEP III²⁸, que abrange o financiamento de acções de formação dirigidas a pessoal docente e não docente da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário e ainda a outros agentes da educação, que contribuam para melhorar o respectivo desempenho profissional e permitir a aquisição e a mobilização de novas qualificações, bem como o desenvolvimento de competências acrescidas.

O novo regime jurídico do pessoal não docente dos estabelecimentos públicos de educação e ensino não superior²⁹ consagrou um dos seus capítulos à formação profissional, como elemento estruturante de uma escola de qualidade, onde todos os profissionais da educação desempenham um papel relevante. Por outro lado, a criação da carreira de assistente de acção educativa³⁰ veio atribuir complexas funções a estes profissionais. Os conteúdos funcionais aprovados pela Portaria 63/2001 de 30 de Janeiro remete o pessoal não docente para uma imbricada colaboração com o pessoal docente no processo educativo das crianças e dos jovens. Tais desempenhos só serão efectivamente

²⁸ O Despacho conjunto dos Ministérios da Educação e do Trabalho e da Solidariedade n.º 984/2001 de 3 de Outubro aprovou o regulamento que define o acesso aos apoios concedidos no âmbito da medida n.º 5, acção n.º 5.1, «Formação contínua e especializada nos ensinos básico e secundário», da Intervenção Operacional da Educação (PRODEP III).

²⁹ Decreto-Lei n.º 515/99, de 24 de Novembro.

³⁰ Decreto-Lei n.º 234-A/2000, de 25 de Setembro.

realizáveis se estes profissionais compreenderem o comportamento dos educandos, através de um estudo sobre desenvolvimento psico-afectivo-motor e intelectual, com o respectivo enquadramento nos ambientes sociais, culturais e familiares. Será preciso acentuar que a sociedade actual se encontra enriquecida pela multiculturalidade, de diferenças individuais, culturais, sociais e religiosas, onde a base de diálogo e o atendimento personalizado devem descrever com exactidão as relações humanas e permitem construir uma imagem de qualidade da escola, enquanto comunidade educativa.

Com base nestes pressupostos, e atendendo a que o direito-dever à formação está claramente reconhecido nos artigos 49.º e 52.º do regime estatutário do pessoal não docente, os Ministérios da Educação, do Ambiente e do Ordenamento do Território e da Reforma do Estado e da Administração Pública firmaram um despacho³¹ que define os objectivos gerais a atingir, bem como os temas e subtemas da formação que devem presidir à elaboração dos conteúdos programáticos da formação inicial para o ingresso na carreira de assistente de acção educativa e para a reconversão profissional de auxiliares de acção educativa. Entendem os legisladores que, com esta linha de formação, será possível dotar ao pessoal não docente os saberes e as competências necessários, de modo a contribuírem decisivamente para a melhoria da acção educativa, intervindo de maneira consciente e eficaz na vida comunitária escolar.

De entre os 5 temas de formação inicial para o ingresso na carreira de assistente de acção educativa, e para a reconversão profissional de auxiliares de acção educativa, a «Escola promotora de saúde» surge num enquadramento de equilíbrio que preenche 15% do total da formação. Este tema D encontra-se dividido em 3 sub-temas: D₁ - Higiene, prevenção e segurança; D₂ - Socorrismo; e D₃ - Educação alimentar. Relativamente às metodologias a empregar, é referido que «a formação inicial, qualquer que seja a sua modalidade, deve contemplar metodologias diferenciadas que promovam a aprendizagem de saberes adequados às exigências das diferentes funções, valorizando as experiências sentidas e vividas, e que favoreçam práticas de análise e de envolvimento construtivo com o meio».

³¹ Despacho conjunto n.º 466/2002 de 26 de Março.

No que se refere ao referencial de competências básicas após a formação inicial, no subtema D₂ o formando deve atingir os objectivos seguintes: i) Definir o conceito de socorro; ii) Distinguir entre as actividades de socorrista, enfermeiro e médico; iii) Accionar mecanismos de socorro e de alerta; iv) Caracterizar vários tipos de acidentes em meio escolar; v) Avaliar a situação da vítima através de diagnóstico; e vi) Utilizar técnicas gerais de primeiros socorros.

Neste contexto, os Ministros da Educação, do Ambiente e do Ordenamento do Território, e da Reforma do Estado e da Administração Pública assinaram em 26 de Março de 2002 o Regulamento da Formação Inicial, Contínua e Especializada do Pessoal não Docente dos Estabelecimentos da Educação e Ensino não Superior³². E na continuidade do trabalho que vinha a ser realizado, os centros de formação de associação de escolas são considerados como entidades formadoras competentes.

4 PLANO DE FORMAÇÃO EM SOCORRISMO E RESPECTIVO PLANEAMENTO DIDÁCTICO

4.1 As acções de formação em primeiros socorros

Tendo o Centro FEVIP proposto ao conselho Coordenador de Formação contínua a acreditação de duas acções de formação, em 14 de Dezembro de 1999 a Direcção-Geral da Administração Educativa concedeu-lhe as respectivas acreditações para as acção de formação «Gestos que Salvam Vidas I: Ressuscitação Cardiopulmonar e Hemorragias/Choque», com o número DGAE/04-1531/99, e «Gestos que Salvam Vidas II: Abordagem ao Trauma», com o número DGAE/04-1532/99. Estas acções de formação sob a modalidade de curso, cada uma com 45 horas de duração (30 horas práticas e 15 horas teóricas), realizaram-se, respectivamente, entre 14 de Março e 7 de Abril, e 2 e 25 de Maio de 2000, na Escola Secundária André de Gouveia.

³² Portaria n.º 532/2002, de 18 de Maio.

No âmbito do PRODEP III, o Centro FEVIP decidiu dar continuidade à formação na área do socorrismo. Reeditou as acções de formação já referidas, e acreditadas, realizando-as nos períodos, respectivos, de 8 de Abril a 13 de Maio, e de 20 de Maio a 28 de Junho de 2002. Segundo a actual Directora do Centro FEVIP, Maria Fernanda Carrageta, embora o plano de formação para 2002 tivesse sido da competência do anterior Director do Centro, a avaliação das acções de formação realizada no ano de 2000 foi muito positiva, vindo ao encontro das detectadas necessidades de formação dos formandos, e daí impor-se como muito oportuna a sua nova realização.

4.2 Os formandos

Os formandos que frequentaram estas acções de formação apresentavam a categoria profissional de auxiliar de acção educativa, embora, com as devidas excepções, coexistissem, ainda, um auxiliar de serviços gerais, um guarda nocturno, e uma técnica auxiliar principal. O Centro FEVIP autorizou, para além destes formandos, que um auxiliar de acção médica do Hospital do Espírito Santo de Évora e uma telefonista da Universidade de Évora frequentassem os referidos cursos. No Quadro 4.1 apresenta-se a relação da idade dos formandos nas 4 acções de formação.

Quadro 4.1

Relação da idade dos formandos que frequentaram as acções de formação.

Anos de Idade	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	N
21-25	4	3	0	2	9
26-30	1	5	2	1	9
31-35	1	2	2	1	6
36-40	4	6	2	5	17
41-45	3	1	4	2	10
45-50	2	3	6	4	15
51-55	2	0	3	2	7
56-60	0	0	0	1	1
> 60	1	1	0	0	2
N	18	21	19	18	76
Média	38,9	36,3	43,0	41,7	40,0
DP	11,44	9,90	7,52	9,20	-

A média de idades dos formandos era de 40,0 anos, sendo a classe 36-40 anos aquela que apresenta maior frequência, seguida da classe 45-50 anos. As 4 acções de formação contemplaram 80 formandos, uma vez que o auxiliar de acção médica frequentou três dos quatro cursos, não estando, conjuntamente com a formanda telefonista, incluídos no Quadro 4.1.

No Quadro 4.2 apresenta-se a relação dos anos de serviço dos formandos:

Quadro 4.2

Ano de serviços dos formandos que frequentaram as acções de formação.

Anos de Serviço	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	N
1-5	9	11	6	4	30
6-10	3	3	6	7	19
11-15	1	3	5	3	12
16-20	3	2	1	2	8
21-25	0	0	1	1	2
26-30	1	1	0	1	3
Média	7,6	7,5	9,4	10,4	8,71/74
DP	8,75	7,20	6,4	8,25	-

Verifica-se que cerca de 41% dos formandos tinha entre 1 e 5 anos de serviço, sendo seguidos pelo grupo, de 26%, que já prestou serviço, no limite máximo, de 10 anos. O Quadro 4.3 revela-nos as habilitações académicas dos formandos.

Quadro 4.3

Habilitações académicas dos formandos que frequentaram as acções de formação.

Habilitações	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	N
4.º ano	5	5	5	5	20
6.º ano	6	3	11	7	27
9.º ano	2	2	3	4	11
12.º ano	3	7	0	1	11
Bacharelato	0	0	0	1	1

Pela análise do Quadro 4.3 podemos verificar que cerca de 67% dos formandos não ultrapassava o 6.º ano de escolaridade, e que somente 16% tinha o 12.º ano como habilitações literárias. No Quadro 4.4 estão identificados os locais de proveniência dos formandos.

Quadro 4.4

Escolas de proveniência dos formandos que frequentaram as acções de formação.

Escola	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	Totais
1	0	0	1	0	1
2	0	0	3	3	6
3	3	3	1	0	7
4	3	2	3	3	11
5	0	1	2	3	6
6	1	1	3	0	5
7	0	0	1	0	1
8	0	0	1	1	2
9	1	1	3	2	7
10	3	2	1	0	6
11	0	0	0	3	3
12	4	2	0	2	8
13	0	0	0	1	1
14	1	1	0	0	2
15	1	0	0	0	1
16	0	2	0	0	2
17	0	2	0	0	2
18	0	2	0	0	2
19	0	1	0	0	1
20	0	1	0	0	1

1 Externato Obra de S. José Operário (Évora); 2 Escola Secundária de Gabriel Pereira (Évora); 3 Escola EB 2,3/S Dr. Isidoro de Sousa (Viana do Alentejo); 4 Escola Secundária André de Gouveia (Évora); 5 Escola EB 1 n.º 6 de S. Mamede (Évora); 6 Escola EB 2,3 Conde de Vilalva (Évora); 7 Jardim de Infância de Aguiar; 8 Escola EB 2,3 André de Resende (Évora); 9 Escola Secundária de Severim de Faria (Évora); 10 Escola EB 2,3 de Santa Clara (Évora); 11 Escola EB 1 n.º 1 do Rossio (Évora); 12 Escola EBI/JI de Alcáçovas; 13 Direcção Regional de Educação do Alentejo; 14 Jardim de Infância o Princesinho (Évora); 15 Jardim de Infância de S. Bartolomeu do Outeiro; 16 Escola EB 2,3 Cunha Rivara (Arraiolos); 17 Centro Infantil de Nossa Senhora da Saúde (Redondo); 18 Escola EB 1 n.º 13 da Cruz da Picada (Évora); 19 Jardim de Infância do Redondo; 20 Escola EB 1 n.º 3 de Évora.

Foram 20 os centros de educação e de ensino contemplados com estas acções de formação. O Centro FEVIP acolheu mais formandos da escola onde está a sua sede ($n_i = 11$), seguida da Escola EBI/JI de Alcáçovas ($n_i = 8$) e das Escolas EB 2,3/S Dr. Isidoro de Sousa e Secundária de Severim de Faria, *in ex aequo*, com 7 formandos.

4.3 Perfil do formador

O formador com intervenção no âmbito da formação contínua do pessoal não docente nas acções descritas satisfazia os requisitos fixados no respectivo regime jurídico, encontrando-se certificado nessa qualidade pelo concelho científico-pedagógico da formação contínua de professores e pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Do seu currículo destacam-se, ainda, algumas particularidades, como, por exemplo, o grau de Mestre (Universidade de Coimbra), a certificação de instrutor de socorrismo (Direcção de Ensino de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa) e a de instrutor de suporte básico de vida (Conselho Português de Ressuscitação), a experiência de campo em emergência pré-hospitalar, e a autoria de um livro³³ dedicado ao tema da acção de formação.

4.4 Planeamento didáctico: programa

Os objectivos definidos para as acções de formação são os que, a seguir, se discriminam (Quadro 4.5):

Quadro 4.5

Objectivos de aprendizagem das acções de formação «Gestos que Salvam Vidas I: Ressuscitação Cardiopulmonar, Hemorragias/Choque» e «Gestos que Salvam Vidas II: Abordagem ao Trauma».

OBJECTIVOS DA ACÇÃO GSV I	OBJECTIVOS DA ACÇÃO GSV II
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as dez principais causas de morte no Mundo, na Europa e em Portugal. • Reconhecer a importância de um sistema de emergência médica pré-hospitalar na promoção da saúde. • Conhecer o sistema integrado de emergência médica português. • Reconhecer a importância do <i>bystander</i> na cadeia de sobrevivência. • Relembrar conhecimentos teóricos básicos de biologia humana. • Compreender o conceito de doença. • Identificar situações que colocam em risco a vida de uma pessoa. • Conhecer medidas de protecção. • Realizar os exames primário e secundário a um paciente. • Aplicar técnicas de suporte básico de vida em pacientes adultos, crianças e bebés. • Descrever os métodos de desobstrução das vias aéreas. • Aplicar métodos de controlo de hemorragias. • Compreender as medidas de prevenção do <i>shock</i>. • Identificar potenciais substâncias tóxicas no local de trabalho. • Conhecer medidas de socorro numa intoxicação. • Desenvolver as «qualidades de um bom 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as dez principais causas de morte no Mundo, na Europa e em Portugal. • Reconhecer a importância de um sistema de emergência médica pré-hospitalar na promoção da saúde. • Conhecer o sistema integrado de emergência médica português. • Reconhecer a importância do <i>bystander</i> na cadeia de sobrevivência. • Relembrar conhecimentos teóricos básicos de biologia humana. • Compreender o conceito de doença. • Identificar situações que colocam em risco a vida de uma pessoa. • Conhecer medidas de protecção. • Realizar os exames primário e secundário a um paciente. • Aplicar técnicas de suporte básico de vida em pacientes adultos e crianças. • Descrever os mecanismos do trauma. • Demonstrar a abordagem ao paciente vítima de trauma. • Conhecer as medidas de actuação em caso de neurotraumatologia. • Caracterizar a actuação do socorrista nos traumas torácico e abdominal. • Proceder à lavagem, desinfeção e cobertura de feridas. • Realizar a cobertura do corpo humano com

³³ Referimo-nos à obra de Jorge Bonito, com o título *Práticas de Primeiros Socorros - Um guia para salvar vidas*, editado em Julho de 2000 pelas Publicações Dom Quixote, 491 pp. (ISBN n.º 972-20-1732-2)

socorrista».

- Orientar a sua conduta pelo «decálogo do socorrista».

ligaduras elásticas e triangulares.

- Aplicar os procedimentos de emergência em ortotraumatologia.
- Descrever a actuação do socorrista em traumas térmicos.
- Caracterizar doenças súbitas mais frequentes.
- Sistematizar a actuação do socorrista em caso de doenças súbitas.
- Desenvolver as «qualidades de um bom socorrista».
- Orientar a sua conduta pelo «decálogo do socorrista».

Os conteúdos programáticos, e a respectiva calendarização, apresentam-se no Quadro 4.6:

Quadro 4.6

Conteúdos programáticos, e respectiva calendarização, das acções de formação «Gestos que Salvam Vidas I: Ressuscitação Cardiopulmonar, Hemorragias/Choque» e «Gestos que Salvam Vidas II: Abordagem ao Trauma».

CONTEÚDOS GSV I	SESSÕES DE 3 h	CONTEÚDOS GSV II	SESSÕES DE 3 h
1 Protecção e Promoção da Saúde		1 Protecção e Promoção da Saúde	
1.1 Mortes no mundo e em Portugal.		1.1 Mortes no mundo e em Portugal.	
1.2 Situando o problema: uma localização actual de saúde.		1.2 Situando o problema: uma localização actual de saúde.	
1.3 A necessidade de um sistema de emergência médica: o SIEM em Portugal.		1.3 A necessidade de um sistema de emergência médica: o SIEM em Portugal.	
1.4 Da detecção ao alarme.		1.4 Da detecção ao alarme.	
1.5 Do alarme aos TAS: a necessidade de socorristas e o pré-socorro.		1.5 Do alarme aos TAS: a necessidade de socorristas e o pré-socorro.	
1.6 Socorro, evacuação e hospital.		1.6 Socorro, evacuação e hospital.	
1.7 O socorrista e o acidente.		1.7 O socorrista e o acidente.	
1.8 Equipamento de socorro.	_____ 2	1.8 Equipamento de socorro.	_____ 2
2 Princípios gerais de socorrismo		2 Princípios gerais de socorrismo	
2.1 Prevenção.		2.1 Prevenção.	
2.2 Alarme.		2.2 Alarme.	
2.3 Socorro.	_____ 1	2.3 Socorro.	_____ 1
3 O exame do paciente		3 O exame do paciente	
3.1 Exame primário.		3.1 Exame primário.	
3.2 Exame secundário.		3.2 Exame secundário.	
3.3 Posições de espera e de transporte.	_____ 2	3.3 Posições de espera e de transporte.	_____ 2
4 Ressuscitação cardiopulmonar		4 Ressuscitação cardiopulmonar	
4.1 Causas mais frequentes da paragem cardiopulmonar.		4.1 Causas mais frequentes da paragem cardiopulmonar.	
4.2 A cadeia de sobrevivência.		4.2 A cadeia de sobrevivência.	
4.3 Suporte básico de vida para		4.3 Suporte básico de vida para	

adultos.		adultos.	
4.4 Suporte básico de vida para crianças.		4.4 Suporte básico de vida para crianças.	
4.5 Suporte básico de vida para bebês.		4.5 Métodos de desobstrução das vias aéreas.	_____ 2
4.6 Métodos de desobstrução das vias aéreas.	_____ 5		
5 Hemorragias		5 Trauma	
5.1 Conceitos gerais.		5.1 Mecanismo do trauma	
5.2 Classificação e gravidade das hemorragias.		5.2 Trauma dos tecidos moles	_____ 2
5.3 Actuação de emergência em hemorragias externas.		5.3 Neurotraumatologia: TCE.	
5.4 Actuação de emergência em hemorragias internas.		5.4 Neurotraumatologia: TVM.	
5.5 Actuação de emergência em hemorragias exteriorizáveis por orifícios naturais.	_____ 2	5.5 Trauma torácico	
6 <i>Shock</i>		5.6 Trauma abdominal	_____ 1,5
6.1 Conceito de <i>shock</i> .		5.7 Ortopneumatologia	_____ 2
6.2 Classificação do <i>shock</i> .		5.8 Trauma térmico	_____ 0,5
6.3 Causas do <i>shock</i> hipovolémico.		6 Doenças súbitas	
6.4 Actuação de emergência em caso de <i>shock</i> .	_____ 1	6.1 Alterações de consciência	
7 Intoxicações		6.2 Convulsões	
7.1 Venenos mais comuns.		6.3 Acidente vascular cerebral	
7.2 Quadro clínico de um intoxicado.		6.4 Diabetes	
7.3 O Centro de Informações Anti-Venenos.		6.5 Doenças cardiovasculares	
7.4 Actuação de emergência em caso de intoxicação.	_____ 1	6.6 Doenças do sistema respiratório	
		6.7 Doenças de hipersensibilidade do tipo imediato	
		6.8 Emergência psiquiátricas	_____ 1

Vejamos, agora, uma descrição, sumária, do tipo de metodologias de ensino-aprendizagem aplicadas. Ambos os cursos iniciaram com uma dinâmica própria para o conhecimento inter-formandos, e entre estes e o formador. Foi realizada, de seguida, uma apresentação de estudos de caso, sob a forma de diapositivos, cobrindo a quase totalidade das matérias a estudar durante as sessões formativas. Em todo o processo de ensino foi dada especial atenção a três níveis de desenvolvimento: conhecimento substantivo e processual, competências, raciocínio, e atitudes.

No desenvolvimento do processo de aprendizagem foi considerado como factor importante, para um trabalho bem sucedido, as atitudes que promovam o desenvolvimento

global do formando, fomentando um pensamento criativo, crítico e prático. Para isso, procurou-se, em todo o momento, que a informação apresentada cumprisse as duas condições básicas para que adquirisse significado psicológico e gerasse aprendizagens significativas.

Uma vez que os formandos são agentes educativos, o ensino dos temas partiu sempre de estudos de caso, com os quais eram diagnosticados as actuações de emergência que os formandos teriam naquelas situações. Seguiu-se o confronto e encontro argumentativo entre formando-formador, acerca do exposto pelos formandos, e a clarificação e explicitação do tema, através da procura de subsunções adequados.

Na continuação, o formador realizava uma técnica específica no seu andamento normal. Num segundo momento, desenvolvia a mesma técnica, embora explicando o que fazia em cada passo. Solicitava, depois, que os formandos descrevessem a técnica, enquanto o formador, segundo as orientações deles, a realizava. Por último, os formandos repetiam a técnica, de forma prolongada e em sub-grupos, necessariamente supervisionada, procurando-se o desenvolvimento de gestos mecânicos perante a situação-problema.

Vê-se que houve o propósito, claramente, de provocar, por um lado, aprendizagens significativas, e, por outro, aprendizagens mecânicas. Na verdade, estes conceitos não são dicotómicos. Estes tipos de aprendizagem são, antes, os extremos de um *continuum* de aprendizagens. Daí que se «navegasse» entre o estudo teórico do caso e da técnica através da clarificação de relação entre conceitos, ou mesmo com exposições orais, e a sua execução fosse levada ao limite da mecanicidade para oferecer-se como resposta imediata um estímulo em situação de socorro.

Dada esta especificidade dos conteúdos, as estratégias utilizadas basearam-se, quase sempre, em metodologias activas e participativas, com especial atenção na promoção do trabalho em equipa. *A posteriori*, o formador fazia uma ponte de transposição entre as competências adquiridas, o estudo de caso, e a sua aplicabilidade em situação de acto.

Foram estabelecidos contactos com a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Évora, e disponibilizada uma ambulância do tipo B para observação. Os formandos tiveram oportunidade de confrontar o equipamento em uso nas aprendizagens com a carga de uma ambulância, e contactar directamente com os recursos usados nos postos de emergência. Fez-se, ainda, a apresentação de um tripulante de ambulância de socorro (TAS), com um breve relato das suas experiências pessoais no campo da emergência. Seguiu-se, depois, uma partilha de experiências dos formandos, e troca de pedidos de esclarecimento e várias perguntas ao TAS acerca da sua actividade.

Os recursos didácticos utilizados foram variados e considerados, conforme se descreve:

Recursos audio-visuais

- Transparências
- Diapositivos
- Videogramas

Material clínico

Adesivo comum	Ligadura elástica
Adesivo de papel	Ligadura elástica para dedos
Adesivo de seda	Ligadura triangular
Adesivo em banda	Luva de exame
Adesivo em não tecido	Maca dobrável
Adesivo microperfurado	Máscara com atilho
Água de lavagem de olhos	Máscara de ventilação
Algodão hidrófilo	Penso absorvente
Almofada hemostática	Penso ocular adesivo
Bola de gaze	Penso adesivo
Cobertor térmico	Penso pós parto
Colar cervical	Penso rápido
Compressa de calor instantâneo	Pêra de borracha
Compressa de frio instantâneo	Pinça de Adson
Compressa de gaze	Pinça de Collin
Compressa de primeiro socorro	Pinça de fixação
Compressa em não tecido	Pinça de Kelly
Esfigmomanómetro aneróide	Pinça de Kocher
Esfigmomanómetro de coluna	Pinça simples
Esfigmomanómetro digital	Resguardo de protecção
Espátula de madeira	Saco de enjoo
Espelho dentário	Seringa de grande capacidade
Estetofonendoscópio	Sutura cutânea
Garrote de emergência	Tabuleiro riniforme
Gaze parafinada	Tala de madeira
Insuflador manual	Tala de Zimmer
Iodopovidona	Termómetro de vidro
Lanterna de diagnóstico	Termómetro digital
Lençol isotérmico	Tesoura com 2 bicos redondos

Lençol de protecção	Tesoura de Lister
Lençol para queimados	Tesoura de Mayo
Ligadura de baixa elasticidade	Tesoura de Metzemaum
Ligadura de compressão	Tesoura universal
Ligadura de gaze	Tira adesiva
Ligadura de suporte	Tubo orofaríngeo

Será importante destacar que, com a aquiescência do Centro FEVIP, muito do referido material clínico foi ofertado aos formandos, com o objectivo de constituírem a sua mala de primeiros socorros, e o restante, não usado, serviu para guarnecer um armário e duas bolsas de primeiros socorros.

No que diz respeito ao suporte básico de vida, considerou-se um *ratio* manequim de treino de RCP/formando de 1:2. Foram utilizados vários manequins, a saber:

- i) *AMBU[®] MULTIMANTM*, que permitem autocontrole por parte do formando da extensão do tórax, e da pressão de compressão torácica;
- ii) *AMBU[®] MANTM*, que para além do *skillmeter* possui uma ligação ao *AMBU[®] CPR software Kit*, permitindo elevados níveis de proficiência e de trabalho autónomo de aperfeiçoamento;
- iii) *Resuci[®] AnneTM* da *LAERDAR*, com *skillguideTM*;
- iv) *Resuci[®] Little AnneTM* da *LAERDAR*;
- v) *AMBU[®] BABY*; e
- vi) *Kyle* da *Simulaid, inc.* (criança).

Foram utilizados três mecanismos de barreira: uma face do manequim por cada formando, ou, em alternativa, a sua limpeza com desinfectante; uso de um saco de ventilação individual (*AMBU[®] MULTIMANTM*); e utilização de uma máscara *LAERDAR[®]* para práticas de ventilação artificial.

Este tipo, e variedade, de equipamento gera grande dinamismo, auto-aprendizagem, cooperação entre formandos, experimentação livre de novas situações, e uma orientação individual mais precisa por parte do formador.

Nos termos da legislação da formação contínua, os formandos deverão participar em, pelo menos, 75% das aulas realizadas, considerando-se não aprovados caso excedam 25% de faltas presenciais (Quadro 4.7)

Quadro 4.7

Assiduidade dos formandos nas acções de formação.

Faltas (horas)	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	Totais
0	15	0	16	9	40
3	2	3	1	3	9
6	0	3	2	3	8
9	1	1	0	1	3
11	0	0	0	1	1
15	1	0	0	0	1
27	0	0	0	1	1

Sendo o limite legal de 11,25 horas de faltas, verifica-se que somente dois formandos atingiram este patamar. Quarenta formandos, nas quatro acções, não registaram falta alguma, e 17 formandos faltaram a uma/duas sessões. Para além de outras interpretações, estes dados revelam um elevado sentido de responsabilidade dos formandos pelo acto formativo, e, em última análise, uma forte motivação que apela à presença nas aulas.

5 RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

A avaliação dos formandos revestiu-se de quatro modalidades a saber. A primeira, de carácter diagnóstico, já apontada, foi realizada no início do programa de formação e de cada unidade temática, visando averiguar a estrutura cognitiva do formando para se construírem aprendizagens significativas. A avaliação formativa, a mais importante, desenvolveu-se em *continuum* em todas as sessões, e procurou aquilatar acerca o processo de aprendizagem do formando no decorrer desta. A avaliação sumativa pretendeu avaliar a consecução do formando no final do curso. O conhecimento substantivo foi avaliado através de um teste escrito, com 34 e 46 perguntas com resposta de escolha múltipla, respectivamente para os cursos GSV I e GSV II, (Quadro 4.8). A avaliação dos saberes processuais e das técnicas, dada a natureza do curso, transferiu-se para a avaliação formativa, com carácter de recolha de informação e actuação no reforço ou emenda de determinadas técnicas, bem como as formas da avaliação formadora acerca das atitudes e tipos de raciocínio. Por fim, a avaliação prognóstica foi desenvolvida no final da última sessão, focalizando os potenciais projectos a desenvolver na escola de origem.

Quadro 4.8

Percentagem de acertos nas perguntas dos testes de avaliação sumativa.

Acertos (%)	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	Totais
90-100	1	1	2	0	4
75-89	1	1	1	6	9
50-74	10	13	12	9	44
25-49	5	6	4	2	17

Cerca de 60% dos formandos que beneficiaram destas acções de formação acertaram entre 50-74% das respostas do teste de avaliação sumativa, cerca de 23% ficou aquém do ponto médio de acertos. Temos várias explicações interpretativas para estes dados. Uma delas está associada à natureza do próprio instrumento de avaliação. Na verdade, o *feedback* recolhido nas acções GSV I e GSV II, realizadas no ano de 2000, permitiu otimizar os instrumentos, e obter melhores resultados nas edições dos cursos no ano de 2002. Relativamente às técnicas, em situação formativa, todos os formandos apresentaram níveis de proficiência adequados.

6 AVALIAÇÃO DAS ACÇÕES DE FORMAÇÃO

As acções de formação foram avaliadas pelos formandos por intermédio de dois questionários, propriedade do Centro FEVIP. Os Quadros 4.9-4.20 apresentam os dados recolhidos pela aplicação dos questionários de opinião.

Quadro 4.9

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

Parâmetros	GSVI 00	GSVII 00	GSVI 02	GSVII 02	Totais
Realização dos objectivos da acção de formação	4,35	3,94	4,22	4,17	4,17
Adequação da metodologia utilizada na componente teórica	4,47	3,82	4,33	4,33	4,24
Adequação da metodologia utilizada na componente prática	4,41	4,16	4,50	4,26	4,33
Transferência da aprendizagem para	4,14	3,88	4,17	4,12	4,08

melhoria do desempenho profissional

Adequação da duração	3,24	3,12	3,56	3,56	3,37
Adequação da gestão dos recursos materiais	4,17	3,88	4,28	4,06	4,10
Qualidade das instalações	3,58	3,44	4,28	3,67	3,74
Adequação do processo de avaliação	3,93	3,92	4,17	4,00	4,01

Legenda: 1 – nada; 2 – pouco; 3 – suficiente; 4 – muito; 5 – muitíssimo.

O item que registou menor média foi o relativo à duração do curso (3,37). Na verdade, muitos formandos comentaram que a acção de formação deveria ter maior carga horária. Segue-se a qualidade das instalações. A maior média (4,33) verificou-se na adequação do tipo de metodologias utilizadas na componente prática do curso. Ainda assim, a média de todos estes parâmetros situou-se 1,00 pontos acima do ponto médio esperado.

Quadro 4.10

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		INSUF	SUF	BOA	MT BOA
		(%)	(%)	(%)	(%)
Este curso contribuiu para o incentivo à autoformação	GSV I 00	0	6,3	37,5	56,3
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	0	31,6	68,4
	GSV II 02	0	5,6	38,9	55,5
Este curso contribuiu para o aperfeiçoamento da competência profissional de forma:	GSV I 00	0	5,9	47,1	47,1
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	0	31,6	68,4
	GSV II 02	0	11,1	33,3	55,5

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Na opinião de 48% dos formandos, estes cursos terão constituído uma boa/muito boa contribuição para a sua autoformação. Corroborando a opinião dada anteriormente, acerca deste assunto, cerca de 47% dos formandos considerou que estes cursos irão contribuir para o seu aperfeiçoamento enquanto profissionais.

Quadro 4.11

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		NADA	POUCO	MUITO
		(%)	(%)	(%)
Os conteúdos abordados foram:				
Fáceis de assimilar	GSV I 00	0	20,0	80,0
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	35,0	45,0
	GSV II 02	0	18,8	81,2
Inovadores	GSV I 00	0	14,3	85,7
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	0	80
	GSV II 02	0	6,3	93,7
Pertinentes	GSV I 00	14,3	21,4	64,3
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	20,0	15,0	35,0
	GSV II 02	12,5	25,0	62,5
Relevantes	GSV I 00	0	7,1	92,9
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	5,0	0	70,0
	GSV II 02	0	6,3	93,7
Úteis	GSV I 00	0	0	100
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	0	100
	GSV II 02	0	5,6	94,4

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP. (a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Alguns formandos (cerca de 17%) opinaram que não tinha havido pertinência dos conteúdos tratados no cursos GSV I, e outros (24,6%) que, de uma forma geral, são pouco fáceis de assimilar.

Quadro 4.12

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		NADA	POUCO	MUITO
		(%)	(%)	(%)
O curso frequentado correspondeu às necessidades de formação	GSV I 00	0	5,9	94,1
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	0	100
	GSV II 02	0	0	100

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Muito embora alguns formandos (cerca de 20%) tenham considerado alguns dos conteúdos pouco pertinentes, a generalidade disse que os cursos corresponderam às suas necessidades de formação.

Quadro 4.13

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		POUCO RELEV. (%)	RELEV. (%)	MUITO RELEV. (%)
O curso apresentou aspectos relevantes para a prática Profissional	GSV I 00	0	41,2	58,8
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	50,0	50,0
	GSV II 02	0	38,9	61,1

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Todos os formandos consideram que os cursos tinham aspectos relevantes para a sua prática profissional.

Quadro 4.14

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		LONGA (%)	ADEQ. (%)	CURTA (%)
A duração do curso foi:	GSV I 00	0	41,2	58,8
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	70,0	30,0
	GSV II 02	5,6	50,0	44,4

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Cerca de 44% dos formandos considerou que as acções de formação tiveram uma curta duração, quando consideradas a quantidade de aprendizagens a realizar.

Quadro 4.15

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

A metodologia utilizada pelo formador foi:	GSVI 00 (%)	GSVII 00 (%)	GSVI 02 (%)	GSVII 02 (%)
Mais debate que exposição	0	(a)	0	0
Equilíbrio entre debate e exposição	47,1	(a)	35,0	38,9
Mais exposição que debate	0	(a)	0	0
Mais teoria que prática	0	(a)	0	0
Equilíbrio entre teoria e prática	88,2	(a)	100	100
Mais prática que teoria	5,9	(a)	0	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Segundo a opinião dos formandos, parece terem existido bons equilíbrios nas metodologias de ensino, em particular entre o debate e a exposição, e entre a teoria e a prática.

Quadro 4.16

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		ADEQUADOS	INADEQUADOS
		(%)	(%)
Os recursos didácticos utilizados pelo formador foram	GSVI 00	100	0
	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	95,0	0
	GSV II 02	100	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Os formandos consideraram que os recursos didácticos apresentados e utilizados foram adequados.

Quadro 4.17

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		INSUF.	SUFIC.	RELEV.	POUCO
		(%)	(%)	(%)	RELEV.
		(%)			
A bibliografia fornecida pelo formador foi:	GSV I 00	0	47,1	47,1	0
	GSV II 00	(a)	(a)	(a)	(a)
	GSV I 02	0	65,0	30,0	0
	GSV II 02	0	61,1	38,9	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Todos os formandos consideraram a bibliografia fornecida como suficiente e relevante. Nos cursos realizados no ano de 2000 foram distribuídos vários conjuntos de fotocópias, tendo-se optado, em 2002, pela oferta a cada formando da obra *Práticas de Primeiros Socorros - Um Guia para Salvar Vidas*, editado pelas Publicações Dom Quixote.

Quadro 4.18

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		SIM	NÃO
		(%)	(%)
O formador demonstrou	GSV I 00	88,2	0

competência pedagógica	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	90,0	5,0
	GSV II 02	100	0
O formador demonstrou competência científica	GSV I 00	94,1	0
	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	90,0	0
	GSV II 02	94,4	0
O formador demonstrou capacidade de relacionamento	GSV I 00	94,1	0
	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	85,0	0
	GSV II 02	94,4	5,6

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Os formandos consideraram que o formador revelou competências pedagógica e científica e capacidade de relacionamento.

Quadro 4.19

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		ADEQUADO	INADEQUADO
		(%)	(%)
O processo de avaliação das aprendizagens foi	GSV I 00	88,2	0
	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	85,0	0
	GSV II 02	100	0

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

Todos os formandos respondentes opinaram que o processo de avaliação das aprendizagens foi adequado.

Quadro 4.20

Parâmetros de avaliação da acção de formação pelos formandos.

		SIM	NÃO
		(%)	(%)
Os espaços utilizados estiveram de acordo com as características do curso	GSV I 00	94,1	5,9
	GSV II 00	(a)	(a)
	GSV I 02	100	0
	GSV II 02	94,4	5,6

(a) Elementos não disponíveis no Centro FEVIP.

A generalidade dos formandos considerou que a gestão proxémica foi adequada e que os espaços destinados aos cursos estiveram de acordo com as suas características.

7 IMPRESSÕES

7.1 A Directora do Centro FEVIP

Segundo a Directora do Centro FEVIP, Maria Fernanda Carrageta, os cursos realizados tiveram uma avaliação positiva, no que respeito aos conteúdos tratados, assim como as metodologias. Os formandos terão «aprendido algo de importante para a sua vida pessoal e para a prática profissional». O formador terá sido bem compreendido pela generalidade dos formandos, uma vez que utilizava uma linguagem simples, ao nível dos formandos, sem deixar de ser correcta.

Disse, também, que os formandos têm demonstrado muito interesse neste tema. Embora só pudessem ser admitidos, pela natureza do curso, um número de 20 formandos, existiram 45 candidaturas ao cursos GSV I '02, e 40 para o curso GSV II '02. Este facto levantou uma dificuldade ao Centro FEVIP: a selecção dos formandos, de forma a evitar fricções por rejeição de candidaturas. Os critérios de selecção encontram-se expressos no Regulamento do Centro FEVIP, e incluem a proveniência do formando (escola de origem), o número de formandos por cada escola, e a sua situação contratual. De acordo com a Directora do Centro FEVIP, cada caso é analisado isoladamente e só após um estudo detalhado da situação o Centro decide.

Na entender de Maria Fernanda Carrageta, o tema dos primeiros socorros continua a ser muito importante. Nesse âmbito, o Centro FEVIP terá sido pioneiro na formação do pessoal não docente, tendo iniciado uma formação na área no ano de 2000, seguida em 2002, sem que para tal fosse necessário existir legislação a que tal obrigasse. Com a nova carreira dos assistentes de acção educativa, e com os conteúdos programáticos definidos no Despacho conjunto n.º 466/2002 publicado em 27 de Abril de 2002, o socorrismo passou a integrar o tema da «Escola promotora da saúde», com cerca de 5% do tempo de formação daquele profissional (aproximadamente 13 h de formação), dando assi, mais significado à formação nesta área.

7.2 Os formandos

Foi pedido ao formandos, por escrito, que expressassem pela mesma via a sua opinião sobre o mais lhes tinha agradado no curso que tinham frequentado, bem como os aspectos considerados menos positivos. Desses resultados damos conta nos Quadros 4.21 e 4.22:

Quadro 4.21

Aspectos positivos das acções de formação considerados pelos formandos.

Aspectos positivos	Frequência (n_i)
1 O tipo de aprendizagens geradas. Alguns formandos não tinham noções correctas acerca dos procedimentos em emergência.	___16
2 A utilidade das aprendizagens realizadas: no aspecto pessoal e na prática profissional.	___4
3 O convívio e a camaradagem que se desenvolveu interpares.	___12
4 A competência do formador. O tipo de conhecimentos que demonstrou, a pertinência dos comentários, a dedicação para promover as aprendizagens e a sua simpatia. O tipo de metodologias utilizadas, em particular nas aulas práticas.	___24

Quadro 4.22

Aspectos a melhorar das acções de formação considerados pelos formandos.

Aspectos a melhorar	Frequência (n_i)
1 A duração do curso. Houve pouco tempo para aprender em função da grande extensão de matérias do Programa.	___6
2 O desinteresse de alguns colegas formandos, manifestado em comportamentos desadequados. A falta de motivação de alguns formandos.	___2

Um formando teve uma interessante experiência, a nível de primeiros socorros, na escola onde trabalha, e disso veio dar conta numa das sessões de formação. Decidimos entrevistá-lo, e aproveitar para revelar alguns elementos do seu pensamento que nos

parecem úteis ao momento. Segundo o formando, existiram basicamente dois motivos para frequentar as ações de formação:

Em primeiro lugar, era-me exigido profissionalmente 250 horas de formação. Perante o quadro de temas, o que me despertou algum interesse, embora sem conhecimento prévio, foi os primeiros socorros. À parte da parte profissional, também queria, de alguma maneira, ficar com algumas luzes relativamente a problemas que até podem surgir com os meus familiares, ou problemas a nível profissional, uma vez que se lida aqui [na escola] com muitos alunos. Para o segundo curso as motivações foram diferentes. A primeira fase veio elucidar aquilo que eram os primeiros socorros, porque eu estava fora de tudo isso. A segunda fase acho que foi já um aproveitar de conseguir mais conhecimentos do que aqueles que consegui a nível da primeira.

Logo após as primeiras sessões formativas, alguns sentimentos perturbadores assolaram o formando:

Relativamente às primeiras aulas surpreenderam-me, porque eu pensava que aquilo ia tratar de umas pequenas feridas, um penso, uma desinfeção, uma ligadura por cima da ferida, e fiquei estupefacto quando vi que realmente as coisas não eram aquilo que eu estava a pensar. Aprofundava-se muito mais, tínhamos que ir mais ao fundo da questão a nível de conhecimentos. Nunca me passou pela cabeça que me fosse dado a conhecer todas as partes do corpo humano, que eu à partida nem estava a pensar que íamos dar essa matéria, mas que depois cheguei à conclusão de que tudo aquilo era necessário, porque nós demos a parte integrante toda do corpo, membros superiores, membros inferiores, cabeça, a nível de artérias, vasos, veias (...), que eu nunca me passou pela cabeça que fosse tão profundo, que os conhecimentos que tivesse de adquirir que eram tão profundos.

Foi chato, ali uns dias. Pensei assim: «mas afinal, para que é que eu tenho de saber isto tudo?» Com o andar dos dias, e vindo depois juntar-se à parte teórica a prática, cheguei à conclusão de que tudo aquilo era necessário. Deparam-se situações, que se a gente não souber porque é que está a calcar num sítio ou está a calcar no outro, ou porque é que o doente lhe dói aqui, ou porque é que a hemorragia está a ser aqui e onde é que a pode controlar, e então se não tiver conhecimentos da parte integrante do corpo humano, nunca chega a lado nenhum. E então cheguei à conclusão que tudo aquilo, que eu à partida me tinha surpreendido, tinha de ser mesmo assim, e de bom agrado, ao fim e ao cabo, acabei por aceitar a segunda parte, porque era a continuação da primeira. As coisas separadas, se calhar, não faziam muito sentido, os conhecimentos tinham que ser o seguimento uma coisa da outra.

Acerca da pertinência dos assuntos tratados, o formando também fez um comentário:

Hoje penso, depois de tudo aquilo que se passou, é que todas estas coisas que fui assimilando ao longo do curso, se calhar, têm a ver com a vida particular, a vida profissional, e de um momento para o outro podem ser necessárias. Tanto faz na profissão, porque se lida com muita gente e é natural acontecerem problemas, tanto faz em casa, que pode surgir um problema qualquer, em que o auxílio de outras pessoas esteja um bocado longe e demore, e nós tenhamos ter a noção do que são os primeiros socorros e tentar fazer as coisas pelo lado bom. Não é fazer as coisas à deriva, porque isso, às vezes, em vez de beneficiar o paciente pode prejudicá-lo. Acho que tem muita utilidade tudo aquilo que me foi transmitido.

Parecem ter ocorrido algumas alterações na forma de estar e de sentir do formando, provocadas pelas aprendizagens durante as acções de formação:

Sinto-me diferente porque adquiri alguma cultura em relação aos primeiros socorros que nunca a tive, porque se calhar o ponto por onde andei na minha educação também nada se relacionava com isso, e encaro as coisas um bocadinho diferente. Nunca me passou pela cabeça que houvesse protocolos a nível da CEE em que há normas para socorrer pacientes, e agora sei que tudo isso está escrito, que foi acordado e que não se socorre um paciente de qualquer maneira e feito.

Em parte, se formos ao global, não tive situações que me agradassem menos. Tirando aquela parte de princípio, a parte teórica, em que para mim houve ali uns dias em que me estava a passar pela cabeça que era uma maçada, que nada daquilo me ia servir, depois o resto para mim foi agradável, até ao fim. Foi um tempo que eu passei naquela formação em que me é muito útil.

Por fim, o formando relatou a experiência de observação de um acidente que teve na escola onde trabalha:

Ao aperceber-me que uma ambulância estava a deslocar-se para o ginásio, por curiosidade e por ser empregado da escola, dirigi-me ao ginásio para ver o que é que se passava. E quando entrei no ginásio deparei com um indivíduo estendido no solo, que segundo as pessoas que assistiram, relataram que andavam a jogar futebol, chocaram os dois de cabeça, e um ficou estendido no chão. Quando cheguei ao local já estava o TAS a socorrer o paciente e abordei-o, e cheguei mais ao pé do paciente e das pessoas que estavam, para verificar, quase tipo fiscalizar, o que se estava a passar, para chegar à conclusão se tudo aquilo que o TAS ia fazer era relativamente que eu já tinha aprendido na acção que estava a frequentar.

E cheguei à conclusão, depois de todo o trabalho que foi feito, que as coisas foram feitas tal e qual como eu estava a aprender na acção de formação. Também cheguei a uma conclusão. Se não andasse na acção de formação, se calhar o meu pensamento, relativamente às funções que o TAS desempenhou, seria diferente, porque qualquer uma pessoa que chega ao pé de uma pessoa que está com um problema qualquer que não entende da matéria, ou que nunca passou por formação, se calhar, a primeira coisa que devia fazer era agarrar no doente, ou às costas, ou ao colo, e levá-lo para a ambulância para socorrê-lo o mais rápido possível, e eu como estando na formação, cheguei à conclusão que as coisas não podem ser assim, e já olhei totalmente diferente para a pessoa que estava a socorrer o paciente.

Se não tivesse andado na formação e se não tivesse passado por aquelas coisas todas, se calhar continuava a ter a minha maneira de pensar, e chegava lá e gritava com a pessoa: «socorra mas é a pessoa! Para que é que você está a fazer perguntas?»

Vi o TAS chegar ao pé da pessoa, chamar por ela para ver se reagia, perguntar pela idade, pelo nome, o dia em que estava da semana, se sabia o local onde estava. Depois passou para os membros inferiores e pondo-lhe a mão na biqueira dos ténis mandou-o fazer força, tanto faz num pé como no outro. Passou aos membros superiores, e meteu-lhe a mão na mão dele e mandou-lhe apertar a mão. Fiscalizou também a nível da vista. Depois fez o levantamento para uma maca dura, sem colar cervical, transportaram-no para a ambulância e seguiram para o hospital. Segundo aquilo que vi fazer pelo TAS, acho que as coisas foram feitas dentro da norma e correctamente. As coisas têm que ser feitas com cabeça, tronco e membros. Um paciente que está inanimado, no chão, não vamos agarrá-lo por uma perna para o transportar, seja para onde for. Temos que fazer o exame primário.

Em jeito de conclusão, o formando disse que:

A experiência por onde eu passei deveria ser estendida a todos os meus colegas. Principalmente na escola onde eu estou, há turnos, nem sempre aqueles que passaram pela acção de formação estarão presentes num eventual problema. Eu penso que isto deveria ser extensível a toda a gente, e em vez de ser facultativo deveria ser quase tipo obrigatório. As pessoas que estão nas escolas, nos infantários, a nível das repartições públicas deveriam todas ter esta formação em primeiros socorros.

No fim do curso o que me regozijou foi tudo aquilo que consegui assimilar. Foi criado um grupo à volta da formação, de pessoas que não se conheciam. Foi criado um espírito de camaradagem e de grupo inesquecível. Se tivesse oportunidade de aprofundar mais os meus conhecimentos, em novas acções de formação, só não me inscreveria nessas acções se não me deixassem ir, ou se não pudesse mesmo ir. Eu, hoje, a maior parte das coisas se não for fazendo uma reciclagem a mim próprio, dando umas voltas ao livro e aos apontamentos que tenho, a maior parte das coisas esqueço-me. E ainda bem que não temos casos para praticar, porque senão, isto era o cúmulo, não é?

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em guisa de síntese, parece-nos que esta experiência foi francamente positiva, pela impressão que causou nos formandos, despertando-os para a autoaprendizagem e abertura para novas realidades, mas, em particular, no tipo de aprendizagens que terá gerado.

Em momentos futuros de realização desta acção, será conveniente atender aos seguintes aspectos, a melhorar:

- Utilizar uma linguagem mais simplificada, adaptada ao nível escolar dos formandos, embora sem imprecisões e erros.
- Imprimir menor profundidade nos assuntos para facilitar a assimilação.
- Apresentação de mais estudos de caso a fim de tornar os assuntos mais pertinentes.
- A menor profundidade conduzirá a maior tempo disponível para aprender.
- Melhorar a linguagem utilizada nos testes de avaliação das aprendizagens.
- Construir questionários de avaliação de acção objectivos e rigorosos, sem deixar margem para dúvidas acerca do que se pretende medir.

BIBLIOGRAFIA

(utilizada nas acções de formação)

- AAVV (1996). *Primeiros socorros*. Lisboa: Editora Replicação. (Trabalho original em inglês publicado em 1993)
- AAVV (1999). *Harrison. Medicina interna*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Andrade, M. I. (1995). *Educação para a saúde*. Lisboa: Texto Editora.
- Bates, D. (Ed.) (1999). *Manual de assistência a doentes*. Lisboa: Texto Editora. (Trabalho original em inglês publicado em 1997)
- Bonito, J. (2000). *Práticas de primeiros socorros – Um guia para salvar vidas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Calvo, S. (1992). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Candoso, A. (1989). *Socorrer melhor* (5.^a ed.). Lisboa: Editorial O Livro.
- Costa, J. (1995). *Guia prático da saúde*. Lisboa: Terramar.
- Costa, M., & López, E. (1998). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- Cruz Roja Española (1995). *Socorros y emergencias* (6.^a ed.). Madrid: Cruz Roja Española.
- Cruz Roja Española (1994). *Guía de primeros auxilios* (3.^a ed.). Madrid: Cruz Roja Española.
- Cruz Roja Española (1999). *Manual cruz roja de primeros auxilios*. Madrid: El País e Aguilar.
- Cruz Vermelha Portuguesa e Porto Editora (Eds.) (1989). *Manual socorrismo*. Porto: Porto Editora. (Trabalho original em inglês publicado em 1985)
- Cruz Vermelha Portuguesa e Porto Editora (Eds.) (1990). *Primeiros socorros na estrada*. Porto: Porto Editora. (Trabalho original em inglês publicado em 1985)
- Cultural SA (2000). *Manual de primeiros socorros e prevenção de grandes catástrofes*. Lisboa: Dinalivro. (Trabalho original em castelhano)
- De Pontanel, H. G., & Giudicelli, C.-P. (1995). *Protecção da saúde. Higiene e meio ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget. (Trabalho original em francês publicado em 1993)
- Dorling Kindersley (1997). *Manual de primeiros auxilios*. s.l.:Grijalbo-Mondadori. (Trabalho original em inglês publicado em 1997)
- Dorling Kindersley (1998). *Primeiros socorros*. Lisboa: Texto Editora. (Trabalho original em inglês publicado em 1998)
- García, M., Alfonso, J., Cancillo, J., & Castejón, J. (1995). *Planificación educativa en ciencias de la salud*. Barcelona: Masson.
- Gómez, J. M., Pujol, R., Sabater, R. (1996). *Pautas de actuación en medicina de urgencias*. Madrid: Mosby-Doyma Libros.
- Hafen, B. A., Karren, K. J., Frandsen, K. J. (2002). *Primeiros socorros para estudantes*. (7.^a ed.). São Paulo: Editora Manole.
- Head, P. (1992). *Guia básico da saúde. Primeiros socorros*. Porto: Edições Asa. (Trabalho original em inglês publicado em 1992)
- Kattar, R. (1997). *Guide pratique des premiers soins*. s.l.: Éditions de l'Homme.
- Lacombe, G. (2000). *Os primeiros socorros. Uma resposta vital em situação de urgência*. Lisboa: Instituto Piaget. (Trabalho original em francês publicado em 1996)
- López, A., García, G., & Rovir, E. (2000). *Manual de reanimação cardiopulmonar básica e avançada*. Coimbra: Sinais Vitais. (Trabalho original em castelhano publicado em 1999)
- Miles, S. (s.d.). *Manual de primeiros socorros*. Lisboa: Publicações Europa-América. (Trabalho original em inglês publicado em 1970)
- Missiano, F. (Org.) (1997). *Guia para situações de emergência*. São Paulo: Editora Pensamento.
- Murillo, L. L. et al. *Protocolos de actuación en medicina de urgencias*. Editora Mosby.
- Pinto, A. M. B. (1988). *Manual de primeiros socorros*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Reader's Digest (2000). *Guia das emergências médicas*. Lisboa: Selecções do Reader's Digest.

- Rosales, S. (1997). *Primeros auxilios. Accidentes y socorrismo*. Madrid: Cultural SA.
- Rosales, S. (1997). *Primeros auxilios. Salud y prevención*. Madrid: Cultural SA.
- Rosales, S. (1997). *Primeros auxilios. Las enfermedades: causas, síntomas y cuidados*. Madrid: Cultural SA.
- Salleras, L. (1990). *Educación sanitaria (2.ª reimp.)*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Santos, R. R., Canetti, M. D., Júnior, F. S., & Alvarez, F. S. (2000). *Manual de socorro de emergência*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Smith, T. (Coord.) (1994). *Primeiros socorros*. Porto: Editora Civilização.
- Smith, M. (1997). *Ideas y trucos para primeros auxilios*. Barcelona: Ediciones Robinbook. (Trabalho original em inglês publicado em 1994)
- Teixidor, R., Sardañés, P., Noguer, L., Roura, C., Plaja, P., Bonamusa, A., & Díaz, L. (1995). *Educación sanitaria*. Barcelona: Koiné Ediciones.
- Viana, M. S. O. (1999). *Socorro de emergência. Guia básico para o primeiro atendimento*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Vieux, N., Jolis, P., & Gentils, R. (1992). *Manual de socorrismo (3.ª ed.)*. Barcelona: Editorial JIMS. (Trabalho original em francês publicado em 1991)