



Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto
Instituto Politécnico da Guarda

Relatório de Estágio da Prática de Ensino Supervisionada

Joana Inês Peres Casalta

Mestrado em Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico

novembro 2012

RESUMO

O presente relatório, realizado no âmbito do Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo de Ensino Básico, na Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto, do Instituto Politécnico da Guarda, descreve em três capítulos a nossa experiência de Prática de Ensino Supervisionada I e II. Nele apresentamos também a nossa reflexão sobre a mesma, ao mesmo tempo que chamamos a atenção para a necessidade de incluir mais frequentemente o ensino da prática dos primeiros socorros na educação básica através de uma pedagogia adequada ao contexto escolar e tendo em conta a especificidade de cada turma.

Palavras-Chave: Prática de Ensino Supervisionada, Educar para a Saúde, Primeiros Socorros, Prática Pedagógica.

ABSTRACT

This report made for the Masters in Basic Education at the School for Higher Education, Communication and Sport in the Polytechnic Institute of Guarda, describes in three different chapters our experience in the Practice of Supervised Teaching I and II. We also express our impression of the teaching experience, in this report simultaneously calling attention to the necessity of including First Aid practice in basic education through an adequate pedagogy in the school context having the particularity of each class in mind.

Key-words: Supervised Teaching Practice, Education for Health, First Aid, Teaching Practice

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito da disciplina de Prática de Ensino Supervisionada – Estágio e Relatório I, incluída no Mestrado em Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo de Ensino Básico, da Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto, do Instituto Politécnico da Guarda. Nele apresentamos a informação que considerámos importante sobre o estágio que realizámos no Jardim-de-Infância do Bairro da Luz (de 22 de março a 16 de junho de 2011), e na Escola Básica da Estação (de 31 de outubro de 2011 a 1 de fevereiro de 2012), na cidade da Guarda.

Na primeira das três partes descrevemos o contexto, apresentando as principais características do meio envolvente circunscrito ao Jardim-de-Infância do Bairro da Luz e a Escola Básica da Estação se inserem, o enquadramento institucional, a organização, a administração escolar e a caracterização das respetivas escolas.

No segundo capítulo, depois de uma breve referência ao enquadramento legal e institucional, descrevemos o processo e a prática de ensino supervisionada, com a respetiva reflexão final, que durante as regências realizámos no Ensino Pré-Escolar e no 1.º Ciclo de Ensino Básico.

No terceiro capítulo, além de descrevermos as atividades desenvolvidas e contextualizar o tema por nós escolhido, “Como praticar primeiros socorros numa turma do 4.º ano no 1.º CEB”, propomos uma reflexão sobre as diferentes estratégias pedagógicas que podem despertar a consciência e o interesse dos alunos sobre a necessidade de se tornarem autónomos, no que à prática dos primeiros socorros diz respeito. Pela sua importância no dia-a-dia, dentro e fora da escola, pensamos que o tema deveria ser mais vezes incluído nas práticas pedagógicas do ensino pré-escolar e do ensino básico.

I CAPÍTULO

1. CARACTERIZAÇÃO DO MEIO

Localizado na província da Beira Alta, e confinando com os concelhos de Celorico da Beira, Pinhel, Sabugal, Manteigas e Belmonte, o concelho da Guarda é composto por 52 freguesias rurais e três urbanas. Dele fazem parte três importantes bacias hidrográficas: Mondego, Côa e Zêzere. Capital do distrito com o mesmo nome, a cidade da Guarda, a cidade mais alta do país, com altitude de 1.056 metros, é conhecida como a cidade dos 5 “F”: Forte, Farta, Fria, Fiel e Formosa. Designação que se deve em primeiro lugar ao poeta Júlio Ribeiro que pela primeira vez associou estes cinco adjetivos numa tentativa de definição pessoal da sua cidade natal. Considerada forte devido à torre do castelo e às muralhas; farta devido à riqueza do seu vale; fria porque fica perto da Serra da Estrela; fiel porque nunca se entregou em nenhuma batalha e formosa pela sua inigualável beleza natural¹.

Com uma população estimada, em cerca 43 823 habitantes, segundo o Plano de Sustentabilidade do Município da Guarda (2010)², o concelho da Guarda tem como principais atividades económicas o setor primário e o setor secundário. Na agricultura, além do cultivo de cereais, batata, fruta, vinho, azeite, predomina a criação de gado bovino, ovino, caprino e suíno. Na indústria, salientam-se os setores dos lanifícios, dos lacticínios, da alimentação e a montagem de automóveis.³

Beneficiando de duas das principais vias rodoviárias, A23 e A25, e uma das linhas ferroviárias que liga Portugal a Espanha, a cidade da Guarda deve a esse facto o seu relativo crescimento, quando a comparamos com outras cidades do interior do país,

¹ José Augusto Ribeiro da Silva (Guarda, 1872 - Porto, 1941) foi funcionário público; fundador e diretor do jornal *O Povo*, publicado na cidade da Guarda; diretor do diário *A Montanha*; membro da Associação dos Jornalistas e Homens de Letras do Porto; escritor de várias peças teatrais (representadas, mas nunca publicadas). Como poeta publicou *Horas Vagas* (Portalegre, 1903) e *Canção da Guarda* (Porto, 1934), (in Gomes, 1969:67).

² In http://www.mun-guarda.pt/fotos2/Executivo/Outros/PE_Guarda.pdf: Plano de Sustentabilidade do Município – Pacto de Autarcas – 2010:5, consultado em 11 de junho de 2012.

³ In <http://www.mun-guarda.pt/index.asp?idedicao=51&idSeccao=577&Action=seccao>, consultado em 12 de julho de 2011 e [http://www.infopedia.pt/\\$guarda](http://www.infopedia.pt/$guarda), consultado em 19 de março de 2012.

fator que não impede que na atual crise económica que o país atravessa as consequências não se façam sentir na cidade, seu concelho e distrito.

1.1. Enquadramento institucional dos ensinos pré-escolar e básico

A fim de melhor se compreender o enquadramento institucional dos dois níveis de ensino nos quais efetuámos a nossa Prática de Ensino Supervisionada (PES) falaremos primeiramente no ensino pré-escolar e depois do ensino básico.

A Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar (Lei n.º 5/97) consagra este nível educativo como a primeira etapa da educação básica, definindo o papel participativo das famílias, bem com o papel estratégico do Estado, das autarquias e da iniciativa particular, cooperativa e social. Segundo a mesma lei os objetivos da educação pré-escolar contemplam as áreas não apenas do desenvolvimento pessoal e social da criança, mas também do desenvolvimento intelectual, humano, expressivo. O currículo do ensino pré-escolar contempla três áreas de conteúdo: Formação Pessoal e Social; Conhecimento do Mundo; Expressão e Comunicação. A última área divide-se em domínios: domínio das expressões motora, dramática, plástica e musical, domínio da linguagem oral e abordagem à escrita e domínio da matemática.

Relativamente ao ensino básico, em Portugal, a educação básica organiza-se em três ciclos, num total de nove anos de escolaridade: o 1.º ciclo inclui os quatro primeiros anos de escolaridade; o 2.º ciclo os dois anos seguintes e o 3.º ciclo os três restantes três anos (7.º, 8.º e 9.º ano de escolaridade).

A escolaridade básica é obrigatória e gratuita para todos. No final de cada ano de escolaridade, com exceção do 1.º ano, a avaliação sumativa dá origem a uma decisão de progressão ou de retenção do aluno. Esta decisão é da responsabilidade do professor titular de turma que após ouvir o respetivo conselho de docentes de ano, se baseia em critérios pedagógicos que implicam “a apreciação global das aprendizagens realizadas e das competências desenvolvidas pelo aluno ao longo do ano letivo”⁴, devendo

⁴ (alínea a) do ponto 40 do Despacho Normativo n.º 1/2005, de 5 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo Despacho Normativo n.º 14/2011, de 18 de novembro)

prevalecer uma lógica de ciclo. No final do 4.º ano, o aluno ficará retido se não tiver realizado as aprendizagens e não tiver adquirido os conhecimentos necessários para prosseguir com sucesso os seus estudos no ciclo de escolaridade subsequente (ponto 54, alínea a), do Despacho Normativo nº 1/2005). Considera-se nesta situação qualquer aluno que tenha avaliação negativa simultaneamente nas áreas de Língua Portuguesa e Matemática.

No 1.º Ciclo do Ensino Básico (CEB) o currículo encontra-se organizado em duas grandes áreas obrigatórias: a área curricular disciplinar, na qual estão incluídas a Língua Portuguesa, a Matemática, o Estudo do Meio e as Expressões; e a área curricular não disciplinar que inclui o Estudo Acompanhado, a Formação Cívica e a Área de Projeto.

Na tabela 1, que a seguir reproduzimos, pode ver-se de forma explícita as componentes do currículo do 1.º CEB:

Tabela 1 – Componentes do currículo do 1.º CEB

| | | |
|---|---|---|
| Educação para a cidadania | Áreas curriculares disciplinares de frequência obrigatória | <ul style="list-style-type: none"> · Língua Portuguesa · Matemática · Estudo do Meio · Expressões: Artísticas e Físico-motoras · Formação Pessoal e Social |
| | Áreas curriculares não disciplinares a): | <ul style="list-style-type: none"> · Área de Projeto · Estudo Acompanhado · Formação Cívica Total: 25 horas |
| | Área curricular disciplinar de frequência facultativa b): | Educação Moral e Religiosa Total: 1 hora |
| | Atividades de enriquecimento c) | |
| a) Estas áreas devem ser desenvolvidas em articulação entre si e com áreas disciplinares, incluindo uma componente de trabalho dos alunos com tecnologias da informação e da comunicação, e constar explicitamente do projeto curricular de turma. b) Nos termos do n.º 5 do artigo 5.º. c) Atividades de carácter facultativo, nos termos do artigo 9.º, incluindo uma possível iniciação a uma língua estrangeira, nos termos do n.º 1 do artigo 1.º. | | |

Fonte: http://sitio.dgidec.min-edu.pt/basico/Paginas/Org_Curricular1ciclo.aspx#matriz_curricular_1c, consultado em 12 de abril de 2012

As áreas obrigatórias que referimos são lecionadas por um só professor, contrariamente ao 2.º e 3.º CEB cujo currículo se encontra organizado por disciplinas independentes lecionadas por diversos professores.

1.2. Organização e administração escolar

De acordo com o decreto-lei n.º 115-A/98, de 4 de maio, art.º 5, 1), entende-se por Agrupamento de Escolas “uma unidade organizacional, dotada de órgãos próprios de administração e gestão, constituída por estabelecimentos de educação pré-escolar e de um ou mais níveis e ciclos de ensino, a partir de um projeto pedagógico comum”. Projeto pedagógico que visa a realização de diversas finalidades (cf. anexo 1).

A fim de dar seguimento ao despacho n.º 13 313/2003, de 8 de julho (Ministério da Educação, Diário da República, II série, n.º 155) que pretende ordenar “as ofertas educativas numa perspectiva de criação de condições de gestão das escolas, de racionalização dos meios e de aumento da qualidade das aprendizagens”, em 2003, foi criado o Agrupamento de Escolas de S. Miguel, do qual fazem parte o Jardim-de-Infância do Bairro da Luz e a EB1 da Estação, onde realizámos a nossa PES. Agrupamento que pretende privilegiar os agrupamentos verticais considerando o objetivo de favorecer um percurso “sequencial e articulado dos alunos abrangidos pela escolaridade obrigatória numa dada área geográfica” (idem, ibid). Legislação que permitiu também a criação, na cidade da Guarda, dos seguintes agrupamentos: Área Urbana da Guarda que tem como escola sede a Escola Básica (EB) de Santa Clara, e Carolina Beatriz Ângelo que tem como sede a EB dos 2.º e 3.º ciclos da Guarda – Sequeira.

1.3. Jardim-de-Infância do Bairro da Luz

O Jardim-de-Infância do Bairro da Luz está inserido na freguesia de S. Vicente, sendo uma das três freguesias que constitui a cidade da Guarda.

A freguesia conta com diversos equipamentos escolares, como o Jardim-de-Infância do Torreão, Jardim-de-Infância do Bairro da Luz, Jardim-de-Infância da Póvoa do Mileu, Escola do 1.º CEB do Bairro da Luz, Escola do 1.º CEB do Bairro do

Pinheiro, Escola da Póvoa do Mileu, Escola do 1.º CEB da Santa Zita; Escola do 1.º CEB do Espírito Santo; Escola C+S de S. Miguel e Escola Secundária da Sé.

1.3.1. Características e funcionamento do Jardim-de-Infância do Bairro da Luz

O Jardim-de-Infância do Bairro da Luz é uma instituição relativamente recente, data de 2004, e dispõe de condições favoráveis para um desenvolvimento integral da criança, condições geralmente defendidas por especialistas em educação como Zabalza para quem:

uma das variáveis fundamentais da estruturação didáctica da escola infantil é a organização de contextos adequados de aprendizagem, de espaços que promovam a alegria, o gostar de estar na escola, e que potenciam o desenvolvimento integral das crianças que neles vão passar uma parte importante do seu tempo diário. (1992:119)

Embora o seu espaço exterior seja relativamente amplo, é de referir que, na zona de recreio, o escorrega colocado à disposição das crianças, construído em cimento, pode ser perigoso quando estas brincam, sobretudo se tivermos em consideração a sua faixa etária.

O espaço interior inclui um átrio na entrada, acolhedor, com bancos e placard, que facilita o acolhimento dos pais. Além do átrio há também uma zona reservada para os objetos pessoais de cada criança (caixas onde depositam os objetos pessoais, como mochilas, brinquedos). As casas de banho, situadas relativamente perto das salas, estão adaptadas para as necessidades das crianças, com sanitas e lavatórios apropriados. A sala polivalente, que funciona como sala de Componente de Apoio à Família (CAF) e de refeitório, embora pequena está bem adaptada às circunstâncias.

1.3.2. Caracterização da sala de aula das crianças do pré-escolar

Conforme se pode verificar na planta que a seguir reproduzimos (figura 1), a sala está organizada em áreas bem definida, que podem ser alteradas consoante a finalidade pedagógica:

- área da reunião, espaço onde o grupo se reúne para conversar, contar histórias, projetar e avaliar o dia;
- área do jogo simbólico, espaço com utensílios de uma casa, tais como: lava-louça, mesas, cadeiras, fogão, cama, para o desempenho de vários papéis, além de uma biblioteca com vários livros colocados à disposição das crianças;
- área da multimédia, constituída por três computadores, duas impressoras, jogos, rádio CD , CD de música, materiais que proporcionam às crianças o contacto com as novas tecnologias;
- área para a expressão plástica, com material diverso, utilizado para esse fim;
- área dos jogos e construções com diversos jogos de mesa (puzzles, dominós,) e jogos de construção como os legos.

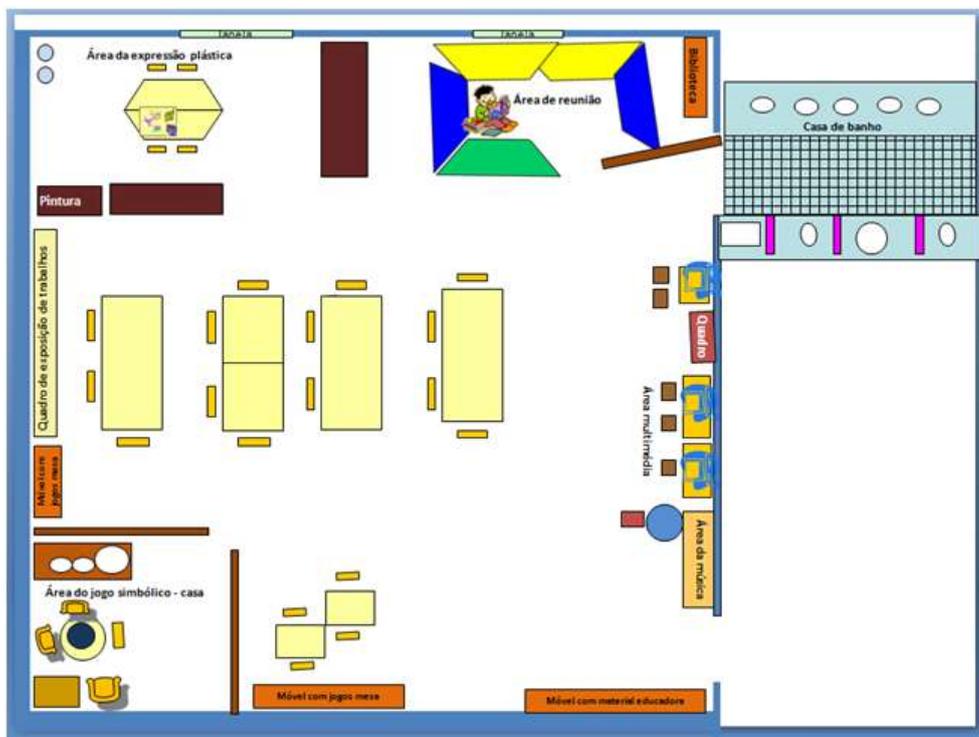


Figura 1 – Planta da sala de aula do pré-escolar

Fonte: Própria

1.3.3. Caracterização socioeconómica e psicopedagógica da turma do pré-escolar

A turma onde realizámos a nossa PES é constituída por 18 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. 7 são do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

Em relação à situação socioeconómica das famílias verifica-se que esta é pouco variada, e na sua maioria constituída por famílias de classe baixa, como é comum designar-se.

Na tabela 2 apresentamos por extenso a atividade socioprofissional dos pais que seguidamente resumimos através do gráfico 1.

Tabela 2 – Profissão dos pais

| Profissão dos pais | n.º de pais |
|---------------------------------|-------------|
| Advogada | 1 |
| Agente imobiliário | 1 |
| Ajudante de serviços gerais | 1 |
| Assistente administrativo | 1 |
| Auxiliar de ação educativa | 1 |
| Auxiliar de ação médica | 1 |
| Auxiliares de enfermagem | 2 |
| Comerciante | 1 |
| Doméstica | 1 |
| Empregada de refeitório | 1 |
| Empregada fabril | 1 |
| Empregadas de limpeza | 2 |
| Fotógrafo | 1 |
| Guarda-prisional | 1 |
| Mecânico | 1 |
| Médico veterinário | 1 |
| Militar da Brigada de Trânsito | 1 |
| Operador de telecomunicações | 1 |
| Operadora de comércio | 1 |
| Operadora de hipermercado | 1 |
| Operário fabril | 2 |
| Professor do ensino secundário | 2 |
| Professor/a do ensino superior | 2 |
| Professora 3.º CEB e secundário | 1 |
| Profissão não referida | 2 |
| Químico não especificado | 1 |
| Técnica de 2.ª classe | 1 |
| Técnica de relações públicas | 1 |
| Técnico de expropriações | 1 |
| Técnico de gás | 1 |
| Total | 36 |

Fonte: Própria

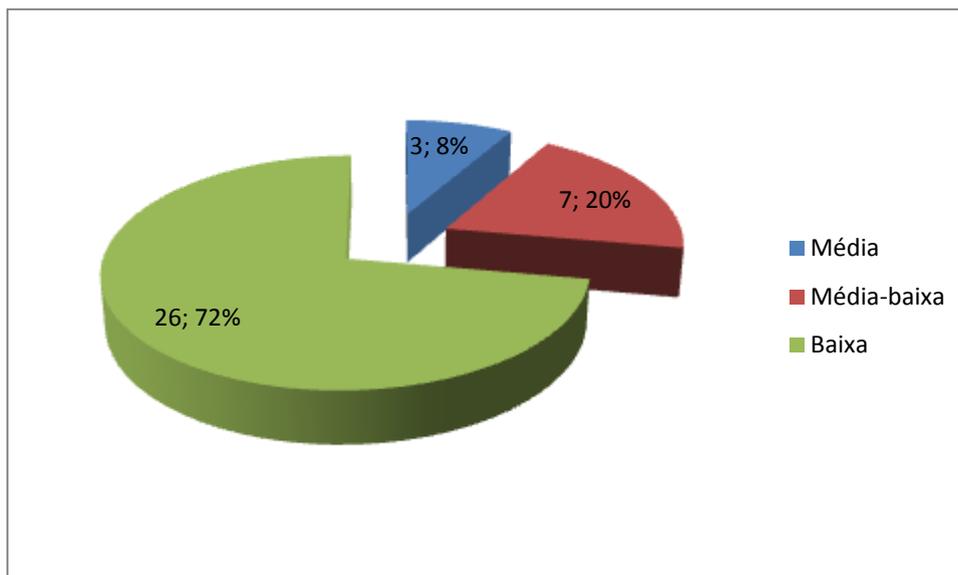


Gráfico 1 – Situação socioeconómica das famílias

Fonte: Própria

Conclui-se portanto que, de uma maneira geral, as famílias têm um nível socioeconómico baixo, o que origina vivências diferentes entre as crianças, que as partilham quando contam o que fazem, quer no seu dia-a-dia quer durante as férias.

A turma do pré-escolar é um grupo heterogéneo, relativamente autónomo. No que respeita à área da formação pessoal e social, este grupo de crianças apresenta interesses diversificados, um grupo de crianças de cerca de 6 anos prefere a área da multimédia e a área dos jogos das construções e, um outro, de cerca de 5 anos, prefere a área do desenho e da pintura. Quanto às crianças de 3 anos permanecem todo o tempo na mesma área que escolheram.

O grupo de crianças dos três anos é relativamente autónomo no que respeita à expressão das suas necessidades, quase não precisando da ajuda do adulto quando vai à casa de banho ou para o ajudar a abrir um iogurte.

Não obstante o grupo ser maioritariamente composto por crianças de 5/6 anos, as crianças de 3 anos não foram prejudicadas, tendo sido envolvidas pelas atividades dos mais velhos.

Na área da expressão e comunicação constatamos uma evolução nas capacidades articulatórias das crianças, inclusive numa das crianças que apresentava dificuldades

articulatórias, graças ao apoio prestado pela educadora do agrupamento e por ter criado um bom relacionamento com outra criança de três anos. A criança em questão começou a formar frases para expressar as suas ações e participando no diálogo da manhã.

Relativamente à aquisição da expressão oral é de salientar que a maioria das crianças exprime corretamente as suas vivências, manifesta o gosto por histórias e sua dramatização. Sentindo também a necessidade de se expressarem pela escrita, as crianças começam por reconhecer a grafia de algumas letras e depois algumas palavras, como por exemplo o nome dos seus familiares, o que comprovamos ao desenhar com eles a sua árvore genealógica.

No que concerne à expressão musical as crianças interpretam canções e utilizam os instrumentos musicais seguindo o ritmo.

Na área da matemática, a maioria das crianças identifica as figuras geométricas quando associadas a cores, o número à quantidade, e os mais velhos identificam a representação gráfica dos números.

Ao nível da motricidade fina as crianças de 3 anos demonstram alguma destreza, sendo capazes de picotar pelo contorno e de recortar livremente revistas com a tesoura. Os de 5 anos já escrevem o nome, picotam, recortam com a tesoura, escrevem e copiam palavras.

Os de três anos têm a lateralidade dominante definida. No que diz respeito à representação da figura humana, as crianças de três anos já são capazes de desenhar as partes mais importantes do corpo humano (cabeça, tronco e membros).

No que diz respeito à da área do conhecimento do mundo, as crianças mostram curiosidade e desejo de saber mais. Envolvendo-se em temas relacionados com o projeto educativo.

1.4. A Escola Básica 1 da Estação

A EB1 da Estação está situada na freguesia de S. Miguel. Esta freguesia foi criada, há cerca de duas décadas, a partir da sua separação das freguesias da Sé e S. Vicente. Na atualidade a principal atividade económica está associada aos setores do comércio e dos serviços. É ainda de destacar que nos últimos anos foram criadas estruturas destinadas

ao lazer e à circulação de pessoas (Parque Urbano do Rio Diz, Ponte Pedonal sobre a VICEG). Relativamente à educação, além do novo Centro Educativo, junto à linha férrea, a rede escolar é ainda constituída por 12 jardins-de-infância, 13 EB, e a EB2 e 3 de S. Miguel.

1.4.1. Características e funcionamento da escola

Formado por dois blocos, que embora juntos são de tipologia diferente devido à data da sua construção, o edifício possui oito salas: seis ocupadas pelo serviço docente; uma pelo serviço da Biblioteca Nuno de Montemor; a restante, dividida em duas partes: uma serve como sala de reuniões e serviços administrativos, a outra para a Educação Especial. Cada um dos blocos está equipado com uma casa de banho. O edifício tem ainda uma pequena sala onde são servidas refeições fornecidas pela Câmara Municipal da Guarda para a comunidade escolar. Devido ao número insuficiente de salas de aula, para o número de alunos, a escola funciona em regime duplo, razão pela qual os alunos da turma do 4.º B tenham as suas aulas numa sala da escola C+S de S. Miguel.

A escola dispõe de um amplo espaço pedagógico exterior descoberto, onde as crianças brincam durante os intervalos. Espaço também utilizado para as aulas de educação física. Além deste a Biblioteca Escolar (BE), sediada na EB1 da Estação, e as Piscinas Municipais são também utilizados como espaço pedagógico pelos alunos.

Relativamente aos recursos humanos a EB1 da Estação conta com um corpo docente constituído por dezoito professores (doze titulares de turma e seis que exercem outras funções educativas), para uma população escolar (no ano letivo de 2011/2012) de cento e sessenta e três alunos distribuídos por nove turmas, tal como podemos verificar na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos alunos da EB1 da Estação pelas turmas

| Ano de escolaridade | Turma | N.º de alunos |
|---------------------|-------|---------------|
| 1.º | A | 19 |
| 1.º | B | 20 |
| 2.º | A | 17 |
| 2.º | B | 23 |
| 3.º | A | 19 |
| 3.º | B | 14 |
| 3.º | C | 14 |
| 4.º | A | 19 |
| 4.º | B | 18 |
| Total | | 163 |

Fonte: Própria

Além do número de docentes já mencionado, exercem ainda funções na EB1 da Estação uma professora que exerce funções de bibliotecária; seis assistentes operacionais que, entre outras funções, dão apoio aos docentes e às crianças, a escola conta ainda com uma tarefaira que durante quatro horas por dia assegura a limpeza do estabelecimento.

1.4.2. Caracterização da sala de aula do 4.º B

As aulas da turma B, do 4.º ano, realizam-se na sala 13, do bloco 1, da escola sede do agrupamento. A sala dispõe de equipamento em bom estado de conservação que pode ser adaptado segundo as necessidades de cada atividade: três mesas, uma delas com um computador; uma secretária para a professora; vinte carteiras individuais e vinte e quatro cadeiras; dois armários onde se guarda todo o tipo de documentos (dossiers, processos individuais dos alunos e material pedagógico da turma). Além do equipamento referido, a sala de aula está ainda equipada com um quadro, um projetor, um aparelho de televisão e quatro placares para afixar os trabalhos dos alunos, os horários e outras informações.

Conforme se vê na figura 2, as carteiras individuais dos alunos encontram-se dispostas em cinco filas, de forma a aproveitar o espaço que é reduzido tendo em conta o número de alunos que constituem a turma.

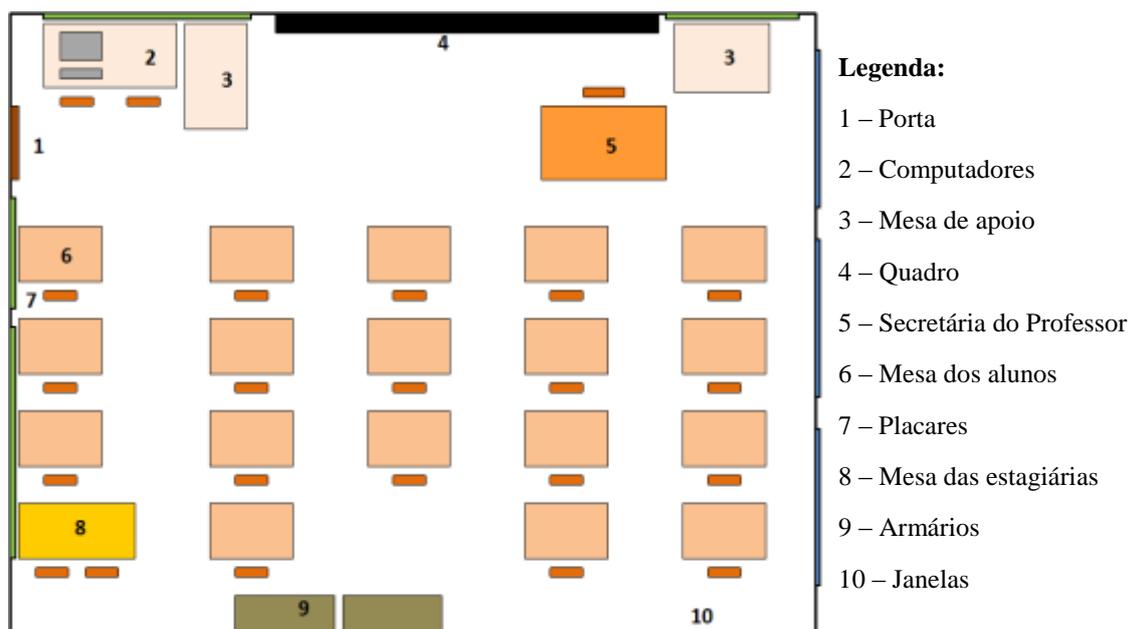


Figura 2 – Planta da sala de aula do 4.º B

Fonte: Própria

1.4.3. Caracterização socioeconómica e psicopedagógica da turma

A turma do 4.º B da escola EB1 da Estação é constituída por 18 alunos, num total de 8 raparigas e 10 rapazes, com idades compreendidas entre os 9 e os 10 anos. À exceção de um aluno, a maioria das crianças frequentou o pré-escolar antes de iniciar o 1.º CEB.

Conforme se pode verificar no gráfico 2, que a seguir apresentamos, na sua maioria, os alunos são provenientes de famílias tradicionais, com um agregado familiar composto por 4 pessoas, logo seguido pelos grupos de 3 e 5 pessoas. Refira-se ainda o caso de um aluno que vive só com a mãe.



Gráfico 2 – Agregado familiar

Fonte: Própria

Não obstante a homogeneidade que os números evidenciam podemos afirmar que a turma apresenta vivências distintas que sobressaíram durante as regências que efetuámos, pudemos assim observar a reação das crianças quando falamos de temas relacionados com a família e com o seu ambiente. A tabela 4 apresenta um somatório da composição dos respetivos agregados familiares e do número de crianças que incluem. Assim se verifica que 15 dos 18 alunos vive com irmãos.

Tabela 4 – Composição do agregado familiar das crianças

| Composição do agregado familiar | n.º de crianças |
|---------------------------------|-----------------|
| Pai/mãe | 2 |
| Pai/mãe/irmãos | 15 |
| Mãe | 1 |
| Total | 18 |

Fonte: Própria

Ainda numa perspetiva de caracterização psicopedagógica da turma, é de referir que a situação socioeconómica das famílias é relativamente variada, como se pode ver na tabela 5.

Tabela 5 – Profissão dos pais

| Profissão dos pais | Total |
|--------------------------------|--------------|
| Assistente Operacional | 1 |
| Auxiliar de Ação direta | 1 |
| Bate-chapas | 1 |
| Camionista | 2 |
| Carpinteiro | 1 |
| Chefe de Vendas | 1 |
| Desempregado/a | 5 |
| Doméstica | 3 |
| Empregada de Balcão | 1 |
| Empresário/a | 4 |
| Encarregado de Infraestruturas | 1 |
| Feirante | 2 |
| Funcionária pública | 1 |
| Guarda Prisional | 1 |
| Marmorista | 1 |
| Motorista | 3 |
| Operador/a Comercial | 2 |
| Taxista | 2 |
| Técnico de Canalização | 1 |
| Total | 35 |

Fonte: Própria

Junto à informação anteriormente obtida, estes dados mostram que a turma é constituída, na sua maioria, por alunos provenientes de famílias que poderíamos denominar de classe “baixa”, convém ainda referir que 5 pais estão atualmente desempregados, facto que dá origem a vivências diferentes entre os alunos e que se reflete depois no que dizem acerca das experiências que vão tendo, diversidade que dá uma especificidade à turma em questão e que depois é aproveitada do ponto de vista pedagógico pela professora, permitindo assim criar um ambiente de conhecimento mútuo entre os alunos.

A maioria dos alunos é pontual, assídua e responsável. Da turma destacam-se dois grupos. O primeiro tem um bom ritmo de trabalho, apesar de apresentar alguma dificuldade na leitura e na escrita da língua portuguesa e na compreensão da matemática; o segundo com um ritmo de trabalho mais lento mostra também dificuldades de compreensão dos enunciados quer na área da língua portuguesa quer na área da matemática.

No geral a turma caracteriza-se por ter uma atitude e um comportamento desejável, durante o horário letivo, revelando estar consciente do valor da entreatada e da cooperação, atitude suscetível de facilitar a aquisição de conhecimentos, verifica-se no entanto que o comportamento e as atitudes dos alunos se alteram ao longo da semana, facto que poderá ser explicado pela elevada carga horária a que estes estão sujeitos. Neste sentido, tem sido uma preocupação constante do professor organizar os períodos letivos, atendendo o nível de rendimento dos alunos. Saber observar as capacidades da turma a fim de adaptar o método que proporcione os melhores resultados, conforme preconiza Montessori “as crianças para se empenharem no que fazem, devem trabalhar de acordo com o seu ritmo e o professor deve organizar métodos de acordo com as suas necessidades”. (1960:32)

Tendo em conta o perfil da turma a professora titular define como prioridade desenvolver nos alunos as competências essenciais nas principais áreas curriculares (Matemática, Língua Portuguesa e Estudo do Meio) pois através destas o aluno terá mais facilidade em dominar as restantes.

Relativamente às principais áreas curriculares que acabámos de referir, verificamos que para garantir níveis de desempenho adequados, tendo em conta o seu nível de escolaridade, é necessário um trabalho contínuo e reforçado, criando assim hábitos e métodos de trabalho e de estudo.

Quanto às restantes áreas curriculares deve referir-se que os alunos apresentam níveis de desempenho aceitáveis, não demonstrando grande disparidade quanto às disciplinas que preferem.

Visando uma eficácia pedagógica, as atividades curriculares da turma foram organizadas pela professora num horário determinado que seguimos durante PES (cf. tabela 6).

Tabela 6 – Horário das atividades curriculares

| HORAS | 2.ª Feira | 3.ª Feira | 4.ª Feira | 5.ª Feira | 6.ª Feira |
|--------------------|-------------------|--|--------------------|-------------------------|----------------------------------|
| 9:00-10:00 | Língua Portuguesa | Matemática | Estudo do Meio | Língua Portuguesa | Matemática |
| 10:00-10:30 | | | Língua Portuguesa | | |
| 10:30-10:50 | Intervalo | | | | |
| 10:50-12:00 | Matemática | Estudo do Meio | Língua Portuguesa | Expressão Físico-Motora | Língua Portuguesa |
| 12:00-14:00 | Almoço | | | | |
| 14:00-15:00 | Estudo do Meio | Língua Portuguesa | Matemática | Matemática | Área de Projeto/ Formação Cívica |
| 15:00-15:10 | Intervalo | | | | |
| 15:10-16:00 | Estudo do Meio | Expressão Musical/ Expressão Dramática | Estudo Acompanhado | Estudo do Meio | Expressão Plástica |

Fonte: Própria

As atividades de enriquecimento curricular seguem também um horário específico, conforme se pode ver na tabela 7.

Tabela 7 – Horário das atividades de enriquecimento curricular

| HORAS | 2.ª Feira | 3.ª Feira | 4.ª Feira | 5.ª Feira | 6.ª Feira |
|--------------------|-----------|----------------------|-----------|-----------------|-----------|
| 16:15-17:00 | ---- | Atividade Desportiva | Inglês | Apoio ao Estudo | Música |
| 17:00-17:55 | ---- | Atividade Desportiva | Inglês | Apoio ao Estudo | Música |

Fonte: Própria

Refira-se que entre janeiro e março os alunos frequentaram ainda como atividade de enriquecimento curricular aulas de natação.

Tabela 8 – Horário da atividade de enriquecimento curricular de natação

| Data da Aula | Hora da Aula | Hora do Transporte | Horário | Ano | Total de alunos |
|------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------|------------|------------------------|
| 11 de janeiro | 11:00-11:45 | 10:40 | Normal | 4.º | 18 |
| 1, 8, 29 de fevereiro | | | | | |
| 7, 14, 21 de março | | | | | |

Fonte: própria

Durante o período letivo a professora titular recebe os encarregados de educação às quartas-feiras, quinzenalmente entre as 12h05m e as 12h35m.

II CAPÍTULO

2.1. Enquadramento legal e institucional (Ensino Pré-Escolar e 1.º Ciclo Básico)

Com suporte teórico e orientador para as nossas regências, recorreremos aos livros *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar* e *Organização Curricular e Programas do Ensino Básico do 1.º Ciclo*, nos quais se encontram os princípios orientadores e as componentes didáticas próprias aos dois níveis de ensino. Para o ensino pré-escolar estas *Orientações Curriculares* servem de estrutura e suporte para uma educação que se vai desenvolver ao longo da vida, contribuindo também “para que [...] se torne motor de cidadania, alicerce de uma vida social, emocional e intelectual”. (2007:9)

A *Organização Curricular e Programas do Ensino Básico do 1.º Ciclo* defende nos seus princípios orientadores de ação pedagógica que os programas propostos para o 1.º Ciclo impliquem que:

o desenvolvimento da educação escolar [...] constitua uma oportunidade para que os alunos realizem experiências de aprendizagens activas, significativas, diversificadas, integradas e socializadoras que garantam, efectivamente, o direito ao sucesso escolar de cada aluno. (2006:23)

Durante as regências aplicámos o princípio de interdisciplinaridade, defendido por vários autores, entre os quais Pombo (1994), fazendo com que o tema de trabalho com o qual tínhamos iniciado a aula fosse transversal às diferentes disciplinas que íamos tratando.

A PES que realizámos decorreu em duas instituições, a primeira em contexto de Pré-Escolar, entre os dias 01 de março e 17 de junho de 2011, no Jardim-de-Infância do Bairro da Luz, e a segunda no 1.º Ciclo do Ensino Básico, entre os dias 31 de outubro e 01 de fevereiro de 2012, na Escola Básica do 1.º Ciclo da Estação. As doutoras Filomena Velho e Elizabete Brito no pré-escolar e 1.º CEB, respetivamente, foram nossas supervisoras de estágio, e Helena Martins e Filomena Pereira educadora e professora cooperantes.

Nos dois casos, as regências foram efetuadas com uma periodicidade de 3 dias por semana, tendo sido precedidas por duas semanas de observações no pré-escolar e uma semana no 1.º CEB. No que se refere às regências, lecionámos 33 regências no pré-escolar e 19 regências no 1.º CEB, sendo que o número relativamente grande de PES se inscreve no plano de estudos do mestrado.

Quanto às planificações, no ensino pré-escolar a planificação era semanal e elaborada para três dias de regência, no 1.º CEB a planificação era diária para os mesmos três dias.

No parágrafo seguinte faremos uma descrição da PES I e da PES II que realizámos e a respetiva reflexão e avaliação.

2.2. Descrição da Prática de Ensino Supervisionada

Neste segundo capítulo, tendo em conta o número relativamente importante de regências que efetuámos durante a nossa PES, faremos a descrição das regências que considerámos mais significativas, em função dos temas e das áreas disciplinares.

2.2.1. No Ensino Pré-Escolar

Demos início à nossa PES I, com as observações inerentes à prática. Durante as nossas observações constatámos que a metodologia utilizada pela educadora responsável, apesar de seguir outros autores, se baseava essencialmente no método João de Deus, método que privilegia o contacto com o meio, baseando-se, portanto, na observação do real em detrimento de um conhecimento baseado em noções verbalizantes e sem contacto com o real. Raposo escreve até que “a iniciação à leitura a partir dos cinco anos e meio representa uma das principais e mais originais actividades dos jardins Escola João de Deus” (1993:13). Neste método, um ênfase particular é dado ao educador pelo papel que desempenha na sala de aula, convertendo o diálogo em ferramenta pedagógica fundamental. Por outro lado, o método em questão privilegia a autonomia progressiva nas crianças, a fim de lhes possibilitar um crescimento pessoal e social, para que possam enfrentar desafios e mudanças que lhes surjam no presente e no futuro.

Nas páginas seguintes faremos a descrição de algumas das nossas regências que entendemos terem sido as mais significativas.

Na semana de 22 a 24 de março, a nossa primeira experiência com esta turma, abordámos o tema “A Família”, tema proposto pela educadora coordenadora.

Através de um diálogo com as crianças, recapitulamos o tema do dia anterior, a comemoração do dia da árvore, lecionado pela educadora. De forma objetiva e concisa, explicamos às crianças quais as diversas partes que constituem uma árvore, fundamentando o mesmo com a construção de uma árvore através de um puzzle. Tema que concluímos, cantando e dançando a canção “A árvore da montanha”⁵.

Para tal, e aproveitando o diálogo feito inicialmente, após o intervalo da manhã, introduzimos o nosso tema comparando a árvore (planta) com a árvore genealógica. Pudemos observar juntamente com as crianças que tal como a árvore (planta) é constituída por raiz, tronco e ramos, a família também assenta numa base idêntica (raiz da árvore – avós), e que essa base vai tendo os seus descendentes que são associados ao tronco e aos ramos da árvore. Desta forma as crianças construíram uma árvore genealógica com base no puzzle da árvore, onde colocaram imagens de rostos correspondentes, sendo a palavra associada à imagem (avó, avô, filho, filha, etc.).

Criando interdisciplinaridade como domínio da expressão musical, cantámos com as crianças a canção “Gosto muito da minha família”⁶, sugerida pela educadora.

Já no período da tarde, utilizamos à área de expressão plástica como forma de consolidação dos conhecimentos adquiridos, pedindo às crianças que fizessem uma ficha na qual pintariam, a seu gosto, uma réplica da árvore do puzzle que tinham construído, dando-lhe o título de Árvore Genealógica. Árvore na qual colocaram as imagens dos rostos que constituem a família, colocando depois o título com letras recortadas de revistas.

Através deste tema pudemos contemplar os diversos domínios de expressão, pois como é referido nas *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar* o domínio das

⁵ Canção que se insere numa compilação de livros e CD de atividades para crianças designada “Brincar, Aprender e Cantar”, vol.2 de Carlos Pereira, António Carvalho, Hugo Alves, António Costa Gomos, editado pela Editora Nova Educação.

⁶ In <http://www.eccn.edu.pt/departamentos/dcpe/diasfestivosletras.htm>, consultado em 16 de março de 2011.

diferentes formas de expressão faz que a criança em contacto com diferentes materiais que poderá explorar, manipular e transformar, tome consciência de si própria na relação com os objetos.

Na semana seguinte, de forma a dar continuidade ao trabalho iniciado na semana anterior, propusemos a cada criança que apresentasse os membros da sua família, caracterizando-os fisicamente, de modo a que notassem uma possível semelhança com elas próprias. Como não dispúnhamos de fotografias suficientes adotámos outra estratégia para explicitar o conteúdo pretendido: aproveitámos então o facto de existirem dois bonecos parecidos que estavam na sala (um de cor branca e outro de cor preta), para interrogarmos as crianças sobre parecenças e diferenças entre os dois (cor dos olhos, cabelo, cor da pele). As crianças mostraram-se muito participativas e algumas até disseram que os bonecos não podiam ser irmãos porque um era branco e outro era preto, quando confrontados com a ideia que podiam ter pais diferentes, responderam que podiam ser xadrez. Resposta que ocasionou a leitura do poema *Xadrez*, de Sidónio Muralha.

Em seguida passámos à descrição do corpo humano. Prestando atenção aos interesses das crianças, pedimos-lhes que identificassem num desenho os membros do corpo: colocámos uma criança deitada sobre o papel de cenário e desenhámos o seu corpo. Pedimos a colaboração das crianças para desenharem as partes do rosto: boca, nariz, olhos e orelhas, o que nos permitiu despertar a consciência silábica, através das palavras boca, nariz, olhos e orelhas. Posteriormente perguntámos às crianças se conseguiam descobrir quantas sílabas tinha cada palavra, pois é importante que a criança desenvolva a consciência de que as palavras são constituídas “a partir da junção alinhada de unidades menores” (Costa et al, 2007:57). De forma a tornar mais evidente para as crianças identificarem a quantidade de sílabas de cada palavra, foi utilizado o batimento de palmas quando dizíamos cada sílaba. Consecutivamente as crianças completaram em papel de cenário, o desenho do corpo humano com as partes que faltavam (mãos, ombros, pernas, pés). Seguimos assim as sugestões do *Manual de Educação Infantil* que relembra que é nesta idade que a consciência das diferentes partes do corpo se alcança: “a consciência das diferentes partes do corpo e o seu domínio também se alcançam nesta idade, ainda que todos estes aspectos continuem a ser aperfeiçoados em idades posteriores.” (2002:34)

Para concluirmos a atividades lemos a seguinte lengalenga:

Esta baba babadeira
Esta boca comedeira
Este nariz narigete
Estes olhos de piquete
Esta testa de melão
Este pelito de cão⁷

Como forma de explorar a lengalenga, pedimos às crianças que realizassem uma ilustração referente a cada frase, tendo no fim colado as frases da lengalenga no desenho.

Já no período da tarde, dividimos o grupo por idades. O grupo de 5 anos realizou uma ficha de consolidação, em que na mesma teria de desenhar os órgãos de sentidos (nariz, boca, olhos, ouvidos) que faltavam no rosto e colorir. O grupo dos 3 anos teve que picotar os órgãos dos sentidos, que previamente tinham sido distribuídos, e colocá-los no sítio correto do rosto.

Na semana seguinte, de 5 a 7 de abril, iniciámos o tema “As profissões”. Feita a ligação com o que se tinha passado na semana anterior, de forma que as crianças percebessem que com o corpo se podem realizar diversas atividades, uma das quais trabalhar, perguntámos-lhes qual era a profissão da mãe, do pai e o que é que elas queriam ser quando fossem grandes. Através das respostas que as crianças deram, realizámos em grande grupo um cartaz sobre as profissões, tendo cada uma registado no cartaz através de imagens de profissões, a profissão da mãe, do pai e aquela que desejariam ter quando forem “grandes”.

Partindo do cartaz já elaborado, introduzimos a expressão dramática. Para tal distribuámos pelas crianças cartões com imagens de diferentes profissões, e pedimos a cada uma que visualizasse um cartão e que fizesse a mímica da profissão para o restante grupo. Atividade que foi do seu agrado, pois manifestarem vontade em repeti-la.

⁷ Adaptado da lengalenga “A cara” do livro *Lengalengas* de Luísa Ducla Soares, (2010). Lisboa: Livros Horizonte.

Terminámos esta atividade com a expressão musical, cantando “Senhora D. Anica”⁸, canção que se enquadrava na temática de que tínhamos vindo a falar, as profissões.

No dia seguinte distribuímos pelas crianças cartões com imagens de profissões e cartões com as respetivas ferramentas de trabalho, propondo-lhes que realizassem um jogo: ao verem um cartão com uma profissão, teriam que adivinhar qual o cartão da ferramenta de trabalho correspondente. Seguidamente, a educadora realizou com as crianças uma ficha do caderno de exercícios adotado durante o ano.

Para dar continuidade ao tema, visualizámos e interpretámos em grande grupo a história “As várias profissões”⁹, que nos permitiu seguidamente trabalhar com as crianças a expressão oral através de adivinhas relativas às profissões. Para tal, mostrámos às crianças alguns slides com diferentes adivinhas, cada uma correspondente a uma profissão.

Durante a tarde, de acordo com a educadora, decidimos que seria bom que as crianças começassem a fazer um postal que dariam aos pais na Páscoa, porque a época aproximava-se.

Finda a realização dos postais, desenvolvemos com as crianças atividades com vista a trabalhar a sua motricidade global, fator importante no domínio da expressão motora para o desenvolvimento normal da criança. O domínio da expressão motora é defendido por vários autores entre os quais Krechevsky que refere que “é uma parte importante do desenvolvimento normal da criança. Ela usa o corpo para expressar emoções e ideias, explorar habilidades atléticas e testar o limite de suas capacidades”. (2001:73)

É de salientar que no decorrer destas atividades, procurámos sempre utilizar uma linguagem simples e clara, pois é neste contexto do pré-escolar que a criança dá os seus primeiros passos na comunicação oral e como preconiza Sim-Sim: “é através da interacção comunicativa que as crianças adquirem a língua da comunidade a que pertencem. As trocas verbais são, portanto, determinantes no processo de desenvolvimento da linguagem” (2007:27). É esta interação com o educador que

⁸ DVD “Músicas da Carochinha”, vol.3, editado por DVD Som Livre.

⁹ Underwood, H. (1994). *As várias profissões*. Lisboa: Editora Replicação.

funciona aqui como um “suporte” que vai ajudar a criança no seu caminho de aprendiz falante.

Na semana seguinte, e dando seguimento ao mesmo tema, realizámos como forma de consolidação do que já tinha sido abordado, um jogo de memória com cartões de profissões e cartões da respetiva ferramenta de trabalho. Os cartões foram dispostos no chão virados ao contrário e cada criança, por sua vez, devia virar duas cartas, de modo a obter uma carta de determinada profissão e a respetiva ferramenta. A exploração deste jogo serviu também para desenvolver a capacidade de compreensão, a perícia e a destreza física.

No fim de abordarmos os temas “A Família” e as “Profissões” elaborámos com as crianças um livro com todas as atividades que tinham sido desenvolvidas.

No decorrer desta semana tivemos como preocupação, no domínio da língua materna, que a aprendizagem incluísse o uso de estruturas verbais, tendo como base a narração de histórias, motivando sempre a participação aberta e a intervenção das crianças através do reconto das mesmas. Como é referido por Sim-Sim (2008): “As trocas verbais com as crianças [...] activam a capacidade inata para a linguagem e permitem que o aprendiz de falante vá construindo o seu próprio conhecimento sobre a língua materna”.

Ainda durante essa semana verificámos que na área de informática uma das crianças estava bastante entusiasmada a jogar no computador, por isso considerámos fundamental refletir sobre a importância do computador em contexto sala de aula. Vários autores defendem que o computador deve ser utilizado como ferramenta pedagógica, a fim de desenvolver a capacidade das crianças para adquirir novos conhecimentos. O recurso à tecnologia, além de ser um fator de motivação para a aprendizagem, pode também constituir uma estratégia de diversificação na forma de promover a leitura e a literacia, como preconiza Bidarra:

No domínio das competências motoras, por exemplo, a utilização do rato do computador é uma estratégia promotora do desenvolvimento de outras competências específicas, como motricidade fina e a coordenação óculo-manual, entre outras. Todas as dinâmicas e estratégias introduzidas intencionalmente na sala de jardim-de-infância potenciam a elaboração de estruturas contínuas de compreensão e aprendizagem social. (1998:21)

Durante a nossa PES recorreremos ao uso do computador de forma a tornar as aprendizagens mais atraentes, através da projeção de histórias.

Na semana seguinte, como o dia da mãe estava próximo, escolhemos o mesmo como matéria pedagógica. Iniciámos o tema com um diálogo, e começámos por perguntar às crianças qual seria a data importante que estávamos quase a celebrar. No decorrer do diálogo cada criança falou um pouco sobre a sua mãe, o qual encaminhámos posteriormente para a história “A minha mãe”¹⁰. De modo a explorarmos a história questionámos as crianças sobre as características da mãe da história, e em que aspeto se assemelhava à delas.

A leitura de histórias no pré-escolar é reconhecido por todos os educadores como um instrumento pedagógico que permite à criança desenvolver a sua imaginação e criatividade, conforme defende Arribas:

É importante contar histórias às crianças, pois introduzimo-las, mediante o jogo simbólico, num mundo conceitual distante, portanto, mais complexo que aquele produzido numa conversa relacionada com temas tangíveis.
(2004:188)

Na manhã seguinte, como forma de dar continuidade ao tema, iniciámos o dia com a análise da história “Coração de mãe”¹¹, tendo posteriormente pedido às crianças que a concluíssem segundo a sua imaginação. Finda a interpretação da história realizámos um postal como presente para o dia da mãe.

Já no período da tarde, no domínio da expressão motora, realizámos dois jogos, tendo começado pelo jogo da “águia e dos pintos” que se joga da seguinte forma: escolhe-se um jogador, a “águia”, que deve apanhar os outros jogadores, os “pintos”. Outro jogador, a “mãe galinha”, tem que proteger os “pintos”.

Os pintos correm de um lado para o outro tentando provocar a águia. E se um pinto vir a águia a aproximar-se junto de si, pode pôr-se de cócoras e agarrar as suas próprias orelhas: estes é um sinal de que o “pinto” está a pedir desculpa à “águia” e esta não o pode apanhar. No entanto, quando o “pinto” se levantar a águia pode tentar novamente.

¹⁰ Browne, A. (2008). *A minha mãe*. Lisboa: Editorial Caminho.

¹¹ Martins, I.; Carvalho, B. (2008). *Coração de mãe*. Lisboa: Planeta Tangerina.

As crianças não perceberam de forma correta o jogo, o que gerou alguma desordem no grupo.

De seguida realizámos o jogo da “galinha”. Para tal escolhe-se um jogador para ser a “galinha”. Os restantes jogadores andam pela sala de olhos vendados, encontrando pessoas pelo caminho. Quando um jogador choca com outro, cada um deles tem que dizer “piu-piu” e o outro responde também “piu-piu”. Mas a galinha não pode falar. Por isso quando um dos jogadores choca com ela e diz “piu-piu”, ela não responde nada. Se isto acontecer, os dois jogadores dão a mão um ao outro. O segundo jogador pode então abrir os olhos mas deixa de poder falar pois encontrou a “Galinha”. Neste jogo notámos que as crianças perceberam melhor as regras do jogo.

Na quinta-feira iniciámos o dia por um diálogo com todo o grupo (falámos de novo sobre as parecências físicas e sobre o porquê de sermos parecidos a alguns dos nossos familiares). De seguida lemos com as crianças o poema de Sidónio Muralha, “Xadrez”. Posteriormente as crianças pintaram um gato xadrez alusivo ao mesmo.

Durante a semana que acabámos de descrever, julgamos ter despertado nas crianças um maior interesse para a área da expressão musical através de jogos. O jogo e a música têm um papel bastante relevante no desenvolvimento cognitivo das crianças, pois como é defendido pela *Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*:

Voz, corpo [...] são os recursos a desenvolver através de jogos de exploração. Estes devem partir das vivências sonoro-musicais visando o seu domínio, com forte acentuação em actividades lúdicas, por forma a evitar situações de puro exercício que afastam as crianças. (2006:68)

No decorrer da quinta semana, de 3 a 5 de maio, foi-nos proposto pela educadora abordar o tema “A primavera”. Assim iniciámos o tema dialogando com o grupo acerca da primavera. Seguidamente projetámos o poema “A andorinha” de Irene Lucília¹², por ser uma ave associada à primavera. As crianças gostaram muito de ouvir e ver o poema, devido à apresentação gráfica do mesmo, no qual algumas palavras são por vezes trocadas por ilustrações. Já depois do lanche e dando continuidade ao diálogo inicial, visualizámos com as crianças algumas adivinhas sobre temas relacionados com a

¹² In <https://www.box.com/shared/7ht15oxniq>, consultado em 27 de abril de 2011.

primavera (flores, andorinhas, abelhas, borboletas). Temas sempre associados à imagem correspondente e cuja resposta as crianças deviam adivinhar.

No período da tarde, demos início ao painel da primavera, cabendo às crianças a escolha dos elementos que se poderiam colocar no painel (flores, pássaros, borboletas).

No fim desta semana, julgamos ter cumprido os objetivos propostos inicialmente que consistiam em:

- Desenvolver a imaginação e as capacidades expressivas
- Promover a aquisição de competências gráficas e plásticas
- Desenvolver o controlo da motricidade fina na criança
- Desenvolver noções espaciais e de lateralidade
- Promover a aquisição de competências sociais e de trabalho cooperativo.

A semana de 17 a 19 de maio começou por ser marcada pela visita do escritor Pedro Seromenho ao jardim-de-infância. Todas as crianças do jardim se reuniram na sala polivalente e colocaram-lhe variadas questões, entre elas: como é que o autor faz os livros; como é que são feitos os desenhos dos livros. No final da apresentação, o escritor fez um desenho numa tela para todas as crianças do jardim.

No dia seguinte demos início ao tema proposto pela educadora, “A água”, abrangendo deste modo várias áreas de conteúdo, permitindo assim a interdisciplinaridade, com as áreas de formação pessoal e social, e das expressões e comunicação. Depois de termos explicado às crianças “De onde vem a água”, através do livro *Chape chape chape!*¹³, dirigimo-nos para a sala polivalente de modo a que estas verificassem como a água se pode encontrar em três diferentes estados: sólido, líquido e gasoso. Esta atividade permitiu suscitar a curiosidade e despertar o interesse das crianças pela ciência e pelo mundo que as rodeia conforme salienta Martins:

No jardim-de-infância devem vivenciar situações diversificadas que por um lado, permitam alimentar a sua curiosidade e o seu interesse pela exploração do mundo que as rodeia e, por outro, proporcionar aprendizagens conceptuais, fomentando, simultaneamente, um sentimento de admiração, entusiasmo e interesse pela ciência e pela actividade dos cientistas. (2009:12)

¹³ Manning, M.; Granstörn, B. (2001). *Chape, chape, chape*. Lisboa: Caminho.

Durante a tarde prosseguimos com o mesmo livro referido anteriormente, com a explicação “Para onde vai a água”. No fim encaminhámos as crianças até à sala polivalente para juntos cantarmos e dançarmos a canção “Água leva o regadinho”¹⁴, tendo depois realizado um jogo de mímica através de cartões ilustrativos de várias ações com água. Jogo que consiste em pedir às crianças que, uma após outra, visualizem um cartão (representativo de uma ação com água) e faça depois a mímica dessa ação, enquanto o resto do grupo tenta adivinhar a ação em questão.

De forma a consolidar o tema, no dia seguinte lemos de novo o texto “Para onde vai a água”, aproveitando o mesmo para fazermos uma experiência sobre flutuação, cujo objetivo era observar com as crianças quais os objetos que flutuam ou não na água. Para isso juntámos as crianças à volta de uma mesa, sobre a qual colocámos um alguidar com água e vários objetos (chaves, bolas, colheres, copos, etc.). Tendo anunciado às crianças que iríamos realizar uma experiência, começámos por verificar os conhecimentos que tinham sobre o assunto (conceções alternativas). Antes de colocarmos um objeto na água, perguntámos-lhes o que no seu entender iria acontecer. Colocámos então, um após outro, os objetos no alguidar e estas verificavam o que acontecia.

Durante a semana que acabámos de descrever, quisemos através de atividades relacionadas com as ciências, despertar a curiosidade natural das crianças, o que lhes permitirá organizar as ideias de forma mais estruturada, seguindo assim as recomendações das *Orientações Curriculares* que afirmam que as atividades de ciências que se praticam no pré-escolar são para a criança uma maneira de alargar o seu conhecimento e a compreensão do mundo físico e biológico.

Na semana de 31 de maio a 2 de junho, que coincidia com o dia da criança, decidimos dar ênfase a esse tema. Começámos por ler a história “Crianças do Mundo”¹⁵, na qual cada criança fala do que come, como brinca, como é a sua casa, que língua fala, como é a sua escola e quais as tradições do seu país, através de imagens atrativas que se movimentam. História que despertou muita curiosidade entre as crianças.

Durante a tarde as crianças foram para o parque Pólis onde participaram em várias atividades lúdicas.

¹⁴ Retirado do CD “Escolinha de Música 3”, editado pela Editora Farol.

¹⁵ Ciboul, A. (2010). *Crianças do mundo*. Lisboa: Editora Edicare.

Aproveitando o dia da criança realizámos, conjuntamente com as duas colegas da outra sala, vários jogos e uma dança com as crianças. Os jogos que realizámos foram os seguintes:

- Jogo do *Bowling* (por profissões) – o grupo é dividido em duas equipas, A e B. Estas jogam alternadamente, devendo cada elemento derrubar o máximo de pinos. À medida que cada pino é derrubado regista-se e contam-se os pontos. No final do jogo verifica-se qual a equipa que “derrubou” mais profissões e quais as profissões mais “derrubadas”.
- Jogo das Antas – o grupo é dividido em duas equipas, A e B. Joga, à vez, um elemento de cada equipa. Cada jogador começa por colocar os pés nas antas e coloca-se na linha de partida. Ao sinal inicia-se o jogo.
- Jogos do Rebuçado – Colocam-se nos alguidares alguns rebuçados e cobrem-se com farinha ou esferovite. O grupo é dividido em dois, equipa A e B. Joga, à vez, um elemento de cada equipa. Os jogadores colocam-se na linha de partida e têm como tarefa correr até ao alguidar e retirar um rebuçado com a mão. Ao regressarem para o lugar, colocam o rebuçado na boca, sem abrir e com a boca tentam colocá-lo na cesta (que se encontra pendurada) e tocar no colega seguinte e assim sucessivamente. No final cada equipa conta os rebuçados que tem na cesta.
- Dança – as crianças dançaram a dança do limbo.

No período da tarde, introduzimos a temática “Os animais”, dando continuidade ao trabalho realizado anteriormente. Para tal mostrámos uma maquete elaborada por nós relativa aos animais da quinta. Pedimos depois às crianças que identificassem os respetivos animais e os colocassem no seu habitat, representado na maquete. Atividade que graças à utilização do papel EVA foi ainda mais do agrado das crianças. Realizámos também uma maquete relativa ao habitat dos animais da selva e dos animais aquáticos. A exploração das mesmas foi feita da mesma forma acima referida.

No dia seguinte, continuando a temática dos animais, projetámos a lengalenga “A velha e a bicharada”¹⁶, o que permitiu estabelecer um diálogo sobre os sons dos animais. Da expressão oral passámos em seguida aos jogos sobre o mesmo tema: “Funny Domino” e o “Snorta”. O Funny Domino é um jogo constituído por 28 cartas com animais. No

¹⁶ Soares, L. (2010). *Mais Lengalengas*. Lisboa: Livros Horizontes.

Funny Domino dividem-se as cartas pelos jogadores, um jogador coloca uma carta e os restantes à vez colocam uma carta igual à do último animal colocado anteriormente. O Jogo do Snorta é composto por dois conjuntos de cartas, um com um ponto de interrogação no verso e o outro que serve para jogar. Cada jogador escolhe um animal da carta de interrogação e pronuncia o som desse animal, os jogadores pronunciam à vez o som do animal para que cada jogador memorize os animais dos adversários. As cartas são colocadas à vez na mesa e à frente de cada jogador. Quando surgirem duas cartas com o mesmo animal quem deitou a carta deve pronunciar o som do animal do seu adversário e quem perdeu recolhe o conjunto de cartas que estavam na mesa dos dois jogadores implicados e assim sucessivamente. Ainda houve tempo para brincarem um pouco nos espaços.

Esta semana permitiu-nos verificar como o jogo, pela sua dimensão lúdica, pode contribuir para “descarregar” as tensões emocionais, e contribuir para o desenvolvimento da criança, além de constituir uma experiência social importante conforme refere Hohmann et al:

Brincar em conjunto na pré-escolaridade, é por isso, uma experiência social importante. A memória dessas experiências de brincadeira, ou a sua falta, podem moldar as abordagens das crianças a colaborações futuras. (2007:609)

Para dar continuidade ao tema iniciámos a décima semana, com a leitura interpretativa da história “Pantufa, o meu cão”¹⁷. A fim de verificar a compreensão das crianças acerca da história, colocámos várias perguntas como por exemplo: “de que animal fala a história?”; “é um animal doméstico ou selvagem?”; “o que é que faz um cão?”.

Seguidamente, para que as crianças observassem de perto este animal, levámos dois cães para a sala. Na atividade seguinte pedimos às crianças que, depois da interpretação da história, reconhecessem através de imagens as várias tarefas úteis que o cão pode desempenhar em benefício do Homem. De seguida realizaram um cartaz com as imagens anteriormente exploradas (cão de caça, cão polícia, cão de guarda, cão pastor, cão de companhia).

¹⁷ Figueiredo, M. (2009). *Animais domésticos*. Lisboa: Cinco Letras.

No dia seguinte, voltando ao mesmo tema, realizámos uma ficha relativa ao “cão”. Em grande grupo as crianças tinham que reconhecer, através de imagens, de onde provém a alimentação do cão e aquilo que ele gosta de roer. De seguida colocaram individualmente as imagens no local correto da ficha. Terminada a ficha ensaiaram para a festa de finalistas.

A fim de criar interdisciplinaridade com a expressão musical, as crianças começaram por ver um vídeo sobre a canção “Na quinta do tio Manel”, tendo depois tocado adufes e guizos por nós elaborados, depois de termos devidamente explicado que instrumentos eram e em que momentos os poderiam tocar.

Continuando a falar dos animais da quinta, falámos acerca da vaca. Através dos conhecimentos prévios que as crianças tinham sobre o assunto, realizámos um mapa conceptual (como se alimenta a vaca, o que nos dá e o que se pode fazer com o que nos dá).

A reação das crianças, no momento da leitura interpretativa da história “Pantufa, o meu cão”, levou-nos a refletir um pouco no papel do jardim-de-infância e do educador na imergência e desenvolvimento das competências linguísticas. No jardim-de-infância a comunicação através da linguagem constitui um “veículo de trocas” e um instrumento indispensável na realização das atividades, capaz de promover situações de aprendizagens significativas que, baseando-se nas aquisições linguísticas já efetuadas e seguindo os seus interesses e necessidades, favorecerão o desenvolvimento da autoestima da criança e a sua relação com o professor, como refere Hohmann et al: “A função principal da linguagem é a de permitir a comunicação entre as pessoas. Somos seres sociais e a linguagem permite-nos estabelecer e manter relações com os alunos”. (2007:524)

Apercebemo-nos então que o educador deverá pôr uma particular atenção na forma como se expressa, falando corretamente e aplicando de forma adequada o vocabulário e as regras gramaticais.

Em conclusão, a nossa PES I no ensino pré-escolar (da qual descrevemos apenas algumas das regências mais significativas) foi uma oportunidade de verificarmos o caminho que ainda temos de percorrer para nos tornarmos educadores capazes de estimular, da melhor maneira possível, os interesses e curiosidade das crianças e

proporcionar-lhes, de uma forma sólida, o reforço da sua autoestima e autoconfiança, conforme recomendado pelas *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*.

Por outro lado, verificámos como a organização da sala e do espaço das diferentes rotinas são relevantes para o equilíbrio emocional da criança e, conseqüentemente, para a sua capacidade de concentração, autocontrolo e aceitação de regras. A esse propósito devemos referir que a sala da educadora titular onde realizámos a nossa PES I tinha um ambiente muito agradável. É de salientar também que, devido a todo o ambiente escolar aprazível que nos rodeava, as dificuldades que sentimos na elaboração das planificações, as dúvidas e hesitações que surgiram, foram ultrapassadas devido à disponibilidade e colaboração da educadora e de toda a comunidade escolar.

2.2.2. No 1.º Ciclo do Ensino Básico

No que se refere à PES II, esta decorreu na EB1 da Estação, entre os meses de outubro de 2011 e fevereiro de 2012.

Na nossa primeira regência, depois de travarmos conhecimento individual com os alunos, iniciámos a aula com a área da língua portuguesa, escolhendo um tema que seria igualmente tratado na área de estudo do meio: regras de primeiros socorros.

Antes de os alunos responderem por escrito ao questionário de interpretação do texto sobre o qual iríamos falar, *Não Dói Nada*, pedimos às crianças que fizessem uma leitura silenciosa durante alguns minutos, entre 5 e 10, e passámos ao seu comentário, tendo colocado questões tais como: se tinham gostado, se havia no texto vocabulário que desconheciam, e o que tinham percebido. Pelas respostas constatámos que tinham percebido o texto. A leitura e a compreensão de cada texto são essenciais no ensino básico, pois como é referido no *Programa de Português do Ensino Básico* a aprendizagem do português é fundamental na formação escolar:

a aprendizagem do Português define-se como componente fundamental da formação escolar [...] a aprendizagem da língua condiciona e favorece a relação da criança e do jovem com o mundo, bem como a progressiva afirmação de procedimentos cognitivos, de competências comunicativas e de atitudes afectivas e valorativas que são determinantes para a referida relação com o mundo. (2009:12)

Depois do intervalo da manhã achámos pertinente introduzir o estudo da frase e dos seus elementos, visto que o questionário continha perguntas de gramática relativas a essa matéria. Assim expusemos no quadro da sala de aula um cartaz ilustrativo sobre a frase e os seus elementos, de modo a despertar a atenção das crianças. O estudo do funcionamento da língua torna-se então “um instrumento de descoberta e de desenvolvimento das possibilidades de uso da Língua e de aprendizagem da Escrita e Leitura” (*Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*, 2006:157). De seguida passaram ao preenchimento da ficha que tinha sido distribuída. Após terem preenchido o questionário, corrigimo-lo oralmente diante da turma. Como não havia tempo para concluir, as crianças levaram para casa a ficha de análise gramatical que tínhamos iniciado no decorrer da aula.

Seguidamente passámos para a área da matemática com o tema: os múltiplos de um número natural. Para explicar o tema preparámos alguns exercícios que foram selecionados e organizados de modo a suscitar nas crianças: “aquilo a que os educadores designam muitas vezes por motivação de aprendizagem” (Alarcão, 2005:102). Começámos por explicar oralmente o conceito de múltiplo e de seguida realizámos com a turma um primeiro exercício: através de retas numéricas (uma para os múltiplos de 3, outra para os múltiplos de 6, e outra para os múltiplos de 9) os alunos tinham de identificar e completar na reta, através de “saltos” dados com a ajuda de um sapo feito em papel (para os múltiplos de 3), de um coelho (para os múltiplos de 6) e de um canguru (para os múltiplos de 9), os múltiplos correspondentes. Este exercício foi resolvido por três crianças que ao realizarem os “saltos” dos animais chegaram à conclusão que os múltiplos de 3 eram os números de 3 em 3, iniciados em 0; os múltiplos de 6 eram os números de 6 em 6 iniciados em 0; e os múltiplos de 9 eram os números de 9 em 9 iniciados em 0. Foi assim proporcionada à criança uma aprendizagem por descoberta significativa, perspetiva defendida por Ausubel (1980) que refere que “a criança deve descobrir o conhecimento por si própria”. Consecutivamente explicámos às crianças certas regras que lhes permitem descobrir múltiplos de um determinado algarismo, dando como exemplo os múltiplos de 5 que terminam em 0 ou 5. Para nos certificarmos se as crianças tinham compreendido a matéria, elaborámos um cartaz com uma tabela numérica. Desta forma, escolhemos aleatoriamente algumas crianças que se dirigiram ao quadro para assinalarem os

múltiplos de 2 a verde-escuro, os múltiplos de 4 a cor de laranja, os múltiplos de 3 a azul-escuro, os múltiplos de 6 a azul claro, os múltiplos de 5 a castanho e os múltiplos de 10 a verde-claro. Após a realização deste exercício as crianças realizaram uma ficha de consolidação da matéria dada.

Da parte da tarde, continuámos a abordar com os alunos o tema “regras de primeiros socorros” no âmbito da área de estudo do meio e expressão dramática, descrição que faremos no terceiro capítulo deste relatório, por ser o capítulo sobre a problemática que aqui trazemos.

Podemos, também, referir que de uma forma geral, os objetivos traçados para aula deste dia foram alcançados por todos os alunos.

No dia 16 de novembro de 2011 demos início à quinta regência com uma aula de estudo do meio tendo, depois de uma revisão sobre os conteúdos dados ao longo da semana relativos à História de Portugal (Primeiros povos que habitaram a Península Ibérica e a Fundação de Portugal), realizado o jogo da glória sobre o mesmo tema. Dividimos a turma em dois grupos, cada um com 9 elementos. De seguida demos um pin a cada equipa que definia os nomes das equipas: equipa dos Iberos e equipa dos Árabes. Cada equipa lançava o dado e tinha que responder acertadamente a perguntas relativas a matéria dada a história de Portugal (entre as quais: Como se chama o chefe lusitano que iniciou as lutas contra o exército romano?; o que trouxeram os romanos para a Península Ibérica?; qual o significado da batalha de S. Mamede?). Ganhava a equipa que chegasse primeiro à última “casa” do jogo. “O jogo didático na aula de História possui virtualidades de modo algum negligenciáveis [...] permite ao professor um diagnóstico de lacunas cognitivas; possibilita o desenvolvimento de capacidades de expressão”. (Antunes, 1996:16)

Visto o jogo ter despertado o interesse dos alunos prolongou-se até ao intervalo da manhã.

Seguidamente em jeito de consolidação, as crianças puderam ver na biblioteca um vídeo (visto que o projetor da sala não estava a funcionar), com animações concebidas para crianças, que dá a conhecer a vida e as conquistas de territórios do primeiro rei de Portugal, D. Afonso Henriques. De regresso à sala fizemos uma revisão oral relativa ao que tinham visto.

Apresentámos e explorámos depois com os alunos uma apresentação cronológica sobre os factos históricos importantes que ao longo da semana tínhamos falado, de modo a que os alunos pudessem reter o essencial dos conteúdos dados e melhor se situarem no tempo e no espaço.

Da parte da tarde corrigimos um exercício na área da matemática que no dia anterior tinha pedido às crianças que realizassem em casa. A sua resolução era um pouco difícil, contudo, algumas crianças conseguiram obter o seu resultado através de múltiplas formas (esquemas, desenhos).

Logo a seguir começámos a lecionar língua portuguesa visto que de manhã não tivemos tempo devido ao jogo da glória. Interpretámos com as crianças um texto chamado “Castelo de Guimarães”. O texto falava um pouco sobre o castelo de Guimarães e como a cidade de Guimarães se tornou o berço da nacionalidade. Através da ficha de interpretação sobre o texto constatámos que as crianças o entenderam.

As atividades pedagógicas que realizámos no dia 30 de novembro (oitava regência) incidiram sobre temas relacionados com a História de Portugal, dando continuidade ao trabalho previamente realizado durante essa semana.

Desta forma, começámos o dia por propor aos alunos que continuassem a ver o PowerPoint que tinham iniciado no dia anterior. O PowerPoint explicava aos alunos em que consistia o Estado Novo e quais os fatores que despoletaram a revolução do 25 de abril.

De seguida, lemos com os alunos um excerto de um texto sobre a revolução do 25 de abril que explicava, de forma sintética, as consequências que a revolução do 25 de abril trouxe à sociedade, entre as quais a liberdade, o que nos permitiu fazer uma revisão da matéria dada na área de Estudo do Meio, de forma a percebermos se os alunos tinham interiorizado os conceitos que transmitimos.

No período da tarde realizámos com as crianças uma ficha de situações problemáticas na área da matemática fazendo revisões sobre determinados conteúdos, entre os quais o algoritmo da divisão e multiplicação. Neste sentido procurámos que a ficha se relacionasse com a temática central lecionada nesse dia. Desta forma os enunciados das situações problemáticas da ficha incidiram num dos símbolos da Revolução de Abril de 1974, o cravo. A ficha foi elaborada através de situações problemáticas, pois a resolução

de problemas coloca o aluno numa atitude ativa de aprendizagem, conforme refere a *Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*:

a resolução de problemas coloca o aluno em atitude activa de aprendizagem, quer dando-lhe a possibilidade de construir noções com resposta às interrogações levantadas, quer incitando-o a utilizar as aquisições feitas e a testar a sua eficácia. (2006:164)

Esta ficha serviu de motivação para a atividade que iria ser realizada na expressão plástica. Neste seguimento as crianças realizaram um cravo na aula de expressão plástica, símbolo da liberdade, com alguns materiais (palhinhas, papel autocolante, papel colorido, papel EVA). As crianças gostaram muito desta atividade pois é uma forma diferente de se exprimirem. A expressão plástica é um dos meios que a criança encontra para exprimir e comunicar sensações corporais, sentimentos de alegria, tristeza e serenidade, desejos, ideias, curiosidade e experiências. A expressão plástica facilita a exploração e o desenvolvimento da criatividade, permitindo que os alunos descubram a satisfação que experimentam ao se sentirem capazes de explorar ao máximo as suas capacidades inatas de perceção da realidade que os rodeia, conforme refere o *Currículo Nacional do Ensino Básico* que acrescenta:

A vivência artística influencia o modo como se aprende, como se comunica e como se interpretam os significados do quotidiano. Desta forma, contribui para o desenvolvimento de diferentes competências e reflete-se no modo como se pensa, no que se pensa e no que se produz com o pensamento. (2001:149)

No final do dia e de modo a ser feita uma súmula do tema central que fora lecionado, as crianças realizaram uma dramatização na aula de expressão dramática sobre as diferenças existentes entre a ditadura e a democracia. As personagens utilizadas para a dramatização foram os “cravos”, realizados na aula de expressão plástica.

O jogo dramático no processo ensino-aprendizagem apresenta um forte valor educativo a vários níveis porque ajuda a criança a expressar-se, uma vez que a criança está continuamente a registar impressões e factos acerca dela própria e do mundo que a rodeia, desenvolvendo a sua imaginação. O jogo é para a criança a representação e comunicação, a abertura ao imaginário, à fantasia e à criatividade; mas também à

unificação e à integração da personalidade, fator de interação com os outros, tal como é defendido pela *Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*:

Os jogos dramáticos permitirão que os alunos desenvolvam progressivamente as possibilidades expressivas do corpo – unindo a intencionalidade do gesto e/ou palavra, à expressão, de um sentimento, ideia ou emoção. Nos jogos dramáticos as crianças desenvolvem acções ligadas a uma história ou a uma personagem que as colocam perante problemas a resolver: problemas de observação, de equilíbrio, de controlo emocional, de afirmação individual, de integração no grupo, de desenvolvimento de uma ideia, de progressão na acção. (2006:77)

Durante a semana, de 12 a 14 de dezembro, procurámos interligar os conteúdos programáticos propostos pela professora cooperante com a época festiva que se estava a aproximar, o Natal.

Assim, o primeiro dia da semana, nona regência, começou com uma avaliação, devendo os alunos realizar uma ficha sumativa na área de língua portuguesa durante toda a manhã. A avaliação tem um papel fundamental no contexto escolar, sendo “um processo regulador das aprendizagens, orientador do percurso escolar e certificador das diversas aquisições realizadas pelo aluno ao longo do ensino básico” (Decreto nº6/2001:261). É algo que é intrínseco ao trabalho do professor, em que este pode verificar, “julgar” e acompanhar o rendimento dos alunos, sendo demonstrado o resultado do seu processo de ensino. Desta forma a avaliação deve ser um processo contínuo, sistemático, funcional e integral, em que o professor tal como refere Borràs se certifica:

se foram atingidos os conteúdos de aprendizagem e as intenções educativas manifestadas no projecto curricular. Para esta função a avaliação que se realiza em diversos momentos ao longo do ano é fundamental. (2001:235)

O período da tarde incidiu sobre o seguinte tema na área de estudo de meio: principais rios de Portugal. Para explicitar este tema procurámos saber os conhecimentos dos alunos sobre o tema em questão, de modo a aproveitar os seus saberes e integrar nas mesmas novos conhecimentos, pois na aprendizagem que é efetuada na escola parte-se do pressuposto de que as crianças trazem esses saberes e experiências adquiridos, mas

não se diz se trata de saberes cientificamente rigorosos ou não, qual como refere Santos apud Roldão:

Na aprendizagem que é efectuada na escola parte-se do pressuposto de que as crianças trazem esses saberes e experiências adquiridos, mas não se diz se trata de saberes científicos rigorosos ou não, em grande parte dos casos, os alunos construíram concepções e saberes baseados no senso comum, com forte adesão afectiva, que vão chocar com os saberes e conceitos de natureza científica que a escola lhes apresenta; trata-se então de ter em conta essas concepções alternativas e organizar, a partir delas, estratégias de mudança conceptual, através das quais se des-construa e analise o conhecimento prévio para re-construir novos conhecimentos. (2004:44)

Depois de analisar os conhecimentos dos alunos, explicámos o tema proposto pela professora cooperante através de um PowerPoint.

Como já faltava pouco tempo para terminar o dia, e visto que se estava a aproximar o Natal, como já foi referido, iniciámos com os alunos (a pedido da professora) o enfeite de uma árvore de Natal realizada por nós em papel de cenário (tarefa proposta para a aula de expressão plástica que depois continuaram a realizar na quarta-feira).

A décima regência, que realizámos no dia 13 de dezembro, começou por uma revisão de conteúdos na área da matemática (algoritmo da divisão). Para efetuar esta revisão recorremos à elaboração de uma ficha para os alunos resolverem exercícios, pois o treino e a repetição são fundamentais para aquisição de novos conhecimentos, como defende Ausubel:

o uso de “organizadores avançados”, sumários no final das lições e questionários de revisão funcionam como auxiliares que ajudam a criar expectativas, a sintetizar os novos elementos aprendidos e a integrá-los nos conhecimentos já existentes. (1980:105)

Ao preencherem a ficha constatámos que os alunos tinham compreendido os conteúdos lecionados, e quando não os percebiam esclareciam as suas dúvidas connosco. Entretanto chegou o intervalo da manhã. Os alunos que não conseguiram terminar a ficha levaram-na para trabalho de casa. Durante o exercício, foi proporcionado aos alunos o uso da máquina de calcular na resolução de situações problemáticas, servindo esta como meio auxiliar na verificação dos cálculos realizados pelos alunos (tarefa que

estava planejada para segunda-feira, mas não houve tempo de ser efetuada). O uso da máquina de calcular é sugerido na *Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*, que a considera um auxiliar na resolução de cálculos morosos:

A máquina de calcular não pode deixar de ter lugar no 1.º ciclo, não só pela sua vulgarização, mas sobretudo pela segurança que dá como auxiliar em cálculos morosos e pelas possibilidades de exploração e descoberta que pode permitir quando utilizada com imaginação. (2006:173)

Apesar de concordarmos com o uso da máquina de calcular no 1.º ciclo, pensamos que esta só deve ser utilizada para a verificação dos cálculos, porque ao banalizar o seu uso os alunos correm o risco de perder destreza no cálculo mental e agilidade de raciocínio.

Depois do intervalo da manhã, visto que estávamos a viver a época natalícia, os alunos foram para a biblioteca ouvir contos de Natal, lidos pela bibliotecária.

No período da tarde começamos por lecionar estudo do meio abordando a temática: Serras de Portugal. Depois de analisarmos os conhecimentos dos alunos, explicámos o tema proposto pela professora cooperante através de um PowerPoint.

Seguidamente lecionámos língua portuguesa. Analisámos com as crianças um texto relacionado com as temáticas abordadas em estudo do meio (rios e serras de Portugal) chamado “Lenda da Serra”. Para analisar o texto começámos por fazer para toda a turma uma leitura, seguida pela leitura individual e silenciosa dos alunos, leitura que proporciona além da sua interiorização, a revisão do que já foi lido, para esclarecimento de dúvidas e uma visualização da forma escrita, o que contribui para o aperfeiçoamento ortográfico, preparando os alunos para uma leitura oral inteligente e expressiva, como preconiza Gomes (1991).

A leitura em voz alta também é importante durante o processo de análise textual pois permite ao aluno “o desenvolvimento da compreensão; o aperfeiçoamento da articulação, da entoação e da pronúncia; a aprendizagem de um autocontrolo emocional do aluno frente aos colegas e ao professor”, conforme relembra Gomes (idem, *ibid*).

Depois da análise e a interpretação oral dos textos, passámos para a expressão escrita através de um questionário que permite ao professor avaliar a compreensão dos alunos do texto em questão.

Ainda na área da língua portuguesa, o estudo das regras de pontuação permitiu-nos nesse dia falar sobre o conhecimento explícito da língua. Com a ajuda de um CD interativo, as crianças puderam perceber para que servem os sinais de pontuação e fizeram exercícios sobre o tema.

Depois de lecionar língua portuguesa, passámos para a área de expressão dramática. Preocupámo-nos em interligar esta área com os conteúdos respeitantes ao Conhecimento Explícito da Língua. Criámos assim interdisciplinaridade, sendo esta fundamental no processo ensino-aprendizagem na medida em que esta suscita a articulação entre domínios aparentemente afastados, como defende Pombo:

o estabelecimento de pontes e articulações entre domínios aparentemente afastados [...] enfim, que possibilita alguma economia de esforços e até mesmo uma melhor “gestão de recursos”, por exemplo, no que diz respeito ao controlo de repetições fastidiosas, à análise de dados, à utilização de instrumentos ou à recolha de informações proveniente de diversas disciplinas. (1994:16)

No sentido de consolidarem o que aprenderam, as crianças realizaram uma dramatização sobre o tema das regras de pontuação. Através de um texto dramático, as crianças expuseram a função de cada sinal de pontuação utilizando cartazes com os mesmos.

Começámos então a primeira regência de janeiro pela área de língua portuguesa. Fizemos a leitura e exploração oral e escrita de um texto intitulado “Menino de todas as cores”, com vista à introdução da temática que iria ser abordada em estudo do meio no período da tarde (os continentes e oceanos do mundo). De seguida, relativamente ao conhecimento explícito da língua, abordámos com as crianças o grau superlativo dos adjetivos. Mostrámos aos alunos um cartaz com uma imagem de meninos com estaturas diferentes e as frases que os classificavam. Com este exercício pretendíamos que os alunos classificassem o adjetivo presente em cada frase quanto ao grau.

Depois do intervalo da manhã lecionámos matemática. Este dia centrou-se na leitura e interpretação de dados tais como: Diagrama de Caule e Folhas. Para isso, e de forma a que os alunos compreendessem bem matéria, analisámos exercícios e situações problemáticas.

No período da tarde abordámos a área de estudo do meio. Tendo como tema: os continentes e oceanos fizemos um planisfério no qual as crianças tinham que identificar os mesmos, matéria que serviu também de revisão e deu origem a um diálogo acerca dos continentes e oceanos. No nosso entender, o ato de lecionar só é profícuo se houver um diálogo clarificador entre professores e alunos, “O professor somente poderá ensinar quando aprender e, para isso, é preciso ter conhecimento, que é adquirido com diálogo, troca de experiências e pesquisa científica”¹⁸. Os alunos visualizaram depois um cartaz com os aspetos culturais importantes da Europa Mediterrânica, onde Portugal está inserido.

Na décima terceira regência, 10 de janeiro de 2012, começámos pela área de matemática. A matéria dada centrou-se novamente na leitura e interpretação de dados, mas desta vez nos Gráficos Circulares. Para falar neste subtema, além da resolução de exercícios, fizemos um gráfico circular com os alunos. Através de uma pesquisa feita em casa sobre a costa portuguesa, as crianças organizaram os dados num gráfico circular relativo a alguns aspetos da costa (praias, cabos, dunas, baías), fazendo assim interdisciplinaridade com a matéria que iríamos abordar, após o intervalo da manhã, na área de estudo do meio: aspetos da costa nacional e ação do mar sobre a terra.

Em relação aos aspetos da costa e à ação do mar sobre a terra, interrogámos os alunos sobre os conhecimentos que tinham sobre o assunto, explicando a matéria através do manual. Os alunos puderam também visualizar um cartaz onde através de uma paisagem reconheceram alguns aspetos da costa.

No período da tarde associámos a área de língua portuguesa à área de expressão musical, contando duas lendas às crianças sobre aspetos relacionados com o mar (por exemplo uma lenda explicava como a água do mar ficou salgada). Considerámos pertinente abordar estas lendas visto que na área de estudo do meio tínhamos falado dos aspetos da costa portuguesa e da ação do mar sobre a terra. A diversidade dos tipos de texto trabalhados na aula cria nas crianças uma maior destreza na análise e compreensão dos mesmos, pois as novas situações de leitura permitem o desenvolvimento das capacidades cognitivas, segundo Sim-Sim:

¹⁸ In http://www.educacional.com.br/articulistas/outrosComportamento_artigo.asp?artigo=jucelia001, consultado em 21 de fevereiro de 2012.

o ensino explícito da compreensão de textos tem por objectivo o desenvolvimento de capacidades metacognitivas que permitam ao aluno transferir informação e estratégias aprendidas para novas situações de leitura e facultem a automonitorização da compreensão à medida que se lê um texto. (2007:23)

Nesta sequência, antes de começar a ler as lendas às crianças, criámos um momento de motivação inicial, visto que num processo de ensino/aprendizagem “a motivação deve ser inicial e de desenvolvimento” (Nérici, 1993:2). Mostrámos então aos alunos a “Mala dos Segredos”, mala que continha pistas sobre o tema das lendas (conchas, cana de pesca, areia, água salgada, fotos com uma praia, etc.). Os alunos mostraram grande interesse em escutar a lenda, e fizeram depois uma composição na qual descreviam uma aventura que gostariam de passar no mar. A expressão escrita, como referem Barbeiro e Pereira, permite ao aluno organizar as suas ideias e expô-las de forma clara:

organizar a informação no texto, segundo uma determinada estratégia de desenvolvimento [...] A competência compositiva constitui um campo de tomada de decisões, ao longo de todo o processo de escrita. (2007:18)

Logo de seguida lecionámos expressão musical.

No que se refere à área de expressão musical, procurámos desenvolver nos alunos o gosto e o prazer de cantar através da canção “O mar enrola na areia” (fazendo interdisciplinaridade com a área de estudo do meio). A expressão musical, no nosso ponto de vista, deve acompanhar a criança em todo o seu processo de crescimento adaptando-se, em cada momento, à sua faixa etária e às suas capacidades e interesses. A criança, através da música, pode exprimir os seus sentimentos e libertar muitas vezes emoções que a oprimem adquirindo uma estabilidade que é importante para a afirmação da sua própria identidade, na sociedade em que está inserida.

A criatividade, a exploração e o desenvolvimento das capacidades de memorização e de interpretação de canções são fundamentais para o desenvolvimento psicomotor da criança, devendo assim a criança explorar os seus próprios “instrumentos” musicais. “A prática do canto constitui a base da expressão e educação musical no 1.º ciclo. É uma actividade de síntese na qual se vivem momentos de profunda riqueza e bem-estar,

sendo a voz o instrumento primeiro que as crianças vão explorando”. (*Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*, 2006:67)

Os objetivos planejados para este dia foram conseguidos pela totalidade dos alunos.

Começamos a décima sexta regência pela área de matemática, tendo os alunos através de um CD interativo¹⁹ feito um exercício de revisão sobre os conceitos que adquiriram na aula anterior: reta, semirreta e ângulo.

Logo após o intervalo da manhã lecionamos estudo do meio, focalizando nesta área os seguintes temas: países lusófonos e países de emigração portuguesa. Começamos por dialogar com as crianças sobre os seus conhecimentos prévios acerca dos países lusófonos e países de emigração portuguesa. As crianças demonstraram algum conhecimento sobre o tema do diálogo. De seguida explicamos as razões pelas quais se fala a língua portuguesa em alguns países do mundo. Continuamente, os alunos visualizaram um cartaz (feito por nós), no qual tinham de localizar no mapa do mundo os países lusófonos e colocar a bandeira correspondente a cada um. Dissemos também às crianças que existem países lusófonos que são ao mesmo tempo países de emigração portuguesa. Neste seguimento explicamos aos alunos as razões que levam os portugueses a emigrar e os conceitos de emigração, imigração e migração. Posteriormente visualizaram um cartaz onde tinham de localizar no mapa do mundo os países de emigração portuguesa.

Logo de seguida as crianças fizeram uma ficha de consolidação relativa à matéria dada. Foram também entregues fichas informativas sobre a matéria para as crianças estudarem em casa.

No período da tarde lecionamos língua portuguesa e expressão físico-motora. No que toca a língua portuguesa, pedimos aos alunos para lerem e interpretar um texto, intitulado “Portugal na Europa e no Mundo”, interligado com os temas abordados no estudo do meio.

Relativamente à expressão físico-motora fizemos então uma atividade rítmica e expressiva com as crianças (dança). No nosso ponto de vista, a expressão físico-motora é uma disciplina fundamental para o desenvolvimento global da criança em

¹⁹ “Escola Virtual” (2010). Porto: Porto Editora.

particular na aquisição de destrezas motoras, hábitos e atitudes indispensáveis para uma vida ativa e participativa. Na *Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*, pode ler-se que a atividade física é uma componente inalienável da educação:

A actividade física educativa oferece aos alunos experiências concretas, necessárias às abstrações e operações cognitivas inscritas nos Programas doutras Áreas, preparando os alunos para a sua abordagem ou aplicação. Estas evidências justificam a importância crucial desta Área, no 1.º ciclo, como componente inalienável da Educação. (2006:5)

Desta forma, aproveitando os conhecimentos de uma aluna que frequentava aulas de dança, ensaiámos com a mesma nos momentos em que era possível duas coreografias (de duas músicas populares), para posteriormente ensinar à turma.

No dia seguinte, iniciámos o dia pela área de estudo do meio. Os alunos executaram uma ficha de consolidação relativa ao tema da União Europeia e corrigiram a ficha de consolidação sobre os países lusófonos e países de emigração portuguesa do dia anterior.

De seguida, a partir das 10 da manhã até à hora de almoço, lecionámos língua portuguesa. Os alunos fizeram a leitura e a compreensão oral e escrita de um texto, designado por “História do Senhor Pascoal” interligado com os temas abordados no estudo do meio.

No período da tarde lecionámos matemática, tendo as crianças feito uma ficha de consolidação da matéria dada sobre ângulos e classificação dos mesmos quanto à sua amplitude.

Como acontecera nas semanas anteriores, os alunos atingiram os objetivos propostos, embora não tivéssemos cumprido criteriosamente o horário das atividades escolares, pois a turma era heterogénea e nem todos os tinham o mesmo ritmo de trabalho, sendo necessário prestar apoio individualizado a alguns alunos: “As crianças para se empenharem no que fazem, devem trabalhar de acordo com o seu ritmo e o professor deve organizar métodos de acordo com as suas necessidades”. (Montessori, 1960:32)

Após as regências que descrevemos e outras que entendemos não ser relevante mencionar, passámos, dia 1 de fevereiro de 2012, à 19.ª e última das regências por nós efetuadas na EB1 da Estação. Demos início ao dia com o estudo do meio, tendo revisto

com as crianças os conteúdos anteriormente referidos (aspetos da costa e rios e serras de Portugal), graças a uma ficha de consolidação.

De seguida e ainda antes do intervalo da manhã lecionámos língua portuguesa. Realizámos então com os alunos a leitura e a exploração oral de um texto relacionado com um tema que abordámos em estudo do meio (rios e serras de Portugal). Em relação ao conhecimento explícito da língua realizámos com os alunos o jogo do dominó sobre determinantes e pronomes. Cada peça de dominó era constituída por uma frase que continha um determinante/pronome e pela subclasse do determinante/pronome. As crianças teriam de identificar na frase o determinante/pronome e identificar a sua subclasse. Quando identificavam a subclasse juntavam-na à frase, construindo de uma forma sucessiva um dominó. Gomes (1991:31) salienta que é importante que o professor realize jogos didáticos na área de língua portuguesa, na medida em que permitem, através de utilização de uma dinâmica lúdica, participada e criativa, a consolidação e o alargamento da compreensão e expressão orais e escritas.

No período da tarde lecionámos primeiramente matemática e depois expressão musical.

Em relação à matemática revimos com as crianças, através de uma ficha de consolidação, os múltiplos de um número natural, pois o aperfeiçoamento das aprendizagens está na repetição de exercícios, conforme sublinha Montessori (1960). É importante as crianças realizarem estas fichas na medida em que também se preparam para uma posterior avaliação (avaliação sumativa) e para as provas de aferição.

No que concerne à expressão musical, de forma a desenvolver o gosto e o prazer de cantar nos alunos, as crianças cantaram a canção “Ao passar a ribeirinha” (canção relacionada com a temática abordada a estudo do meio: Rios de Portugal), inventando gestos que acompanhavam a mesma.

Sendo esta a nossa última semana de regência apraz-nos dizer que este estágio foi uma experiência bastante enriquecedora e inesquecível, permitindo-nos perceber a nossa verdadeira vocação. Aprendemos muito com os ensinamentos da professora cooperante e levamos na “bagagem” tudo aquilo que nos foi transmitido para o resto da nossa vida. Foi fantástico o relacionamento e o bom ambiente que se criou tanto com as professoras como com os alunos. A PES que realizámos permitiu-nos refletir sobre as práticas pedagógicas aplicadas e questionarmo-nos sobre as metodologias de trabalho que

melhor se ajustariam aos grupos de crianças que tivemos à nossa responsabilidade. Esta prática foi um contributo indispensável para a nossa formação como futuras professoras/educadoras, capazes de lecionar segundo as teorias aprendidas no plano de estudos do curso, permitindo-nos adaptar a teoria à prática pedagógica efetuada.

Desta forma os locais onde efetuámos a PES (Jardim-de-Infância do Bairro da Luz e EB1 da Estação) foram espaços privilegiados para vivenciar experiências pedagógicas, tendo aperfeiçoado ao longo da prática o nosso método de trabalho com o precioso auxílio da educadora e professora.

Apesar de sentirmos que cumprimos os objetivos a que nos propusemos, temos consciência que ainda temos muito a aprender relativamente à elaboração de planificações e estratégias de ensino. Se é verdade que a planificação auxilia na elaboração de uma sequência lógica das aulas e objetivos a atingir, também é verdade que somos muitas vezes confrontados na sala de aula com comportamentos dos alunos e situações inesperadas em contexto de sala de aula sobre as quais não refletimos anteriormente e que não vão ao encontro do que planificamos. Os alunos são organismos vivos e não seres amorfos, e as suas reações e comportamentos são algo com que devemos saber lidar, adotando estratégias e técnicas de ensino.

Foi, pois, numa perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento profissional que encarámos este percurso, que a Prática Supervisionada constituiu apenas o início.

III CAPÍTULO

3. A PRÁTICA DOS PRIMEIROS SOCORROS

O tema por nós escolhido como matéria de reflexão está relacionado com educação para a saúde (EPS) no 1.º CEB, mais concretamente, como efetuar os primeiros socorros numa turma do 4.º ano do 1.º CEB. Neste capítulo, depois de termos contextualizado o tema, descrevemos a nossa experiência, analisamos e refletimos sobre a maneira como é atualmente feita a prática de primeiros socorros na Europa e em Portugal e fazemos sugestões quanto à forma de desenvolver este tema no âmbito do ensino básico, que poderão servir como base de trabalho pedagógico.

3.1. O conceito de Educação para a Saúde - enquadramento histórico

Nos últimos anos a evolução do conceito de saúde tem sido constante. Saúde que significava apenas a ausência de doença, passou a ser entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”²⁰, um processo em permanente evolução ao longo da vida. O conceito de saúde passou então a ter em consideração as várias dimensões do ser humano: físicas, psíquicas, sociais, económicas, ambientais, culturais.

Da mesma maneira que o conceito de saúde tem vindo a evoluir ao longo do tempo, o mesmo sucede com o conceito de educação para a saúde. Nas últimas décadas do século XX a educação para a saúde passou a ser uma preocupação dos países mais desenvolvidos e de outros em vias de desenvolvimento, estando na origem de uma colaboração internacional que pretende contribuir para o desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de criar redes sustentáveis, inovadoras e convergentes. A escola passou de forma reconhecida a contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar dos alunos, facto que tem vindo a ser corroborado por diversas iniciativas, incluindo as fomentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), os Centros de Controlo e de Prevenção de Doenças (CDC) dos

²⁰ In Noesis nº 81 Abril/Junho 2010, editada pelo Ministério da Educação

Estados Unidos, a União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde (UIPES) e outras.²¹

No que à Europa diz respeito existe uma Plataforma Europeia para a Promoção da Saúde na Escola (da qual Portugal é um dos seus 46 membros) que defende que a promoção da saúde seja parte integrante das políticas de desenvolvimento da educação e da saúde, assistindo-se nos últimos vinte anos à evolução de uma série de estratégias e de programas, com nomes tão diversos como Escolas Promotoras de Saúde, Saúde Escolar Global, Escolas Amigas da Criança e a iniciativa *Focussing Ressource on Effective School Health* (FRESH). Embora diversas, todas estas estratégias têm um fio condutor comum: a abordagem global da escola e o reconhecimento de que todos os aspetos da vida da comunidade escolar são potencialmente importantes para a promoção da saúde. Com estas abordagens, foi-se tornando clara a necessidade de se fazer mais do que apenas dar aulas de educação para a saúde no âmbito dos programas escolares, se quisermos que as escolas desenvolvam todo o seu potencial de promoverem a saúde de todas as crianças e jovens.

Em países como a França, por exemplo, desde há muito que a educação para a saúde figura nos modelos educativos e práticas pedagógicas, sendo não somente obrigatória, como constitui um objetivo educativo a alcançar pelas escolas capaz de contribuir para a autonomia e o sucesso dos alunos, tornando-os capazes de fazer escolhas em consciência e responsabilidade (*La politique éducative de santé à l'École contribue à la réussite de tous élèves [...] Pour que les élèves puissent faire des choix éclairés et responsables*)²².

Em Portugal, a educação para a saúde está consagrada no despacho n.º 12.045/2006, de 7 de junho que refere o protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, para a criação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que constitui o referencial de sistema de saúde para o processo de promoção e educação na escola (ver anexo 2). Pretende-se assim promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa (alunos, educadores de infância, professores, assistentes

²¹ In <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaoosaude/index.php?s=directorio&pid=93>, consultado em 23 de outubro de 2012.

²² In <http://eduscol.education.fr/cid47750/education-a-la-sante.html>, consultado em 24 de outubro de 2012.

operacionais, pais e encarregados de educação) que permita melhorar o nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida. Este programa, quando aplicado nos jardins-de-infância e nas escolas do ensino básico e secundário, tem um papel ativo na gestão dos determinantes de saúde da comunidade educativa, constituindo as equipas de saúde escolar (nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, higienistas, entre outros) a parceria com o sistema educativo para a sua implementação. Desta forma, o PNSE pretende melhorar a saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa com propostas de atividades assentes em duas vertentes: vigilância e proteção da saúde; aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

3.2. A prática dos primeiros socorros numa turma do 1.º ciclo do ensino básico

Durante a PES II que efetuámos na EB1 da Estação constatámos que no projeto de EPS, inserido no projeto educativo da escola, a educação proporcionada aos alunos incidia, frequentemente, em temas como educação alimentar, atividade física, educação sexual ou higiene oral. Foi esse o motivo que nos levou a sensibilizar os alunos para a necessidade de saberem como reagir em caso de pequenos acidentes: hemorragias nasais, queimaduras, feridas, distensões musculares, fraturas ósseas. Aprendizagens que para os alunos, na opinião de Antunes (2008) são “pilares fundamentais do bem-estar individual e comunitário”, além de imprescindíveis ao seu desenvolvimento.

Assim, visando a aquisição de competências e novos conhecimentos na promoção e educação para a saúde, no âmbito da prática de primeiros socorros, realizámos com os alunos algumas atividades para consciencializá-los para a importância de saberem agir em caso de acidente, que atitude e procedimento a seguir quando se confrontam com uma situação de risco, quer para eles quer para os colegas.

Depois de termos definido o tema sobre o qual iríamos falar, e tendo em conta as características da turma, apresentamos o tema nas diferentes áreas curriculares, conforme planificado (cf. apêndice 1), de forma a suscitar o interesse dos alunos, recorreremos aos recursos didáticos utilizados na área da língua portuguesa, estudo do

meio e expressão dramática: leitura e compreensão textual, interrogação oral, manuseamento de material e dramatização de uma situação.

Relativamente à área da língua portuguesa começámos por interrogar as crianças sobre o que se deve fazer para tratar rapidamente uma ferida, como tinha sido a última vez que se magoaram e o que tinham feito para fazer o curativo do ferimento. A maioria colocou prontamente o dedo no ar para dizer que tinham caído da bicicleta, do baloiço do parque, da cadeira, e que para tratar a ferida tinham usado betadine, mercurocromo e água oxigenada. Aproveitámos então as suas respostas como ponto de partida para a análise de um texto relacionado com práticas de primeiros socorros. Para tal retirámos do manual do 4.º ano um texto adaptado de *O Gato Dourado*, de Matilde Rosa Araújo, intitulado “Não dói nada”²³. No texto é contada a história de um menino que se tinha magoado no joelho e o que a mãe tinha feito para lhe curar a ferida. Texto que, embora simplificado na adaptação, utilizando um vocabulário limitado, repetitivo e metafórico nos pareceu apropriado ao tema e aos alunos. A escolha de material didático pertinente constitui um recurso significativo para uma aprendizagem eficaz, além de constituir um meio indispensável no processo de ensino-aprendizagem, como aliás preconiza Andrade para quem: “a utilização de recursos didáticos [...] favorece a autonomia e a motivação do aluno, garantindo uma melhor aquisição de conhecimentos” (1995:37). No texto que reproduzimos na figura 3, além do diálogo entre mãe e filho, vê-se também uma ilustração representativa da cena que é descrita:

²³ Araújo, M. (1985). *O Gato Dourado*. Lisboa: Livros Horizonte.



Oralidade

Quando e como foi a última vez que te magoaste?

Não dói nada

– Dói-te?

O menino estendeu a perna: lá estava o joelho ferido; sobre o joelho, o sangue a magoá-lo.

A mãe quase tinha os olhos vidrados de lágrimas:

– Dói-te?

E debruçava-se ansiosamente sobre o filho.

O menino olhou-a. Doía-lhe aquele joelho, era triste ver o sangue... até já a própria peúga estava ensanguentada. No joelho, na peúga, as gotas de sangue pareciam pétalas de papoula, que aflição. Mas aqueles olhos vidrados, ansiosos da mãe puderam mais que a tristeza desse sangue derramado.

– Dói-te?

– Muito pouco.

– Mas diz, dói-te?

– Não tem importância...

E o sangue a correr do joelho. As mãos não se feriram: foram ao chão mas tinham ficado sobre um tufo de ervas.

O joelho já está lavado. A papoula de sangue foi lavada na água. Com água oxigenada também? A que tem muito daquele oxigénio que ele respira no ar? Já corre outra vez.

E outra papoula, esta de mercurocromo, de vermelho baço, diferente, pega-se-lhe ao joelho.

A mãe põe um penso sobre a "papoula", assim como um selo numa carta que vai para uma viagem. Ou que faz a viagem e traz carimbo.

Sorri. Sorriem ambos.

Já não dói nada!



Figura 3 - Texto “Não Dói Nada” de Matilde Rosa Araújo

Fonte: Manual do 4.º ano, “As Leituras do João”

Terminada a leitura passámos à interpretação oral perguntando aos alunos de que falava o texto e se tinham encontrado vocabulário que desconheciam. Pelas suas respostas verificámos que tinham percebido de forma conveniente o texto em questão, e que o vocabulário lhes era familiar.

Um dos alunos perguntou então: “*Como é que eu faço para curar uma ferida?*”. A partir desta questão e com base no Manual de Primeiros Socorros, elaborado pelo ministério da Educação para as escolas e jardins-de-infância (ver anexo 3), explicámos ao aluno e à turma que era muito importante saber prestar primeiros socorros. Através de imagens relacionadas com o tema, mostrámos que o procedimento a adotar deveria ser o seguinte:

- lavar a ferida com água corrente e sabão (de preferência azul e branco);
- se deitar muito sangue, colocar uma compressa esterilizada sobre a ferida e fazer compressão para estancar o sangue;
- desinfetar a ferida depois de limpa com água corrente e sabão, com água oxigenada ou Betadine;
- tapar a ferida com compressas esterilizadas e adesivo;
- em caso de mal estar, sentar-se ou deitar-se de lado e pedir ajuda.

O que nos permitiu criar um momento de interdisciplinaridade entre a área da língua portuguesa e do estudo do meio, pois procurámos sensibilizar os alunos para a prática de primeiros socorros através do estudo de um texto. Pudemos constatar que a interdisciplinaridade, tal como refere Pombo “promove o cruzamento de saberes disciplinares, que suscita o estabelecimento de pontes e articulações entre domínios aparentemente afastados, a confluência de perspetivas diversificadas para o estudo de problemas concretos”. (1994:16)

Por outro lado verificámos também o interesse dos alunos em manusear os materiais com os quais se prestam primeiros socorros em caso de ferida (compressas, água oxigenada, betadine), interesse que se concretizou quando tratámos do mesmo tema na área do estudo do meio. Nesta área, através de um diálogo com os alunos, realizámos o levantamento das concepções alternativas, ou seja, das “ideias” sobre a temática abordada:

O professor: Sabem o que devem fazer para tratar uma queimadura?

Aluno A: – Devemos colocar um penso.

O professor: – E acham que só colocar um penso vai resolver?

Aluno B: – Eu quando faço uma ferida a minha mãe deita um líquido que arde muito, mas eu não sei como se chama.

O professor: O líquido chama-se Betadine. Vamos então aprender um pouco mais sobre como prestar primeiros socorros a nós próprios e aos vossos colegas em algumas situações. Uma dessas situações pode ser em caso de queimadura.

Seguimos deste modo a sugestão de Menino e Correia (s/d), que defendem que o professor deve tentar perceber os conhecimentos que o aluno já detém em cada uma das matérias que pretende tratar:

o professor tem o dever de procurar conhecer, compreender, e valorizar para decidir o que fazer e como planear as diferentes actividades, ao longo da abordagem do tempo proposto. Estas concepções são construídas pelos alunos a partir do meio que os rodeia, e são essenciais para o processo de construção de “conceitos científicos”, os quais são inseridos sistematicamente no processo de ensino-aprendizagem.

Partindo das concepções alternativas dos alunos e com base num folheto informativo ampliado em cartaz (cf. apêndice 2), para uma boa visualização de todos, explicámos como praticar os primeiros socorros em caso de ferimento, hemorragias nasais e queimaduras.

Para demonstrar outras medidas de primeiros socorros, como por exemplo fraturas ósseas e distensões musculares, recorreremos ao manual “Amiguinhos” do 4.º ano de estudo do meio, que indica o procedimento a seguir em caso de lesões.

Deste modo, e recorrendo à mala de primeiros socorros existente na EB1 da Estação, criámos as condições necessárias para dar início a um simulacro na turma de prestação de primeiros socorros na área de expressão dramática. Desta forma, grupos de dois alunos representaram para a turma algumas situações em que se pode prestar os primeiros socorros (saída de sangue pelo nariz, feridas e queimaduras). Uma criança representava o papel de “doente” e a outra prestava os primeiros socorros. Com o

simulacro permitimos que os alunos aprendessem, através de vivências artísticas, promovendo o seu crescimento saudável a todos os níveis, de forma a que percebessem de uma forma lúdica como podem e devem atuar na prática de primeiros socorros.

Esta experiência de ensino da prática dos primeiros socorros no 1.º CEB, além de ter sido enriquecedora para os alunos, constituiu para nós matéria para uma reflexão sobre a importância que deveria ter no programa curricular a educação para a saúde, pois, de acordo com Mendonça, Pérez e Foguet (1994) devemos procurar as vias mais adequadas para a adoção de comportamentos saudáveis: “Se o estado de saúde está directamente relacionado com os comportamentos das pessoas devemos procurar as vias mais adequadas para promover a adopção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais”. A escola deveria ser, junto com outras instituições, um dos locais privilegiados para a consciencialização do papel preponderante que a educação para a saúde pode ter “para a promoção de comportamentos saudáveis nos futuros cidadãos”, conforme salienta Gomes (2009). Para tal, a formação dos professores do ensino básico deveria contemplar de maneira mais ativa essa vertente do ensino-aprendizagem, pois ao educar para a saúde na escola sensibilizamos “indivíduos em fase de formação física, mental e social que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir hábitos insanos e que são muito mais receptivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos”. (idem, *ibid*)

Essa formação que julgamos necessária pois, tal como connosco aconteceu, durante a nossa PES, nem sempre se pode dispor de um técnico de saúde para a explicação mais pormenorizada sobre o uso adequado dos diferentes componentes necessários aos primeiros socorros, e, como preconiza Andrade (1995), um adulto especializado tem um papel fundamental quer para a motivação dos alunos quer para a relevância dos conteúdos abordados. Sendo assim, durante a nossa PES, procurámos sempre que se proporcionou educar para a saúde, procurámos motivar os alunos através da manipulação e observação da caixa de primeiros socorros, existente na escola, explicando cada um dos materiais indispensáveis à prestação de primeiros socorros. Segundo a *Organização Curricular e Programas do Ensino Básico do 1.º Ciclo*, é através destas atividades de exploração e manipulação que os alunos “irão apreendendo, e integrando progressivamente, o significado dos conceitos”. (2006:102)

Desta forma, a educação para a saúde encontraria na escola um ambiente ainda mais propício à aquisição de saberes práticos para o resto da vida, pondo em prática as recomendações do plano de ação para a segurança infantil em Portugal que tinha como objetivos coordenar, harmonizar e integrar políticas e ações necessárias ao desenvolvimento de um programa de ação nacional para a prevenção e controlo de traumatismos e lesões não intencionais nas crianças e jovens, criando, através da consciencialização dos riscos, ambientes seguros a fim de minimizar os acidentes:

agir antes do acontecimento para evitar o acidente; agir antecipando o que acontece no momento do acidente de forma a limitar os danos/prejuízo; agir após o acidente, rápida e eficazmente de forma a reduzir os danos já causados, ou impedir que aumentem/piorem.²⁴

Foi interessante para nós constatar a mudança de comportamento dos alunos no que à prática dos primeiros socorros diz respeito, uma semana depois, um aluno teve uma hemorragia nasal e foi capaz de imediatamente se socorrer, conseguindo estancar a hemorragia, recorrendo ao procedimento que tinha aprendido durante as aulas.

A prática aqui descrita leva-nos a concluir o que pode ser feito e como, para que o conhecimento adquirido durante as aulas se torne efetivo para as crianças, de modo a que a experiência complete os conhecimentos teóricos que as crianças vão adquirindo durante a sua formação.

²⁴ In http://www.apsi.org.pt/24/pasi_sumario_171207.pdf, consultado em 02 de outubro de 2012.

CONCLUSÃO

Ao longo deste relatório descrevemos os aspetos que consideramos mais relevantes do nosso percurso enquanto estagiários, percurso que nos permitiu tirar ilações em relação às estratégias utilizadas durante o estágio pedagógico. Durante a nossa prática de ensino supervisionada tivemos oportunidade de adotar e rever as estratégias de ensino teoricamente aprendidas ao longo do plano de estudos do curso. Por outro lado pudemos constatar e refletir sobre o que correu bem e mal no estágio pedagógico e planificarmos pormenorizadamente as aulas, de maneira a suprir as nossas falhas. Estas etapas foram essenciais para adquirirmos a competência necessária para nos tornarmos melhores professores e evoluirmos na nossa prática, uma vez que fomos desenvolvendo o nosso sentido crítico.

Com a observação realizada durante a nossa prática de ensino supervisionada verificámos que a tarefa de um educador/professor é árdua e complexa, dele se espera que seja capaz de participar ativamente na formação e crescimento pessoal de cada criança, que seja capaz de lhe transmitir regras de conduta, valores cívicos, conhecimentos e maneiras de estar.

Este estágio pedagógico permitiu-nos o contacto com a realidade educacional, o que consideramos positivo. Conscientes das dificuldades que foram surgindo durante a prática pedagógica, procurámos sempre verificar, quer recolhendo informação, quer pondo em prática, qual seria o método mais eficaz a adotar nas aulas a fim de facilitar a compreensão dos alunos, criando assim um ambiente pedagógico capaz de suscitar o interesse por parte dos alunos. Para isso propusemos sempre atividades diversificadas, tendo em conta a aprendizagem de novos conteúdos, facilitando assim o processo ensino-aprendizagem.

A prática de ensino supervisionada foi também para nós um motivo de reflexão sobre a importância atribuída às diversas áreas curriculares que constituem o conhecimento a adquirir pelos alunos, facto que nos levou a constatar que nas escolas onde efetuámos o nosso estágio, a educação para a saúde, embora prevista nas *Orientações Curriculares*, não tem merecido a atenção que julgamos ser necessária, entendemos por isso que seria

do interesse dos alunos sensibilizá-los para a importância de saber agir em caso de pequenos incidentes ocorridos quer no interior da escola quer fora dela. Por essa razão, introduzimos o tema “Como praticar primeiros socorros numa turma do 1.º CEB” e sempre que possível, sobre este tema, criámos interdisciplinaridade com as diversas áreas curriculares, nomeadamente estudo do meio e língua portuguesa. Ao longo da nossa experiência pedagógica pudemos constatar que os alunos se mostraram motivados sempre que estiveram confrontados com a prática e não apenas com a aquisição de saberes teóricos, observação que se estende a todas as matérias que nos foi possível lecionar, tendo em conta as *Orientações Curriculares* que servem de referência para os educadores e professores dos eninos pré-escolar e 1.º CEB.

O resultado obtido, da prática dos primeiros socorros, e o interesse manifestado pelos alunos, leva-nos a concluir que seria positivo incluir mais frequentemente o ensino da prática dos primeiros socorros, na medida em que tal prática constitui um contributo importante na formação pessoal de cada um de nós.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, I. e. (1991). *Ideias e histórias - contributos para uma educação participada*. Lisboa: Ministério da Educação- Instituto de Inovação Educacional.
- Alarcão, I., et al (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Andrade, M. (1995). *Educação para a Saúde - Guia para professores e educadores*. Lisboa: Texto Editores
- Antunes, F. et al (1996). *O jogo didático na aula de história*. Lisboa: Associação de Professores de História.
- Antunes, M. (2008). *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina
- Arends, R. (1995). *Aprender a Ensinar*. Lisboa: MacGraw-Hill.
- Arribas, T. (2004). *Educação Infantil: desenvolvimento, currículo e organização escolar*. Porto Alegre: Artmed.
- Ausubel, D. et al (1980). *Psicologia Educacional*. s/l: Interamericana.
- Barbeiro, L.; Pereira, L. (2007). *O Ensino da Escrita: A Dimensão Textual*. Lisboa:
- Bidarra, M. G. (1998). *Psicologia Pedagógica*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Borràs, L. (2001). *Os Docentes do 1.º e 2.º Ciclo do Ensino Básico (Vol. 2)*. Setúbal: Marina Editores.
- Costa, T. et al (2007). *O Conhecimento da Língua: desenvolver a consciência fonológica*. Lisboa: Ministério da Educação- Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Ediciones, P. (2002). *Manual de Educação Infantil (Vols. 1, 2, 3)*. Amadora: Marina Editores.
- Gomes, A. et al (1991). *Guia do Professor de Língua Portuguesa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Gomes, P. (1969). *Dicionário de Escritores do Distrito da Guarda*. Guarda: Edição do Autor.
- Gomes, J.P. (2009). *As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde escolar*. Porto Alegre.
- Gonçalves, I. (2008). *Avaliação em Educação de Infância - das concepções às práticas*. s/l: Editorial novembro.
- Hohmann, M.; Weikart, D. (2007). *Educar a criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kamii, C. (1986). *A criança e o número*. Campinas: Ed. Papirus.
- Krechevsky, M. (2001). *Avaliação em educação infantil, vol. 3*. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, R. (2004). *Motivar os professores: Estratégias de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Editorial Presença.
- Martins, I. et al (2009). *Despertar para a Ciência- Atividades dos 3 aos 6*. Lisboa: Ministério da Educação
- Mendoza, R.; Pérez, M.; Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Menino, H.L.; Correia, S.O. (s/d). *Concepções alternativas e idéias das crianças acerca do sistema reprodutor humano e reprodução*. Revista Educação & Comunicação, n. 4.
- Mialaret, G. (1975). *A Aprendizagem da Matemática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ministério da Educação (2001). *Currículo Nacional do Ensino Básico - Competências Essenciais*. Lisboa: Departamento do Ensino Básico.
- Ministério da Educação (2006). *Organização Curricular e Programas do 1.º Ciclo*. Lisboa: Departamento do Ensino Básico.
- Ministério da Educação (2007). *Legislação para Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Departamento da Educação Básica e Núcleo de Educação Pré-Escolar.
- Ministério da Educação (2007). *Orientações Curriculares para Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Departamento da Educação Básica e Núcleo de Educação Pré-Escolar.

- Monteiro, J.; Paiva, M. (2006). *As Leituras do João*. Manual de Língua Portuguesa do 4.º ano. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Montessori, M. (1960). *A Criança*. Lisboa: Portugália Editora.
- Nérici, I. (1993). *Didática: uma introdução*. São Paulo: Atlas.
- Oliveira, S.S. (2005). *Concepções alternativas e ensino de biologia: como utilizar estratégias diferenciadas na formação inicial de licenciados*. Revista Educar, nº26, Curitiba: UFPR.
- Pimenta, S.; Lima, M. (2004). *Estágio e Docência* (2.ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Pombo, O. et al (1994). *A interdisciplinaridade - Reflexão e Experiência*. Lisboa: Texto Editora.
- Ponte, J. (s/d). *As TIC no início da escolaridade: perspectivas para a formação inicial de professores*. Lisboa: Departamento de Educação da Faculdade de Ciências - Universidade de Lisboa.
- Ponte, J. et al (2008). *Programa de Matemática do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Raposo, N. (1993). *Alguns aspectos da obra de João de Deus Ramos*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus
- Reis, C. et al (2009). *Programas de Português do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Educação - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
- Rocha, A.; Lago, C.; Linhares, M. (2005). *Amiguinhos*. Manual de Estudo do Meio do 4.º ano. Lisboa: Texto Editores.
- Roldão, M. (2004). *Estudo do Meio no 1.º ciclo – Fundamentos e Estratégias*. Lisboa: Texto Editores
- Sim-Sim, I. (2007). *O ensino da Leitura- A compreensão de textos*. Lisboa: Ministério da Educação
- Sim-Sim et al (2008). *Linguagem e Comunicação no Jardim-de-Infância*. Lisboa: Ministério da Educação
- Zabalza, M. (1998). *Qualidade de Educação Infantil*. Porto Alegre: Artmed.

Legislação consultada

Decreto-lei n.º 115-A/98, de 4 de maio, art.º 5, 1), do Ministério da Educação, publicado no Diário da República (I Série – A), n.º 102, de 4 de maio de 1998.

Decreto-lei n.º 5/1997, de 10 de fevereiro, Lei-Quadro de Educação Pré-escolar, da LBSE, do Ministério da Educação, publicado no Diário da República (I Série – A), n.º 34, de 10 de fevereiro de 1997.

Despacho n.º 12.045/2006, do Ministério da Educação, publicado no Diário da República (II Série), n.º 110, de 7 de Junho de 2006.

Despacho n.º 13 313/2003, do Ministério da Educação, publicado no Diário da República (II Série), n.º 155, de 8 de julho de 2003.

Despacho Normativo n.º 1/2005, ponto 40, alínea a), de 5 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo Despacho Normativo n.º 14/2011, de 18 de novembro, do Ministério da Educação e Ciência, Gabinete da Secretária de Estado do Ensino Básico e Secundário, publicado no Diário da República (II Série), n.º 222, de 18 de novembro de 2011.

Despacho Normativo n.º 1/2005, ponto 54, alínea a), do Ministério da Educação, publicado no Diário da República (II Série – B), n.º 3, de 5 de janeiro de 2005.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Planificação da regência sobre os Primeiros Socorros



Agrupamento de Escolas de S. Miguel



Instituto Politécnico da Guarda

Plano de Aula

| | |
|--|---|
| Professores Orientadores: Elisabete Brito | Professora Cooperante: Filomena Pereira |
| Professor Estagiário: Joana Casalta | Data: 31/10/2011 |
| Local de Estágio: Escola Básica da Estação (a professora está a leccionar na escola C+S de São Miguel) | Ano de Escolaridade: 4º ano |

| Área | Competências | Descritores de Desempenho | Conteúdos | Recursos | Avaliação |
|--|---|--|--|----------------------------|--|
| Língua Portuguesa Tempo: 09:00 – 10:30 | <p><u>Compressão oral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Compreender discursos padrão de acordo com contextos e situações <p><u>Expressão oral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Expressar-se oralmente em Português - padrão <p><u>Leitura:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sistematizar os processos de decifração do material lido <p><u>Expressão escrita:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Dominar as técnicas - | <ul style="list-style-type: none"> Saber ouvir Alargar e enriquecer o vocabulário activo Reconhecer as estruturas base da sintaxe Exercer as suas competências comunicativas para interpelar, reflectir e opinar. Falar de forma clara e audível Intervir na aula com sentido de oportunidade e conveniência. Fazer leitura silenciosa Ler com clareza e entoação em voz alta Localizar, no texto, a informação pretendida Pesquisar, de forma orientada, assuntos previamente | <p>Texto narrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Instruções, indicações Informação essencial e acessória Ideia principal Regras e papéis de interacção oral Seleção e organização da informação <p>Frase e Constituintes da frase:</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupo nominal e grupo verbal Expansão e redução de frases | <p>Texto, Cartazes</p> | <p>Observação directa do trabalho diário</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | <p>base da escrita</p> <p><u>Conhecimento explícito da Língua (CEL):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver a consciência do uso das competências linguísticas como instrumentos | <p>seleccionados</p> <ul style="list-style-type: none"> Ser capaz de tomar a iniciativa de ler Escrever legivelmente Aplicar correctamente o vocabulário activo Aplicar as noções gramaticais aprendidas Utilizar a forma escrita nas suas diversas situações Manipular palavras (ou grupos de palavras) em frases: <ul style="list-style-type: none"> Expandir e reduzir elementos Explicitar regras e procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> Identificar os constituintes principais da frase Identificar e classificar os constituintes principais da frase | | | |
| <p>Matemática 11:00 – 12:00</p> | <p>Predisposição para procurar e explorar padrões numéricos e não matemáticas e gosto por investigar relações numéricas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Reconhecer múltiplos de um número natural. Saber explicar oralmente e representar por escrito os diversos passos seguidos para fazer cálculos. | <p>Múltiplos de um número natural</p> | <p>Exercícios, Cartazes</p> | <p>Observação directa do trabalho diário</p> |
| <p>Estudo do Meio 14:00 – 15:00</p> | <p>Preservar a saúde e segurança do seu corpo de acordo com o conhecimento</p> | <ul style="list-style-type: none"> Conhecer algumas regras de primeiros socorros Conhecer e aplicar algumas regras a ter em conta nos casos de queimaduras, saída de sangue | <p>Regras de primeiros socorros</p> | <p>Folheto, mala de primeiros</p> | <p>Observação directa do trabalho diário</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| | que tem das suas capacidades e limitações | pelo nariz, fracturas ósseas e distensões musculares | | socorros | |
| Expressão dramática 15:00 – 16:00 | Dramatizar situações relacionadas com a matéria abordada em E.M. | <ul style="list-style-type: none"> • Relacionar-se e comunicar com os outros. • Explorar diferentes formas e atitudes corporais. • Explorar maneiras pessoais de desenvolver o movimento. • Explorar diferentes tipos de emissão sonora • Aliar gestos e movimentos ao som • Realizar improvisações a partir de histórias ou situações simples. • Participar na criação oral de histórias. | Realização de um simulacro | Mala de primeiros socorros | Observação directa do trabalho diário |
| <p>Processo de operacionalização:</p> <p><u>Língua Portuguesa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leitura e exploração oral de um texto com vista à introdução da temática que irá ser abordada em E.M. (regras de primeiros socorros) - Interpretação do texto através de exercícios de aplicação - Análise do funcionamento da língua através da observação de um cartaz relativo à frase (extensão e redução) e aos seus elementos constituintes - Exercícios de consolidação alusivos à matéria dada <p><u>Matemática:</u></p> | | | | | |

- Explicação do conceito de múltiplo
- Realização em conjunto de um exercício de motivação para a abordagem da matéria a ser leccionada (os múltiplos)
- Identificação de múltiplos de um número natural: realização de exercícios
- Marcar os múltiplos de um número em tabelas numéricas
- Exercícios de consolidação da matéria dada

Estudo do Meio:

- Diálogo com as crianças sobre os seus conhecimentos referentes aos primeiros socorros
- Visionamento da mala de primeiros socorros e aquilo que ela contém
- Explicação através de um folheto ampliado em A3 sobre regras a ter em conta no caso de queimaduras, feridas e saída de sangue pelo nariz tendo em conta a utilização de alguns materiais da mala de primeiros socorros

-

Simulacro na sala de aula de uma ferida, queimadura e saída de sangue pelo nariz como consolidação dos conhecimentos adquiridos

Bibliografia utilizada:

Monteiro, J.; Paiva, M.(2006). *As leituras do João*.Vila Nova de Gaia: Gailivro

Gregório, M. et all. (2011). *Segredos dos números 4*. Lisboa: Lisboa Editora

Webgrafia:

<http://www.coolkids.guarda.pt/content/regras-de-primeiros-socorros>

<http://www.slideshare.net/guestb6a2d74/estudo-do-meio-regras-de-primeiros-socorros>

<http://www.coladaweb.com/educacao-fisica/primeiros-socorros>

http://www.min-edu.pt/data/manual_primeiros_socorros.pdf

<http://pt.scribd.com/doc/3890135/Manual-de-Primeiros-Socorros-Ministerio-da-Saude>

<http://www.imaginologia.com.br/extra/upload%20publico%20geral/Manual-de-Primeiros-Socorros.pdf>

Apêndice 2 – Folheto Informativo sobre os primeiros socorros

Queimaduras

Como podem acontecer?

Existem várias situações que podem provocar queimaduras, desde:

- Pegar em paredes quentes;



- Brincar com fogo;

- E até mesmo queimaduras provocadas pela excessiva exposição ao sol (na praia por exemplo).



Que devo fazer se me queimar?

Deves:

- Passar a queimadura imediatamente por água.
- Aplicar compressas ou toalhas frias, molhadas em água.
- Colocar cubos de gelo dentro de um saco de plástico depois fechá-lo, aplicar sobre a queimadura.
- Se fizer bolha, deixá-la exposta ao ar e não rebentar a mesma.
- Beber muitos líquidos, água, sumos naturais.

Um acidente é sempre inesperado e pode ser grave!

Agora também tu já podes ajudar em situação de emergência!



Elaborado por: Joana Inês Peres Casalta

Escola EBI da Estação

Turma 4º B



**PRIMEIROS
SOCORROS**

**Porque todos podemos
necessitar deles!**



Estojo Primeiros Socorros

Nos locais de trabalho, escolas, centros comerciais, deve existir, **obrigatoriamente**, material de primeiros socorros guardado em caixas ou armários protegidos do calor e humidade, em local de fácil acesso. A caixa deve ser revista regularmente, com vista à substituição do material inutilizável.



Material que a mala de Primeiros Socorros deve ter:

- Tesouras, Pinças;
- Gaze, compressas;
- Ligaduras elásticas, pensos adesivos;
- Betadine, Água oxigenada, Álcool;
- Luvas;
- Sabão líquido ou sabão azul;



Saída de sangue pelo nariz (Epistaxis)



Porque acontece??

- Exercício físico excessivo;
- Elevadas temperaturas;
- Muito tempo de exposição ao sol;

O que deves fazer:

- Acalmar a pessoa;
- Sentar a pessoa num local calmo, fora da exposição solar de preferência fresco;
- Se possível, aplicar gelo ou compressas frias, externamente ao nariz.
- Comprimir a narina que sangra, alguns minutos (entre 5 a 10 minutos).
- Se a hemorragia não parar, aplicar um tampão de modo a que a narina fique preenchida internamente.



Feridas

• Deve-se lavar a ferida com água corrente e sabão (de preferência azul e branco).



• Se deitar muito sangue, coloca uma compressa esterilizada sobre a ferida e faz compressão para estancar o sangue.

• Desinfecta a ferida depois de limpa com água corrente e sabão, com água oxigenada ou Betadine.



• Tapa a ferida com compressas esterilizadas e adesivo.

• Se te sentires mal-disposto, senta-te ou deita-te de lado e pede ajuda ou socorro.

**Assunto: PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR****Nº: 7/DSE****DATA: 29/06/06****Para: Administrações Regionais de Saúde e todos os Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde****Contacto na DGS: Divisão de Saúde Escolar – Dr.ª Gregória Paixão von Amann**

Por Despacho de Sua Excelência o Senhor Alto-Comissário da Saúde, publicado no Diário da República n.º 110, de 7 de Junho de 2006 foi aprovado o **Programa Nacional de Saúde Escolar** destinado aos profissionais e estruturas do Serviço Nacional de Saúde e seus utilizadores, o qual se transcreve:

Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série)

«Ao Alto Comissariado da Saúde, como serviço de coordenação intraministerial, compete, no âmbito da missão, bem como das atribuições que lhe estão legalmente cometidas, a coordenação, articulação das políticas públicas de preparação e execução do Plano Nacional de Saúde e de programas específicos de âmbito nacional.

Os objectivos que se pretendem alcançar com os programas em apreciação e os ganhos em saúde neles previstos revelam-se da maior importância para a implementação do Plano Nacional de Saúde.

*Assim, nos termos da alínea e) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, publicado no Diário da República, I série-B, n.º 153, de 10 de Agosto de 2005, e ao abrigo da alínea b) do n.º 3 da delegação de competências conferida pelo despacho do Ministro da Saúde n.º 4680/2006 (2.ª série), de 9 de Janeiro, publicado no Diário da República, II.ª série, n.º 40, de 24 de Fevereiro de 2006, aprovo o **Programa Nacional de Saúde Escolar**»*

Face ao Despacho acima transcrito, a presente Circular Normativa divulga o **Programa Nacional de Saúde Escolar** aprovado, o qual se encontra disponível na página *web* da Direcção-Geral da Saúde <http://www.dgs.pt/>, para constituir Norma no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. O Programa será complementado, sempre que oportuno, por orientações técnicas a emitir por esta Direcção-Geral.

O Director-Geral da Saúde

Francisco George



Saúde Escolar

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR

Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série)
Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho

Ministério da Saúde



Direção-Geral da Saúde

Divisão de Saúde Escolar

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR

Índice

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| 1. Enquadramento | 3 |
| 2. Programa Nacional de Saúde Escolar | 6 |
| 3. População-alvo | 7 |
| 4. Finalidades | 7 |
| 5. Organização | 8 |
| 6. Áreas de Intervenção do Programa | 9 |
| 6.1. Saúde individual e colectiva | 10 |
| 6.2. Inclusão escolar | 11 |
| 6.3. Ambiente escolar | 13 |
| 6.4. Estilos de vida | 15 |
| 7. Projectos | 18 |
| 8. Avaliação do Programa Nacional de Saúde Escolar | 20 |
| 9. Formação | 21 |
| 10. Saúde Escolar no Jardim-de-infância, Ensino Básico e Secundário | 22 |
| 11. Disposições finais | 24 |
| Referências Bibliográficas | 25 |
| Agradecimentos | 28 |

«A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as ‘peças’ do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, ‘equipamento’ para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental (estradas, locais de trabalho, praias mais seguras), serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes».

(Constantino Sakellarides. *in* Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde. 1999)

«Um programa de saúde escolar efectivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde».

(Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS. Abril 2000)

1. Enquadramento

Em Portugal, a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes¹.

Até 1971, o Ministério da Educação organizou a intervenção médica na escola através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionados para actividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a, porém, aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra.

Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objectivos, mas utilizando metodologias distintas. Em 1993, os Centros de Medicina Pedagógica foram extintos, tendo os seus profissionais sido integrados, em 2002, nos quadros das Administrações Regionais de Saúde.

Desde 2002², é o Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar, competindo a sua implementação, no território nacional, aos Centros de Saúde. A orientação técnico-normativa tem sido, até agora, o Programa-tipo de Saúde Escolar, aprovado em 1995³ e vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar.

Entretanto, mudanças significativas ocorreram nos sistemas de saúde e de educação: novas estratégias, novas formas de gestão, novas orgânicas em ambos os Ministérios. Assim, impõem-se novas formas de operacionalizar a Saúde Escolar e de avaliar o seu impacto, tendo sempre em conta que a Escola deve continuar a ser a grande promotora da saúde.

No Sistema Educativo, novos desafios se colocam: a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia.

No Sistema de Saúde, foi aprovado o *Plano Nacional de Saúde (2004-2010)*⁴ (PNS), em que são definidas prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com o objectivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo.

A estratégia de implementação do Plano passa por uma abordagem dos determinantes da saúde, através de programas nacionais, desenvolvidos nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e estudam, em colaboração com os múltiplos sectores que contribuem para a saúde.

O ***Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre factores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida***⁵ inscreve-se no PNS e visa *reduzir a prevalência dos factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida*. As actividades que preconiza deverão ser orientadas para determinantes da saúde, como *a alimentação, a actividade física e a gestão do stress* e os factores de risco como *o tabaco e o álcool*, entre outros, a abordar de forma integrada, intersectorial e multidisciplinar, onde a articulação com o sector da educação é indispensável.

No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em ***Health for all***⁶, estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, e os serviços de saúde *um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização*.

A meta 13 do documento *Health for all* prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-infância e 95% das que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde. Mais, define ***Escola Promotora da Saúde*** (EPS) como aquela que *inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar*.

Uma Escola Promotora da Saúde assenta em três vertentes – currículo, ambiente e interacção escola/família/meio – e orienta-se por 10 princípios⁷, organizados em cinco dimensões, considerando-se a sua implementação efectivada quando os processos forem assumidos pelos sectores da saúde e da educação, podendo envolver outros parceiros institucionais.

O desenvolvimento destas vertentes e a implementação destes princípios permitem capacitar os jovens para intervir na mudança e conduzem ao exercício pleno da cidadania, pelo que deve ser uma prioridade de todos os governos.

Todas as escolas deverão ser promotoras da saúde. No entanto, uma escola que pretenda integrar a ***Rede de Escolas Promotoras da Saúde*** deverá distinguir-se pela inovação, cultura de desenvolvimento individual e organizacional, bem como pela implementação efectiva dos princípios e das práticas da promoção da saúde, devendo, para isso, criar mecanismos de avaliação do processo.

Portugal integra a *Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde* desde 1994, tendo iniciado a sua actividade com uma experiência piloto que, em 1997, os Ministérios da Saúde e da Educação decidiram alargar, criando condições, nomeadamente, legislação^{8,9} e estruturas de apoio, para que os profissionais de saúde e de educação pudessem assumir a promoção da saúde na escola como um investimento capaz de se traduzir em ganhos em saúde. Em Fevereiro de 2006 os Ministros da Educação e da Saúde reafirmaram, através da assinatura de um Protocolo, o compromisso de incrementar modelos de parceria para a implementação dos princípios das escolas promotoras da saúde.

A 4.^a Conferência Ministerial sobre *Ambiente e Saúde*, na sua Declaração final¹⁰ e no subsequente Plano de Acção *Ambientes Saudáveis para as Crianças*¹¹, assume uma outra área de preocupação emergente: a influência da qualidade do ambiente na saúde das crianças e dos jovens. Viver num ambiente limpo e saudável é um direito humano fundamental, sendo por isso necessário informar e educar para a construção de um futuro sustentável para todos¹².

Por seu turno a Conferência Ministerial sobre *Saúde Mental*, na *Declaração para a Europa*¹³, que produziu, reconhece a promoção da saúde e a prevenção das doenças mentais como uma prioridade. O *Plano de Acção*¹⁴, que consubstancia a sua implementação, propõe acções de combate ao estigma e à discriminação, actividades para os estádios mais vulneráveis do ciclo de vida, especialmente na infância e na adolescência, inseridas em estratégias de longo prazo, com benefícios para o indivíduo, as sociedades e os sistemas de saúde.

A família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes. Uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, desde as decisões sobre o projecto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação¹⁵.

A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos.

2. Programa Nacional de Saúde Escolar

A realidade da saúde escolar tem-se modificado. Hoje, ao mesmo tempo que recriamos as áreas existentes, assistimos à emergência de novos desafios, pelo que urge adequar o Programa a essa realidade, sem receio de perdermos a nossa identidade.

A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos. Os estudos de avaliação do custo-efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã^{16,17,18}.

A efectividade e sustentabilidade das intervenções de saúde escolar dependem da integração da promoção da saúde no currículo. Na escola, os determinantes da saúde, citados anteriormente, estão inseridos nas orientações curriculares do Pré-escolar¹⁹, do Ensino Básico Obrigatório²⁰ e do Ensino Secundário²¹, devendo ser desenvolvidos de forma transversal ao longo de toda a escolaridade. As áreas curriculares não disciplinares, inseridas no âmbito da Formação Pessoal e Social, e que incluem a 'Área Projecto', o 'Estudo Acompanhado' e a 'Formação Cívica', podem ser um espaço privilegiado para o desenvolvimento de projectos de promoção e educação para a saúde^{22,23}. O sucesso da saúde escolar é o sucesso da promoção da saúde na escola, quando o trabalho dos intervenientes no processo for complementar²⁴.

A todos os níveis, temos de criar consensos e parcerias sólidas, que advoguem um trabalho em rede e permitam organizar equipas multiprofissionais responsáveis pela implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar. Esta aliança deverá incluir as Associações de Pais, as Autarquias, a Segurança Social, as Organizações Não Governamentais e todos os sectores da sociedade que trabalham com crianças e jovens e se preocupam em que as escolas sejam cada vez mais promotoras da saúde.

As estratégias do **Programa Nacional de Saúde Escolar** (PNSE) inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. No desenvolvimento destas actividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel activo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa.

O PNSE é o referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, consubstancia-se num conjunto de estratégias ou *Agenda de Saúde Escolar*, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil.

Ao nível local, o trabalho de parceria Escola - Centro de Saúde assenta numa metodologia de projecto e numa abordagem salutogénica da promoção da saúde²⁵.

A gestão eficaz do PNSE implica avaliação sistemática: avaliação quantitativa das áreas de intervenção do Programa e avaliação da efectividade e estudo de casos, que traduzirão apreciações qualitativas dos projectos de promoção da saúde desenvolvidos nas escolas.

3. População-Alvo

O PNSE destina-se a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar.

Por comunidade educativa entende-se: educadores de infância, professores, auxiliares de acção educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais.

O Programa Nacional de Saúde Escolar desenvolve-se nos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Educação, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, bem como noutros estabelecimentos cuja população seja considerada mais vulnerável ou de risco acrescido e, sempre que os recursos humanos o permitam, nos estabelecimentos de ensino cooperativo e/ou particular.

4. Finalidades

O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a promoção e protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados. O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

5. Organização

A *nível nacional*, o PNSE é coordenado pelo Alto-Comissário da Saúde, competindo à Direcção-Geral a sua orientação técnica e a articulação com o Ministério da Educação, com vista a uma crescente capacitação das escolas para a promoção da saúde.

À Divisão de Saúde Escolar cabe a implementação e a avaliação do Programa.

O acompanhamento do PNSE será realizado por uma Comissão Técnico-Científica, constituída pelo responsável do Programa na Direcção-Geral da Saúde, os responsáveis regionais do Programa e os parceiros considerados pertinentes.

O PNSE está aberto à participação das Regiões Autónomas. No caso de o decidirem implementar, os seus representantes a designar pelos membros do governo que tutelam a área da saúde, terão assento na Comissão Técnico-Científica.

A *nível regional*, o PNSE é coordenado pelo responsável regional do Programa, designado pela Administração Regional de Saúde, e/ou pelo Centro Regional de Saúde Pública, que integra a Comissão Técnico-Científica de Acompanhamento referida.

Ao *nível local*, ou seja, do Centro de Saúde ou dos agrupamentos de Centros de Saúde, a criar, é o Órgão de Direcção o responsável pela implementação dos programas de saúde, que pode nomear um coordenador do PNSE, a quem competirá a operacionalização e avaliação.

Para dar resposta às escolas e à comunidade educativa da sua zona de atracção, serão constituídas as *equipas nucleares de saúde escolar* necessárias.

A equipa nuclear de saúde escolar deverá ser composta por médico e enfermeiro, na base de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos, a distribuir de acordo com as actividades de cada técnico. Na medida do possível, os dois elementos da equipa deverão dispor de igual número de horas semanais. Se isso não acontecer, para o cálculo do número de alunos a abranger deverá considerar-se o maior número de horas disponível.

Cada Centro de Saúde e extensão, tendo em conta os profissionais disponíveis, pode propor um sistema de retribuição que permita ajustar as horas necessárias à execução das actividades do PNSE, em regime de horário acrescido ou horas extraordinárias, de acordo com a legislação em vigor.

No modelo organizativo das Unidades de Saúde Familiar (USF) a saúde escolar pode constar na carteira adicional de serviços a desenvolver pelo grupo.

Os outros profissionais do Centro de Saúde, tais como o higienista oral, técnico de saúde ambiental, técnico de serviço social, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, administrativo ou outro, devem integrar a equipa de saúde escolar, sendo as suas horas quantificadas para além do rácio da equipa nuclear.

Os projectos de promoção da saúde prioritários que exijam recursos materiais e/ou humanos adicionais deverão ser orçamentados e contratualizados, por proposta do Órgão de Gestão do Centro de Saúde, tendo por base uma carteira de serviços-tipo, definidos nacionalmente e adaptados localmente.

O apoio de uma equipa de Saúde Escolar a Instituições particulares ou cooperativas pode, também, ser alvo de acordo ou de contratualização.

Todas as actividades de saúde escolar, desenvolvidas localmente, integram o Plano de Actividades do Centro de Saúde, devendo as acções de promoção da saúde do PNSE inserir-se igualmente no Projecto Educativo da Escola, o que implica um envolvimento do seu Órgão de Gestão.

6. Áreas de Intervenção do Programa

Hoje, é reconhecida a importância dos espaços da vida diária no padrão de saúde dos indivíduos. Na escola, trabalhar para a obtenção de ganhos em saúde implica combinar estratégias de mudança pessoais e ambientais que atinjam o maior número possível de indivíduos, numa perspectiva de equidade.

O Programa Nacional de Saúde Escolar, na senda das finalidades que se propõe atingir, desenha uma estratégia de intervenção global, organizada numa *Agenda da Saúde Escolar* que contempla:

- 1. A Saúde individual e colectiva;***
- 2. A Inclusão escolar;***
- 3. O Ambiente escolar;***
- 4. Os Estilos de vida.***

Só uma intervenção integrada nestas quatro áreas prioritárias nos permite afirmar que o programa de saúde escolar está a ser desenvolvido na escola, e só este modelo é quantificado para efeito de avaliação.

Descrevem-se de seguida os conteúdos programáticos de cada uma das áreas.

6.1. Saúde individual e colectiva

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância da saúde das crianças e dos jovens é da responsabilidade do Médico de Família ou do Médico Assistente, encontrando-se esta intervenção de natureza personalizada bem definida no Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil²⁶. Aos profissionais envolvidos compete realizar o exame de saúde, preencher a Ficha de Ligação Médico Assistente - Saúde Escolar e remetê-la para a equipa de saúde escolar do Centro de Saúde.

Uma abordagem holística da saúde aumenta o bem-estar e reduz o risco de doença nas crianças e nos adolescentes. Para isso, a escola tem de propiciar aos alunos a expressão e a comunicação, laços de afecto com as pessoas e o meio, participação, responsabilização e vontade de saber; aos professores e auxiliares de acção educativa oferecerá trabalho de equipa, formação adequada às necessidades e espaços de debate e de tolerância.

O insucesso escolar, associado ou não a problemas *minor* de saúde mental, aumenta o risco de comportamentos anti-sociais, delinquência, abuso de consumo de substâncias nocivas, gravidez na adolescência, etc. Ao invés, o envolvimento da escola numa prática pedagógica e num desenvolvimento social e emocional dos seus elementos aumenta a assiduidade, a produtividade e o acesso adequado a serviços de saúde²⁷.

A escola, a par de poder ser um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens, no seu desenvolvimento académico e emocional, competindo à saúde escolar zelar pela sua saúde física e mental

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as actividades dirigidas à saúde individual e colectiva visam:

- Monitorizar a realização do Exame Global de Saúde (EGS) nas idades-chave, definidas pelo Programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil:
 - Aos 5-6 anos (realização do exame físico, avaliação do desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor, da visão, da audição, da boca e dentes, da postura e da linguagem);
 - Aos 11-13 anos (avaliação dos parâmetros anteriores mais o estágio pubertário);
- Gerir a Ficha de Ligação Médico Assistente – Saúde Escolar;

- Avaliar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV)²⁸ de toda a comunidade educativa, nomeadamente:
 - Alunos que completem 6 e 13 anos;
 - Professores, educadores e auxiliares de acção educativa;
- Promover o cumprimento da legislação de Evicção Escolar²⁹;
- Promover a saúde mental na escola, através da implementação de projectos que visem:
 - Desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos;
 - Criar um clima de escola amigável;
 - Combater o abandono e a exclusão escolar;
 - Identificar as crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais;
 - Promover a equidade entre alunos (sexo, etnia, religião, classe socioeconómica, etc.).
- Articular com a rede de serviços de saúde, públicos e privados, com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detectados;
- Articular com os representantes da saúde nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

A promoção da saúde mental e prevenção das perturbações comportamentais serão complementadas com orientações técnicas para as equipas de saúde escolar, a elaborar com a Saúde Mental e a emitir pela Direcção-Geral da Saúde.

6.2. Inclusão escolar

Do ponto de vista educativo, *Escola Para Todos* ou *Escola Inclusiva* é aquela onde todos os alunos devem aprender juntos, independentemente das deficiências, dificuldades, diferenças ou necessidades específicas que apresentem³⁰.

A diversidade é encarada como um factor de enriquecimento e de desenvolvimento.

A inclusão desafia a mudança, estimula a flexibilidade das relações e a redistribuição dos recursos, com vista ao seu mais correcto aproveitamento, estimula o trabalho em equipa e o

envolvimento de toda a escola, dos pais e encarregados de educação, da comunidade e dos diferentes serviços³¹.

Uma **Escola Inclusiva** deverá adoptar práticas pedagógicas diferenciadas, centradas na cooperação, envolver todas as crianças, aceitar as diferenças e apoiar as aprendizagens, respondendo, assim, às necessidades individuais.

O Ministério da Educação define **Necessidades Educativas Especiais** (NEE)³² de carácter prolongado como as que decorrem de graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação, resultantes da interacção entre factores ambientais (físicos, sociais e atitudinais) e limitações acentuadas ao nível do funcionamento em um ou mais dos seguintes domínios: sensorial (audição e visão), motor, cognitivo, fala, linguagem e comunicação, emocional e personalidade e saúde física.

As crianças e os jovens deverão ter a oportunidade de viver numa escola que seja um espaço diversificado de aprendizagem e de saúde para todas.

Em Saúde Escolar, consideram-se **Necessidades de Saúde Especiais** (NSE)³³ as que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem.

Nem todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) têm Necessidades de Saúde Especiais (NSE), sendo a recíproca igualmente verdadeira.

A Equipa de Saúde Escolar é a interface entre a escola e os serviços de saúde. Por isso, sempre que se detecte uma criança ou um jovem com problemas de saúde física ou mental passíveis de afectar as suas aprendizagens, a saúde escolar deve designar um profissional da equipa para fazer o seu acompanhamento, conjuntamente com a educação, e mobilizar os recursos de saúde necessários para apoiar a sua inclusão escolar.

Este profissional da equipa de saúde escolar reúne e analisa toda a informação de saúde do aluno, quer ela provenha dos pais, dos professores, do médico assistente, ou de outros. Ao mesmo tempo, face às NSE do aluno, propõe as recomendações de saúde e as adaptações escolares, tendo em conta a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, na qual a funcionalidade de um indivíduo, num domínio específico, é uma interacção ou relação complexa entre a condição de saúde e os factores contextuais.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as actividades de apoio à inclusão escolar de crianças com NSE deverão ser dirigidas para:

- Avaliar as situações de saúde, doença ou incapacidade, referenciadas pela escola e a eventual necessidade de encaminhamento;
- Elaborar o «*Plano de Saúde Individual*» (PSI) das crianças com NSE e propor a inclusão das recomendações de saúde no «*Programa Educativo Individual*» (PEI), cuja gestão compete a um docente de apoio de educação especial;
- Gerir as situações de doença ou incapacidade, no espaço escolar, em estreita ligação com os pais/encarregados de educação e o médico de família/médico assistente da criança;
- Apoiar as equipas de intervenção precoce dos Jardins-de-infância, no acompanhamento de crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento;
- Participar na equipa pluridisciplinar que elabora o *Perfil de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* das crianças com NSE, de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)³⁴ da OMS;
- Acompanhar a concretização do PEI e participar na sua avaliação.

Salienta-se, também, a importância de valorizar e dar prioridade à população jovem que frequenta os Centros de Formação Profissional e as Instituições de Apoio à Deficiência Física, Mental e Sensorial. É fundamental promover a elaboração de materiais de apoio especialmente adaptados às necessidades deste grupo, contribuindo para melhorar aí conhecimentos e comportamentos de saúde.

O apoio à inclusão escolar de crianças com NSE será complementado com orientações técnicas para as equipas de saúde escolar, a emitir pela Direcção-Geral da Saúde.

6.3. Ambiente escolar

A evidência científica tem demonstrado que existe uma relação entre a qualidade do ambiente e a saúde das crianças^{35,36,37,38}.

As principais ameaças à saúde das crianças advêm de deficientes condições de vida básicas, tais como a poluição do ar interior e exterior³⁹, a água insalubre⁴⁰, os alimentos inseguros, o saneamento básico impróprio⁴¹, as construções inadequadas, mas também os deficientes sistemas de mobilidade e transportes^{42,43,44}, o ruído, os produtos químicos^{45,46} e os campos electromagnéticos, entre outros^{47,48}.

O impacto destas situações ambientais faz-se sentir sobretudo na saúde das crianças, especialmente antes dos 6 anos de idade. Os membros mais vulneráveis de uma sociedade não deverão pagar o preço da incapacidade dessa mesma sociedade em os proteger dos riscos do meio ambiente.

A escola, na procura permanente de um *ambiente mais saudável para as crianças*, deverá assegurar saneamento básico, água de qualidade, ambiente de suporte à actividade física e à mobilidade segura, ar interior e exterior livres de poluição, assim como reduzir a exposição das crianças aos riscos físicos, químicos e biológicos⁴⁹.

Uma forma de conhecer a vulnerabilidade das instalações, dos equipamentos e dos espaços onde as crianças brincam e circulam é através da identificação dos riscos no ambiente escolar, com o objectivo de os corrigir ou eliminar. Este procedimento implica um diagnóstico de situação com propostas de correcção e o envolvimento das entidades responsáveis pelos estabelecimentos de educação e ensino, na adopção de soluções.

Os projectos e actividades, relacionadas com a comunidade educativa e os riscos do ambiente na saúde, deverão apelar à participação dos jovens nos processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de acções que contribuam para um ambiente saudável e sustentável, através da partilha de boas práticas e de um trabalho em rede^{50,51}.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as actividades de apoio à promoção de um ambiente seguro e saudável deverão ser dirigidas para:

- Conscientizar a comunidade educativa para a vulnerabilidade das crianças face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, nomeadamente: poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, químicos perigosos, radiações e campos electromagnéticos, entre outros, e as formas de os reduzir;
- Envolver os jovens nos projectos de Educação para o Ambiente e a Saúde;
- Promover a Segurança e contribuir para Prevenir os Acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho, quer eles ocorram na escola, no espaço periescolar ou no espaço de jogo e recreio;
- Monitorizar os acidentes ocorridos na escola e no espaço periescolar;
- Avaliar as condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino, incluindo cantinas, bares e bufetes e espaços de jogo e recreio, com

os Serviços de Saúde Pública, envolvendo o órgão de gestão da escola e toda a comunidade educativa, as autarquias, as associações de pais, forças de segurança, protecção civil e bombeiros.

A promoção da segurança e prevenção dos acidentes em meio escolar e periescolar será complementada com orientações técnicas, a emitir pela Direcção-Geral da Saúde, que incluirão um novo modelo de *Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino* e o respectivo manual de utilizador do formulário electrónico para preenchimento através da página *web* da DGS.

6.4. Estilos de vida

Os estilos de vida são *um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida*⁵.

O estudo da OMS, *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), que se realiza de 4 em 4 anos, faz um diagnóstico dos comportamentos de saúde dos adolescentes de 11, 13 e 15 anos de 35 países. Portugal integrou a rede de investigação no ano lectivo 1995/96 e participou no respectivo estudo, assim como no que foi realizado em 2001/2002. Ambos os trabalhos se encontram publicados^{52,53}.

Atendendo a que todos os países participantes utilizam o mesmo questionário, os dados do estudo internacional permitem comparar conhecimentos e comportamentos, tendo em conta o contexto da vida familiar, escolar e relacional, assim como realizar estudos de tendência e correlacionar os principais determinantes da saúde com o género⁵⁴.

Esta e outras fontes científicas fornecem informação credível, que poderá servir de base para novas intervenções de promoção da saúde na escola^{55,56,57}.

Ao longo dos anos, vários modelos explicativos das mudanças comportamentais foram adoptados. Em termos gerais, pretendem identificar os determinantes comportamentais e a influência relativa dos diferentes processos cognitivos e afectivos na adopção dos comportamentos⁵⁸.

Até agora, o papel desempenhado pelos profissionais de saúde na promoção de estilos de vida saudáveis tem-se traduzido em intervenções estratégicas de mudança, dirigidas ao indivíduo e ao grupo, no sentido da alteração do(s) factor(es) de risco.

No futuro, a questão principal da promoção da saúde coloca-se na forma como a comunidade educativa desenvolve as suas *potencialidades salutogénicas* e responde positivamente às exigências de um ambiente em constante mutação, isto é, como cria e mantém na escola um *ambiente estimulante de criatividade e sentido crítico como suporte para a saúde*.

O Projecto Educativo da Escola/Agrupamento, enquanto instrumento de trabalho integrador das preocupações da escola e da comunidade, pode e deve incorporar todas as actividades educativas que concorram para a promoção e educação para a saúde⁵⁹.

Nesta perspectiva, é desejável que os estabelecimentos de educação e ensino olhem para os alunos como parceiros, com potencialidades e responsabilidades a desenvolver, para que sejam eles próprios agentes activos da mudança, cabendo à escola adoptar práticas pedagógicas diferenciadas.

Na escola, o trabalho de *promoção da saúde* com os alunos tem como ponto de partida '*o que eles sabem*' e '*o que eles podem fazer*' para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e actuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Neste processo, os alicerces são as '*forças*' de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania.

Dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde.

As estratégias que a Escola adopta devem permitir criar sinergias com o ambiente social, assegurar respostas adequadas às necessidades e aos problemas diagnosticados, promover a participação do Centro de Saúde e dos outros sectores da comunidade no desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde⁶⁰.

Uma Escola Promotora da Saúde oferece oportunidades, mas também requer compromissos que favoreçam a saúde: ao mesmo tempo que se propõe criar os meios para que todos os que nela vivem e trabalham possam melhorar a sua saúde física e mental, exige o investimento dos seus órgãos directivos em boas relações internas e externas, em métodos de ensino participados e aprendizagens activas.

Nesta perspectiva, tendo em consideração o papel de suporte que a equipa de saúde escolar desempenha no desenvolvimento do currículo de educação para a saúde, os objectivos da intervenção na escola são os determinantes da saúde, sejam eles de natureza individual ou social, isto é, a '*salutogénese*'.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis são:

- 1. Saúde mental;*
- 2. Saúde oral;*
- 3. Alimentação saudável;*
- 4. Actividade física;*
- 5. Ambiente e saúde;*
- 6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes;*
- 7. Saúde sexual e reprodutiva;*
- 8. Educação para o consumo.*

A adopção dos princípios e das práticas das Escolas Promotoras da Saúde na vida diária da escola ajuda, indiscutivelmente, à promoção e consolidação de estilos de vida mais saudáveis.

No entanto, alguns determinantes da saúde exigem o desenvolvimento de **programas de prevenção**. Assim como a promoção da saúde, a prevenção de determinados comportamentos de risco deve ter em conta a investigação que está na base do problema seleccionado e ter como referência não só o alvo de actuação, que inclui o indivíduo, os pares, a família, a escola, a comunidade e o meio, mas também as estratégias para a sua implementação.

Numa abordagem mais tradicional dos comportamentos de risco, o objectivo da intervenção é a sua causa específica, a *'patogénese'* do problema. A questão principal coloca-se na forma de evitar, reparar e/ou atenuar os factores de risco específicos.

Hoje, na prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, a prioridade deverá ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas. Os objectivos são a promoção da autonomia e da responsabilização dos jovens, e a sua operacionalização implica, geralmente, qualquer actividade realizada no sentido de reduzir as possibilidades ou adiar o início do consumo de uma substância.

A investigação permite hoje afirmar que: as abordagens compreensivas são mais efectivas; quando o enfoque é colocado na redução dos riscos e envolve a comunidade, a intervenção tem um impacto maior; os projectos direccionados para os factores de risco e adequados aos grupos etários são mais eficazes. Uma prevenção eficaz do consumo de drogas inicia-se com uma boa saúde mental, promoção de competências pessoais e sociais e intervenção ao nível da prevenção do tabagismo e do abuso de álcool⁶¹.

A chave para o sucesso da prevenção dos comportamentos de risco encontra-se na promoção do controlo voluntário do impulso de consumir substâncias nocivas⁶² e na intervenção grupal e social neste domínio.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco são:

- 1. Consumo de substâncias lícitas: tabaco, álcool e utilização indevida de medicamentos;*
- 2. Consumo de substâncias ilícitas;*
- 3. Doenças transmissíveis, incluindo IST/VIH/SIDA;*
- 4. Violência em meio escolar, incluindo bullying e comportamentos autodestrutivos.*

A Direcção-Geral da Saúde produzirá orientações técnicas para a elaboração de projectos nestas áreas, que estarão disponíveis, também, na página *web* da Direcção-Geral da Saúde:

<http://www.dgs.pt/>

7. Projectos

O planeamento em saúde é um auxiliar fundamental da tomada de decisão, que permite a racionalização dos recursos de saúde com equidade e eficiência. Enquanto processo administrativo, preconiza a realização do diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção das estratégias e preparação operacional dos programas⁶³.

Ao nível local, os projectos que emergem do PNSE terão em conta as prioridades nacionais para as áreas de promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos nocivos; orientar-se-ão para apoiar os currículos, trabalhar acontecimentos de saúde relevantes, devendo as acções ser dirigidas para as práticas da escola e dos alunos e para as suas necessidades.

Os projectos de promoção da saúde exigem planeamento de longo prazo e devem ser sucintos, exequíveis, participados em todas as etapas do seu desenvolvimento, avaliados no final de cada ano lectivo e incluir sempre a gestão da sua qualidade. O desenho dos mesmos deverá obedecer a uma *‘metodologia de projecto’* e seguir as seguintes etapas do processo⁶⁴:

- Identificação do(s) problema(s)
 - Caracterizar a gravidade do problema, tendo em conta que a ‘realidade’ é um todo complexo, logo os dados devem ser de diversas origens (saúde, habitação, educação, actividades económicas, etc.) e poder ser comparáveis;

- O diagnóstico local deve permitir desenhar uma intervenção baseada nos dados recolhidos, nos recursos existentes, disponíveis e potenciais;
- Existindo mais do que um problema, avaliar a dimensão de cada um deles, em termos de frequência e gravidade, e ponderar a adesão da comunidade, seleccionando o que for considerado prioritário e exequível por todos os parceiros.
- Identificação dos objectivos
 - Os objectivos deverão corresponder às alterações que se querem promover. Pode ser um grande objectivo que indica o sentido da mudança, quantificando-a, ou traduzir momentos de mudança;
 - Os objectivos deverão ser explicitados em termos de espaço e de tempo, assim como de destinatários.
- Selecção de actividades
 - Nas actividades a realizar os alunos deverão ser considerados como sujeitos-actores do processo educativo, terão de ser contempladas as cinco dimensões das escolas promotoras da saúde - organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária - e ter-se-á em conta que o trabalho se deverá desenvolver em rede intersectorial;
 - Para cada actividade, é importante especificar as tarefas necessárias à sua realização cabal e as pessoas que a executarão.
 - Elaborar o cronograma das actividades é indispensável.
- Preparação de um orçamento para o projecto.
- Organização do trabalho dos indivíduos, dos grupos e dos serviços
 - Saber ‘quem lidera o projecto’, ‘quem é o responsável por quem’, e ‘quem deve consultar quem’.
- Avaliação do projecto.
 - Por cada objectivo, listar os principais indicadores a recolher, as pessoas que efectuam o registo e tratam os dados.
 - **A avaliação da efectividade dos projectos** de promoção da saúde deverá pôr em evidência o processo e os resultados, considerando, nomeadamente:
 - * Em que medida o projecto teve a participação da comunidade educativa, contribuiu para a mudança das políticas da escola e teve controlo de custos (dimensão organizacional);
 - * Em que medida o projecto desenvolveu uma abordagem holística do tema e melhorou as práticas da escola (dimensão curricular);

- * Em que medida tornou o ambiente escolar mais seguro e saudável (dimensão ecológica);
- * Em que medida melhorou o relacionamento intra e interpessoal na escola (dimensão psicossocial);
- * Em que medida o projecto estabeleceu uma boa articulação com a comunidade extra-escolar (dimensão comunitária);
- * Em que medida o projecto aumentou as competências em saúde de alunos, pais e professores e evidencia ganhos em saúde (indicadores de saúde positiva).

A utilização da metodologia de projectos irá permitir às equipas de saúde escolar desenvolver a sua intervenção, adaptando-a a cada comunidade educativa, ao mesmo tempo que a envolve desde a sua concepção até ao momento da avaliação⁶⁵.

8. Avaliação do Programa Nacional de Saúde Escolar

As actividades do programa de saúde escolar devem ser executadas ao longo de cada ano escolar, sendo a avaliação quantitativa e qualitativa.

A avaliação quantitativa resume as actividades, os programas e os projectos desenvolvidos. Os dados recolhidos deverão ser transcritos para os suportes de informação normalizados, preenchidos ao nível local e regional e remetidos para a DGS anualmente (até 31 de Dezembro do ano lectivo a que a avaliação se refere).

Assim, os indicadores de avaliação do programa são:

- Percentagem de Centros de Saúde com Programa de Saúde Escolar
- Profissionais envolvidos e horas atribuídas para saúde escolar
- Taxa de cobertura por SE dos Jardins-de-infância, Escolas do Ensino Básico e Secundário
- Taxa de cobertura por SE dos alunos do Jardim-de-infância, 1.º, 2.º, 3.º Ciclos E. B e Sec.
- Taxa de cobertura por SE dos educadores de infância e auxiliares de acção educativa no Jardim-de-infância
- Taxa de cobertura por SE dos professores e auxiliares de acção educativa do E. B e Secundário
- Percentagem de alunos com Exame Global de Saúde aos 6 e aos 13 anos de idade
- Percentagem de alunos com PNV actualizado no Jardim-de-infância, aos 6 e aos 13 anos

- Percentagem de alunos com NSE, por grau de ensino, encaminhados, tratados e/ou em tratamento
- Percentagem de Jardins-de-infância/Escolas avaliadas quanto à Segurança, Higiene e Saúde
- Percentagem de estabelecimentos de educação e ensino com boas condições de Segurança, Higiene e Saúde nos diferentes espaços
- Número de acidentes ocorridos na escola, tratados e mortais
- Número de Jardins-de-infância e Escolas com projectos de promoção da saúde por tema (saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, segurança, educação para o consumo, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar)
- Número de alunos abrangidos por projectos de promoção da saúde por tema (saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, segurança, educação para o consumo, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar)
- Número de professores/educadores/auxiliares de acção educativa/pais abrangidos por projectos de promoção da saúde por tema (saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, segurança, educação para o consumo, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar)

A avaliação da qualidade, para o nível nacional, será feita através de auditorias, questionários, análise de projectos e *case study*.

A Circular Normativa n.º 1/DSE, de 12/02/01, ***Avaliação em Saúde Escolar: Suportes de Informação e normas de preenchimento*** e a respectiva Ficha serão actualizadas de acordo com as orientações técnicas do PNSE, e incluirão a avaliação quantitativa do Programa e da efectividade dos projectos.

9. Formação

Implementar e dar visibilidade ao trabalho de Saúde Escolar implica um reforço na formação dos profissionais. É necessário que os profissionais de saúde e educação adquiram novas competências ou competências complementares, que lhes permitam uma crescente capacitação para a promoção de estilos de vida saudáveis na escola.

O processo que preconizamos começa com a *formação pré-graduada* de todos os profissionais (de saúde e de educação, nas faculdades, institutos, escolas superiores de enfermagem, escolas superiores de educação) que venham a ter um papel activo na promoção e educação para a saúde na comunidade.

Ao longo da vida, através da *formação pós-graduada* aos profissionais de educação e saúde, devem continuar a ser fornecidos bons alicerces teóricos que sirvam de base à promoção da saúde e à prevenção das doenças, sempre que possível, em conjunto e acreditada.

Para isso, há que valorizar as semelhanças e as diferenças, melhorar a comunicação, aferir conceitos e métodos, identificar em conjunto as necessidades de cada parceiro e agilizar a articulação entre serviços para uma boa execução das actividades do PNSE.

As *equipas de saúde escolar* têm um papel fundamental na sensibilização e reforço das competências dos outros técnicos de saúde, dos pais, dos educadores e dos professores. Na escola, os agentes da promoção da saúde devem ter conhecimentos sobre os determinantes da saúde e as suas consequências na vida de cada um e na sociedade em geral.

Para educadores, professores e profissionais de saúde, o desafio que se coloca é o desenvolvimento e a utilização de abordagens inovadoras do ensino e aprendizagem, para agirem de forma activa nos domínios da promoção da saúde na escola, tendo sempre em conta o papel dos próprios alunos na implementação da mesma.

Por isso, deve ser dada prioridade a novas áreas de formação como as metodologias de intervenção activas-participativas, o trabalho inter pares, e a promoção de competências pessoais e sociais, pelo potencial de comunicação interpessoal que promovem na escola.

A Direcção-Geral da Saúde usará todos os seus mecanismos de influências junto das instituições de ensino superior, com respeito pela liberdade de construção dos seus currículos, para a valorização da saúde escolar e da promoção da saúde, enquanto dimensão inevitável do desenvolvimento pessoal e social, da conceptualização da criança e do jovem como agentes activos da saúde e da importância da articulação com a educação, em sentido estrito⁶⁶.

Em parceria com instituições de ensino superior, a Direcção-Geral da Saúde dará corpo a uma *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Saúde Escolar*, para que a acção dos profissionais de saúde escolar possa ser transformada em objecto de análise crítica e reflexiva⁶⁷.

10. Saúde Escolar no Jardim-de-infância, Ensino Básico e Secundário

Ao longo do ciclo de vida e no ambiente escolar, as necessidades das crianças e dos jovens vão-se tornando cada vez mais complexas e exigentes, e o processo de intervenção da saúde escolar vai-se também modificando. Para que haja estabilidade na aquisição de comportamentos positivos, os temas deverão ser revisitados várias vezes ao longo do processo de escolarização, de uma forma progressiva, cada vez mais ampla e aprofundada, numa verdadeira abordagem curricular em espiral. Por isso, a educação e a saúde devem dar prioridade a projectos de ‘longo curso’, desenhados em conjunto e que utilizem estratégias de ensino-aprendizagem eficazes.

A par de um conjunto de actividades obrigatórias, em função do nível de escolaridade, há projectos de promoção da saúde prioritários, no âmbito do PNSE, que terão de ser desenvolvidos no Jardim-de-infância até ao final do Ensino Secundário.

| Actividades obrigatórias | Jardim-de-infância | 1.º Ciclo do EB | 2.º e 3.º Ciclos do EB | Ensino Secundário |
|---|--------------------|-----------------|------------------------|-------------------|
| Monitorização do Exame Global de Saúde (EGS) | | 5-6 Anos | 13 Anos | |
| Monitorização do cumprimento do PNV | √ | 6 Anos | 13 Anos | |
| Cumprimento da legislação de Evicção Escolar. | √ | √ | √ | √ |
| Apoio à Inclusão Escolar de Crianças e Jovens com NSE | √ | √ | √ | √ |
| Monitorização dos Acidentes | √ | √ | √ | √ |
| Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde | √ | √ | √ | √ |
| Projectos Prioritários de Promoção da Saúde | Jardim-de-infância | 1º Ciclo do EB | 2.º e 3.º Ciclos do EB | Ensino Secundário |
| 1. Saúde Mental* | √ | √ | √ | √ |
| 2. Saúde Oral** | √ | √ | √ | |
| 3. Alimentação Saudável | √ | √ | √ | √ |
| 4. Actividade Física | √ | √ | √ | √ |
| 5. Educação para o Ambiente e a Saúde | √ | √ | √ | √ |
| 6. Promoção da Segurança e Prevenção dos Acidentes | √ | √ | √ | √ |
| 7. Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção das DT | √ | √ | √ | √ |
| 8. Prevenção do Consumo de Substâncias Lícitas | √ | √ | √ | √ |
| 9. Prevenção do Consumo de Substâncias Ilícitas | √ | √ | √ | √ |
| 10. Prevenção da Violência Escolar e do <i>Bullying</i> | √ | √ | √ | √ |
| 11. Educação para o Consumo | √ | √ | √ | √ |

*Os projectos de Promoção da Saúde Mental baseiam-se no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, aumento da resiliência, promoção da auto-estima e da autonomia e visam prevenir comportamentos de risco.

**Os Projectos de Promoção da Saúde Oral, para os jardins-de-infância e escolas do ensino básico, deverão dar consecução às orientações técnicas já aprovadas através da Circular Normativa n.º 1/DSE, de 18.01.05, e que fazem parte integrante do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral⁶⁸

11. Disposições Finais

Dos conteúdos deste programa será dado conhecimento às estruturas do Ministério da Educação, nomeadamente à Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, à Segurança Social, às Autarquias, às Associações e Pais, entre outros, competindo às equipas de saúde escolar apresentá-lo e discuti-lo com toda a comunidade educativa, para que o trabalho conjunto da saúde e da educação seja uma realidade, reforçada pela partilha de saberes e competências.

A saúde é uma co-responsabilização social, em que todos os sectores estão implicados quando as suas actividades têm impacto sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos.

Os vários parceiros de intervenção, venham eles a ser protagonistas directos ou indirectos em programas de saúde na escola, deverão articular-se com as equipas de saúde escolar. Por isso, é fundamental que adquiram sensibilidade para a promoção da saúde na escola e que a formação seja o mais abrangente possível.

É revogada a Circular Normativa n.º 13/DSE, de 10/08/95: Saúde Escolar - Programa-tipo, da Direcção-Geral da Saúde.

***«Cada criança e jovem da Europa tem o direito e deve ter a oportunidade
de ser educado numa escola promotora da saúde»***

Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde. Resolução da 1.ª Conferência.
Grécia. 1997

Referências Bibliográficas

- ¹ Gomes-Pedro JC; Pina AC; Correia EV, Santos JLC; Magro MM. Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar. Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). Lisboa 1990
- ² Decreto-lei n.º 210/2001 de 28 de Julho, Publicado no Diário da Republica n.º 174 – I.ª Série A
- ³ Circular Normativa. N.º13/DSE de 10/08/95. Programa-tipo de Saúde Escolar. DGS. 1995
- ⁴ Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas. Julho de 2004. <http://www.dgs.pt/>
- ⁵ Despacho n.º 1916/2004 (2ª série). Publicado no Diário da Republica n.º 33 de 28 de Janeiro – II.ª Série
- ⁶ OMS. Health 21. Health for all in the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999.
- ⁷ European Network of Health Promoting Schools: Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde. Brochura Edição OMS, PES e MS. 1999
- ⁸ Ministérios da Educação e da Saúde. Despacho Conjunto n.º 271/98, de 15-4, publicado no Diário da Republica n.º 164, II.ª série
- ⁹ Ministérios da Educação e da Saúde. Despacho conjunto n.º 734/2000, de 18 de Julho, publicado no Diário da Republica n.º 88, II.ª série
- ¹⁰ WHO. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, Hungary, 23-25 June 2004. Declaration. EUR/04/5046267/6. Disponível em <http://www.euro.who.int/budapest2004>
- ¹¹ WHO. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, Hungary, 23-25 June 2004. Children Environment and Health Action Plan for Europe. EUR/04/5046267/7.
- ¹² WHO Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. Budapest, Hungary, 23-25 June 2004. ‘the future of our children’ Youth Declaration.
- ¹³ WHO. European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Mental Health Declaration for Europe. Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. EUR/04/5047810/6. Disponível em <http://www.who.dk/mentalhealth2005>
- ¹⁴ WHO. European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Mental Health Plan for Europe Helsinki, Finland, 12-15 January 2005. EUR/04/5047810/7
- ¹⁵ Carneiro MR. Saúde Escolar. Diferentes olhares e contributos. Família e Escola. Comunicação apresentada no IV Mestrado de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Lisboa. 14.Maio de 2005
- ¹⁶ L. St.Leger and D.Nutbeam. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. A report for the European Commission by the International Union for health Promotion and Education. Part two: evidence book. chapter 10. The Context for Health Promotion in Schools: 2000.
- ¹⁷ Thesenvitz J. Supporting Comprehensive Workplace Health Promotion in Ontario Project. Effectiveness of Workplace health Promotion. The Health Communication unit at the Centre for health Promotion University of Toronto. March 2003
- ¹⁸ Stewart Brown, S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and specifically, what is the effectiveness of health promoting school approach? Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe (Health evidence network report); <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, accessed 1 March 2006
- ¹⁹ Ministério da Educação. DEB. NEP-E. Orientações Curriculares para a educação pré-escolar. Setembro de 1997.
- ²⁰ Ministério da Educação. DEB. Organização Curricular e Programas do Ensino Básico – 1.º Ciclo. Editorial do Ministério da Educação. Maio de 2001. 3.ª Edição.
- ²¹ Ministério da Educação. DEB. Currículo Nacional do Ensino Básico. Competências essenciais. Setembro de 2001
- ²² Ministério da Educação. Decreto-lei n.º6/2001 de 18 de Janeiro. Aprova a reorganização curricular do ensino básico. Diário da republica n.º 15. Pagina 258 e seguinte e Anexos.

-
- ²³ Ministério da Educação. Decreto-lei n.º7/2001 de 18 de Janeiro. Aprova a reorganização curricular do ensino secundário. Diário da República n.º 15. Página 265 e seguinte e Anexos
- ²⁴ The evidence of health Promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Evidence Book. Part two.
- ²⁵ Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 1993.
- ²⁶ Orientação Técnica n.º 12. Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de Actuação. DGS. Lisboa 2002.
- ²⁷ Jané-Llopis, E.& Anderson, P. *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe*. Radboud: University Nijmegen, 2005. Disponível em <http://www.imhpa.net>
- ²⁸ Despacho n.º 4570/2005 (2ª série). Publicado no Diário da República n.º 43 de 2 de Março – II.ª Série
- ²⁹ Decreto Regulamentar n.º 3/95 de 27 de Janeiro. Publicado no Diário da República n.º 23 de 27-1-1995. – I.ª Série B
- ³⁰ European Agency for Development in Special Needs Key principles for special needs education. Recommendations for policy makers, 2003. Também disponível em www.european-agency.org
- ³¹ Lombardi T. *Inclusion better education for all students*. Bloomington, Phi Delta Kappa Educational Foundation, 1999.
- ³² Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica. Observatório dos Apoios Educativos. Relatório 2003/2003. Núcleo de Orientação Educativa e Educação Especial. Dezembro de 2003. Disponível em <http://www.min-edu.pt/>
- ³³ Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar. Inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais: Orientações para as equipas de saúde escolar. Documento de trabalho ainda não publicado.
- ³⁴ Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Deliberação n.º 10/2003, publicada no Diário da República n.º 5 de 7 de Janeiro de 2003. II.ª Série. Disponível em <http://www.dgs.pt/>
- ³⁵ Comissão das Comunidades Europeias. Uma Estratégia Europeia de Ambiente e Saúde. Comunicado da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu e ao Comité económico e social europeu. Bruxelas. 11.6.2003 (COM 2003) 338 Final. Disponível em http://www.europa.eu.int/comm/environment/health/index_en.htm
- ³⁶ Committee on Environmental Health. American Academy of Pediatrics. *Pediatric Environmental Health*. 2nd Edition, 2003
- ³⁷ World Health Organization. Regional Office for Europe. *Children's health and environment: a review of evidence*. Environmental issue report. N.º29. European Environment Agency, Copenhagen, 2002.
- ³⁸ Hill, Zelee. *Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence*. World Health Organization, Geneva 2004
- ³⁹ World Health Organization. *Health Aspects of air pollution: results from the WHO project "Systematic review of health aspects of air pollution in Europe"*. WHO, June 2004
- ⁴⁰ World Health Organization. *The right to water*. WHO Library, 2003
- ⁴¹ Chelala, César. *Impacto del ambiente sobre la salud infantil*. Organización Panamericana de la salud. 1999
- ⁴² THE PEP. *Transport, health and Environmentt Pan-European Programme. Transport-related health effects with a particular focus on children. Towards an Integrated Assessment of their Costs and Benefits. State of the Art Knowledge, Methodological Aspects and Policy Directions*. Transnational project and workshop Series os Austria, France, Malta, The Netherlands, Sweden and Switzerland.
- ⁴³ Ministry of the environment. Environmental Protection Agency of Denmark. *Roads to healthier traffic*. Environmental Essays , n.º 24, 2004
- ⁴⁴ Raciopi F, Eriksson L, Tingvall C, Villaveces A. *Preventing road traffic injury. A public health perspective for Europe*. WHO, 2004.
- ⁴⁵ Damstra T, Barlow S, Bergman A, Kavlock R, Kraak G. *Global assessment of the state of the Science of Endocrine Disruptors*. International Programme on Chemical Safety. WHO/PCS/EDC/02.
- ⁴⁶ FAO. UNEP. WHO. *Childhood Pesticide Poisoning. Information for advocacy and action*. May 2004

-
- ⁴⁷ World Health Organization. Environmental Health Indicators for Europe. A pilot indicator-based report. WHO Europe, June 2004
- ⁴⁸ Gordon B, Mackay R, Rehfuess E. Inheriting the World: The Atlas of Children's Health and Environment. WHO, 2004
- ⁴⁹ WHO. UNESCO. UNICEF. EDC. World Bank Education International. The Physical School Environment. An Essential Component of a Health-Promoting School. Information series on school health. Document 2. WHO 2003.
- ⁵⁰ Jensen BB, Simovska V, Larsen N, Holm LG. Young people want to be part of the answer. Young Minds as an educational approach to involve schools and students in national environment and health action plans. The European Network of Health Promoting Schools. January 2005
- ⁵¹ Simovska V, Jensen BB. Young-minds.net/lessons learnt. Students participation, action and cross-cultural collaboration in a virtual classroom. Danish university of Education Press. 1st edition, 2003. www.dpb.dpu.dk
- ⁵² Matos MG; Simões C, Carvalhosa, SF, Reis, C, Canha, L. E Saúde dos adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da rede Europeia HBSC/OMS (1998). Aventura Social & Saúde. Faculdade da Motricidade Humana/Programa Educação para todos - Saúde
- ⁵³ Matos MG; Simões C, Carvalhosa, SF, Reis, C, Canha, L. E Saúde dos adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da rede Europeia HBSC/OMS (2002). Aventura Social & Saúde. Faculdade da Motricidade Humana/Programa Educação para todos - Saúde
- ⁵⁴ WHO. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey Edited by: Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan, Rebecca Smith, Wolfgang Settertobulte, Oddrun Samdal and Vivian Barnekow Rasmussen, eds. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4
- ⁵⁵ Direcção-Geral da Saúde. Saúde Juvenil – Relatório sobre Programas e Ofertas de Cuidados. DGS/DSMIA, Lisboa, 2004.
- ⁵⁶ Prazeres V. Saúde Juvenil no Masculino: Género e Saúde Sexual e Reprodutiva. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa 2003.
- ⁵⁷ Direcção-Geral da Saúde. Inquérito de Saúde dos Adolescentes na Escola. Análise de dados. 1.º Módulo. 1.ª fase e 2.ª fase: Actividade física, consumo de tabaco e problemas respiratórios – asma. DGS. ARS. CRSP. CCPES. Lisboa 2005 (Documentos não publicados. Disponível na DGS)
- ⁵⁸ Grupo de Educación Sanitária y Promoción de la Salud (ESPS). Guias de Educação e Promoção da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001.
- ⁵⁹ Ministério da Educação. Ministério da Saúde. O que é a saúde na escola. Guião orientador. Escolas promotoras da saúde. 1ª Edição. Outubro 2000.
- ⁶⁰ The European Network of Health Promoting Schools. Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras da Saúde. Brochura. Edição PPES do Ministério da Educação e Direcção-Geral da Saúde do Ministério da Saúde.
- ⁶¹ Ferreira-Borges, C. Cunha Filho, C. Alcoolismo e Toxicodependência. Usos, abusos e dependências. Manual técnico n.º 2. CLIMEPSI Editores, Novembro de 2004
- ⁶² Stel, J. Manual Prevenção. Álcool, Drogas e Tabaco. Elaborado com a colaboração de Deborah Voordewind. Grupo Pompidou – Concelho da Europa e Jellinek Consultores. Publicado em Portugal pelo Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.
- ⁶³ Tavares A. Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.
- ⁶⁴ PEPT 2000. Seminário – Parcerias e Desenvolvimento. Textos e Grelhas de Apoio ao Seminário. Monfortinho. 20 e 21 de Maio de 1999.
- ⁶⁵ Gomes RC. Parecer sobre o Programa Nacional de Saúde Escolar. Centro de Saúde de Odivelas. Maio de 2005. Disponível na Divisão de Saúde Escolar
- ⁶⁶ Marques AM. Parecer sobre o Programa Nacional de Saúde Escolar. Escola Superior de Saúde de Setúbal. Maio de 2005. Disponível na Divisão de Saúde Escolar
- ⁶⁷ Guedes MM. Sugestões sobre o primeiro esboço do Programa Nacional de Saúde Escolar. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Maio de 2005. Disponível na Divisão de Saúde Escolar
- ⁶⁸ Circular Normativa n.º 1/DSE de 18/01/01. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Direcção-Geral da Saúde. 2005.

Agradecimentos

O Programa Nacional de Saúde Escolar foi redigido pela Dr.^a Gregória Paixão von Amann, com a colaboração Higienista Oral Cristina Ferreira Cadima e Dr.^a Anke Siebold da Divisão de Saúde Escolar, contou ainda com a prestimosa colaboração técnica e científica de:

Responsáveis pela Saúde Escolar das Regiões: Norte, Dr.^a Cândida Barreira e Dr.^a Maria Neto; Centro, Dr.^a Fernanda Pinto; Lisboa e Vale do Tejo, Dr.^a Lina Guarda; Alentejo, Dr. Augusto Santana de Brito; Algarve, Dr. Carlos André.

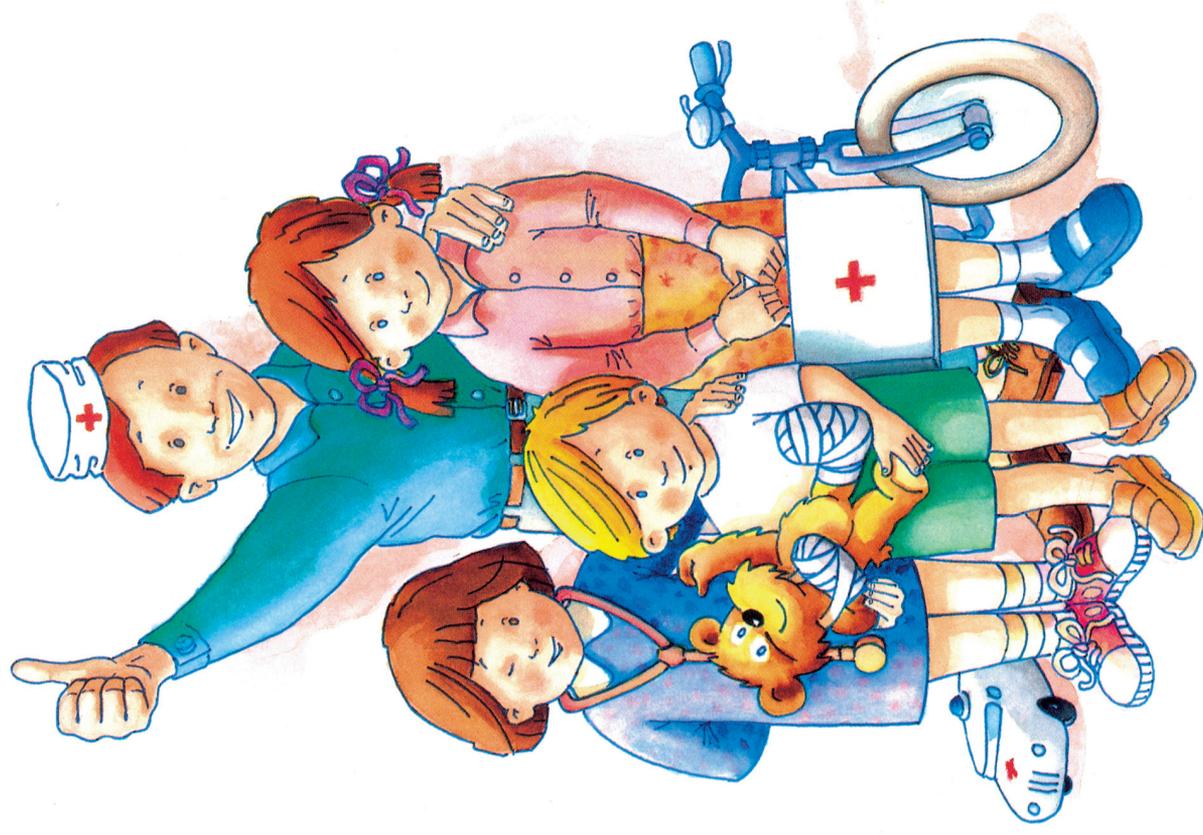
Técnicos da Direcção-Geral da Saúde: Dr.^a Emília Nunes, da Divisão de Promoção e Educação para a Saúde; Dr.^a Filomena Araújo e Vera Machado, da Divisão de Saúde Ambiental; Dr. Leonor Sassetti e Dr. Vasco Prazeres, da Divisão de Saúde Materno-Infantil e dos Adolescentes; Dr.^a Maria João Heitor da Direcção de Serviços de Saúde Mental; Dr.^a Otilia Riscado Duarte, do Gabinete de Documentação e Divulgação e do Sr. Vítor Alves que concebeu o logótipo e da Dr.^a Elsa Maria Sousa Loureto que deu o contributo jurídico.

Personalidade de reconhecido mérito na área da saúde das crianças, dos adolescentes, da escola, da formação pré e pós graduada e de parceiros indispensáveis ao desenvolvimento da saúde escolar, nomeadamente: Prof. Doutora Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública); Dr. Pedro Ferro de Menezes (Faculdade de Medicina de Lisboa); Dr.^a Maria José Cardoso Ferreira (CS Celorico da Beira); Dr.^a Isabel Baptista (Ministério da Educação: Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular); Dr.^a Engrácia Antunes, Dr.^a Eugénia Tavares e Dr. Rui Coelho (Direcção Regional de Educação de Lisboa), Dr.^a Fernanda Lopes (CS Sintra); Dr. António Marques (Escola Superior de Saúde de Setúbal); Dr.^a Ana Paula Ramalho Correia (CS Salvaterra de Magos); Dr.^a Clárisse Bento (CS Marinha Grande); Dr.^a Paula Marques (Instituto da Droga e Toxicoddependência); Dr. Mário Jorge Rego dos Santos (Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública); Prof.^a Doutora Maria Margarida Gaspar de Matos (Faculdade da Motricidade Humana) Dr. Carlos Daniel (Unidade de Saúde Pública de Viana do Castelo); Enf.^a Margarida Mota Guedes (Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende); Enf.^a Maria de Lurdes Afonso, Dr.^a Alexandra Paula Rodrigues Santos e Dr. António Aristides de Sousa (SR de Braga); Enf.^a Rosa Celeste (CS Odivelas), Dr.^a Carina Ferreira Borges (Centro de Apoio Tratamento e Recuperação), Dr.^a Ângela Salette Menezes Alves (SR Porto).

Grupo de Interesse da Saúde Escolar, nomeadamente: Enf.^a Conceição Castela (CS Alenquer); Enf.^a Maria Rosário Vieira (CS Castelo de Paiva); Enf.^a Teresa Bilhastre (CS Caldas da Rainha); Enf.^a Maria do Carmo Santos (CS Seixal); Enf.^a Fernanda Paula Leal e Enf.^a Fátima Bicho (Escola Superior de Saúde de Setúbal) e Dr.^a Iolanda Duarte (CS Murtosa).

A todos a Direcção-Geral da Saúde e a Divisão de Saúde Escolar agradecem.

Lisboa. 2006



MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA
NAS ESCOLAS, JARDINS DE INFÂNCIA
E CAMPOS DE FÉRIAS

Manual de Primeiros Socorros



| | |
|-------------------------------------|----|
| Afogamento | 11 |
| Asfixia | 13 |
| Corpos estranhos | 15 |
| Desmaio | 17 |
| Electrocussão (choque eléctrico) | 19 |
| Entorse | 21 |
| Envenenamento | 25 |
| Epistaxis (hemorragia nasal) | 29 |
| Estado de choque | 31 |
| Estrangulamento | 33 |
| Feridas | 35 |
| Fracturas | 37 |
| Golpe de calor (insolação) | 43 |
| Golpe de frio (enregelamento) | 45 |
| Hemorragias | 47 |
| Mordeduras | 51 |
| Picadas | 53 |
| Politraumatizados | 57 |
| Posição Lateral de Segurança | 61 |
| Queimaduras | 63 |
| Reanimação (Suporte Básico de Vida) | 67 |
| Doença crónica | 73 |
| Crise de hipoglicemia | 75 |
| Convulsão | 77 |
| Crise asmática | 79 |

Perante o sucesso das anteriores edições deste manual (1995 e 1999), foi decidido fazer uma reedição revista e aumentada.

FICHA TÉCNICA:

Título: Manual de Primeiros Socorros

Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias

Editor: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

Coordenação: Maria Isabel Machado Baptista

Autora: Isabel Reis

Revisão científica e técnica: Isabel Albernaz e Sónia Colaço

Coordenação da revisão

científica e técnica: Ilda Luísa Figueiredo

Design e Produção: Vasco Grácio

Ilustrações: Mário Palma

Execução gráfica: Editorial do Ministério da Educação, 2010

Depósito legal n.º: 318571/10

ISBN: 978-972-742-330-9

Tiragem: 1000 exemplares

Terceira edição revista

Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação

REIS, Isabel, 1952-

Manual de primeiros socorros : situações de urgência nas escolas, jardins de infância e campos de férias
ISBN 978-972-742-330-9

CDU 614

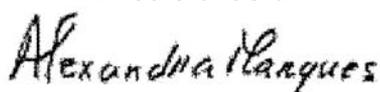
A protecção da saúde e do bem-estar são prioridades que o Ministério da Educação muito valoriza.

Desde cedo, que as crianças e jovens podem ser informadas sobre a forma como proceder mediante situações inesperadas, como por exemplo, a simples mordedura de um mosquito!

No entanto, é necessário garantir o rigor e a actualidade de informação, que promova a saúde, o bem-estar e a segurança também nos espaços escolares. Assim, a DGIDC, em colaboração com o Alto Comissariado da Saúde, entendeu proceder à revisão científica e reedição deste manual, cuja 1ª edição remonta a 1995.

Resta-me desejar a todos e, em especial, à comunidade educativa que todos contribuam para ambientes cada vez mais seguros!

Directora-Geral



Alexandra Marques

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

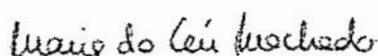
Um acidente é sempre inesperado e pode ser grave, com um risco de vida.

SALVAR UMA VIDA depende de uma resposta corajosa e rápida e de um desempenho adequado.

Este pequeno manual, expressivo tanto na escrita como nas ilustrações, é A AJUDA que é tantas vezes necessária em situação de emergência.

Para Professores e Pais. E porque não? Também para Alunos.

Alta Comissária da Saúde



Maria do Céu Machado
Alto Comissariado da Saúde

OBJECTIVOS DO PRIMEIRO SOCORRO (CVP 2001)

- Prevenir
- Alertar
- Socorrer

O que é um primeiro socorro?

Primeiro socorro é o tratamento inicial e temporário ministrado a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, num esforço de preservar a vida, diminuir a incapacidade e minorar o sofrimento.

O primeiro socorro consiste, conforme a situação, na protecção de feridas, imobilização de fracturas, controlo de hemorragias externas, desobstrução das vias respiratórias e realização de manobras de Suporte Básico de Vida.

Qualquer pessoa pode e deve ter formação em primeiros socorros.

A sua implementação não substitui nem deve atrasar a activação dos serviços de emergência médica, mas sim impedir acções intempestivas, alertar e ajudar, evitando o agravamento do acidente.

Qualidades do socorrista:

- Autocontrolo e sentido de responsabilidade.
- Capacidade de organização e liderança.
- Capacidade de comunicação.
- Capacidade para tomar decisões.
- Compreensão e respeito pelo outro.
- Consciência das suas limitações.

Perante uma doença súbita ou um acidente grave, como activar os serviços de emergência médica?

LIGAR PARA O 112

- Informar claramente o local onde se encontra a vítima.
- Relatar de forma simples como se deu o acidente.
- Dar indicações precisas sobre o estado da vítima.
- Pedir a quem atendeu a chamada para repetir a mensagem, a fim de verificar se esta foi devidamente entendida.
- Contactar a família da vítima (de preferência o encarregado de educação, se se tratar de um aluno).
- Promover um ambiente calmo, afastando eventuais curiosos e evitando comentários.
- Acalmar e, se possível, pedir informações à vítima sobre o sucedido.
- Executar os primeiros socorros de acordo com o estado da vítima e as lesões sofridas, seguindo as instruções contidas neste manual.

112

Número Europeu de Socorro



GABINETE PARA PRESTAÇÃO DE PRIMEIROS SOCORROS

É importante que a escola disponha de um local próprio, adequado à prestação de primeiros socorros. Esse local deverá estar sempre limpo e desinfectado.

Recomenda-se como equipamento: um armário com materiais para primeiros socorros; produtos de desinfecção e limpeza; kit de emergência transportável.

ARMÁRIO DE PRIMEIROS SOCORROS

Devem estar disponíveis os seguintes materiais:

- Luvas de látex descartáveis.
- Tesoura.
- Pinça.
- Compressas esterilizadas.
- Rolos de adesivos de 1 cm e 5 cm.
- Sabão (líquido de preferência).
- Anti-sépticos para desinfecção de pele e mucosas (Betadine ou similar e Clorhexidina).
- Embalagem grande de esponjas de “Spongostan”.
- Gase vaselinada.
- Película aderente.
- Termómetro digital.
- Solução de glicose e pacotes de açúcar.
- Ligaduras.
- Pensos rápidos.

PRODUTOS DE DESINFECÇÃO E LIMPEZA

- Clorhexidina 4%.
- Lixívia comercial – hipoclorito de sódio a 5-10% (atenção à validade).
- Toalhetes descartáveis para as mãos.
- Balde com tampa e pedal.

e ainda:

- Aventais descartáveis.
- Sacos de plástico apropriados para produtos eventualmente contaminados, se possível de parede dupla.

KIT DE EMERGÊNCIA TRANSPORTÁVEL

É essencial num kit de emergência ter disponível e acessível material que o auxilie na prestação de primeiros socorros.

Como organizar o kit?

Assegure que este contém o material indispensável e necessário.

PROPOSTA DE MATERIAL BÁSICO

- Luvas de látex descartáveis (2 pares).
- Compressas esterilizadas (5 pacotes).
- Ligaduras (3 unidades).
- Adesivos (1 rolo).
- Pensos rápidos (1 caixa).
- Solução de iodopovidona dérmica (Betadine) (unidades individuais).
- Soro fisiológico (1 frasco pequeno ou unidades individuais).
- Termómetro digital (1).
- Paracetamol 500 mg (1 caixa).
- 4 pacotes de açúcar ou solução de glicose.
- Esfigmomanómetro (aparelho para avaliação de tensão arterial) (1).
- Gase vaselinada (5 pacotes).
- Tesoura (1).
- Pinça pequena (1).
- “Spongostan” (esponjas de coagulação).
- Película aderente.

Nota: É importante rever frequentemente o kit, bem como todo o material existente no armário, verificando os prazos de validade e material em falta.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS

Uma vez terminado qualquer tratamento de feridas sangrantes há que proceder à eliminação e/ou desinfecção do material utilizado e à limpeza das superfícies ou locais eventualmente conspurcados com sangue.

1. ELIMINAÇÃO E/OU DESINFECÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO

Nota: Quem proceder a estas operações deve manter sempre as mãos protegidas com luvas de borracha (luvas de *ménage*, por exemplo).

Para a eliminação e/ou desinfecção do material utilizado no tratamento de feridas sangrantes devem ser seguidas as seguintes orientações:

- O material descartável utilizado no tratamento das feridas (luvas, avental, “Spongostan”, compressas, ligaduras, adesivos, etc.) deve ser removido para o saco de plástico de parede dupla que se atará firmemente.
- O restante material (pinças, tesouras, etc.), logo depois de utilizado deve ser lavado com água e sabão e depois mergulhado em lixívia comercial durante 30 minutos.

2. LIMPEZA DE SUPERFÍCIES E LOCAIS CONSPURCADOS COM SANGUE

À semelhança do material, todas as superfícies e locais conspurcados com sangue devem ser cuidadosamente limpos e desinfectados.

- Utilizar sempre luvas de borracha descartáveis.
- Favorecer a absorção do sangue com material irrecuperável (toalhetes de papel absorvente, por exemplo).
- Deitar por cima dos locais contaminados lixívia pura (se possível a 10%) e deixar actuar durante 10 minutos.
- Remover tudo para saco de plástico adequado e fechá-lo com segurança.
- Por último, lavar toda a superfície contaminada com água.

AFOGAMENTO

AFOGAMENTO

ASFIXIA
SUFOCAÇÃO

ASFIXIA
SUFOCAÇÃO

CORPOS ESTRANHOS

CORPOS ESTRANHOS

DESMAIO

DESMAIO

ELECTROCUSSÃO
(CHOQUE ELÉCTRICO)

ELECTROCUSSÃO
(CHOQUE ELÉCTRICO)

ENTORSE

ENTORSE

AFOGAMENTO

Convém lembrar que uma criança pequena se pode afogar em poucos centímetros de água, num tanque, balde ou alguidar quase vazio, ou até mesmo na banheira, durante o banho.



O QUE DEVE FAZER

- Retirar imediatamente a vítima de dentro de água.
- Verificar se está consciente, se respira e se o coração bate.
- Colocar a vítima de barriga para baixo e com a cabeça virada para um dos lados.
(figs. 1, 2 e 3)



Fig. 1

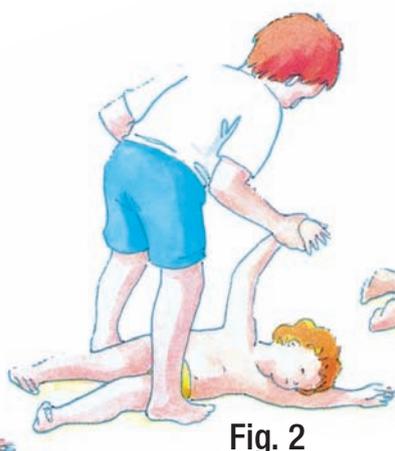


Fig. 2

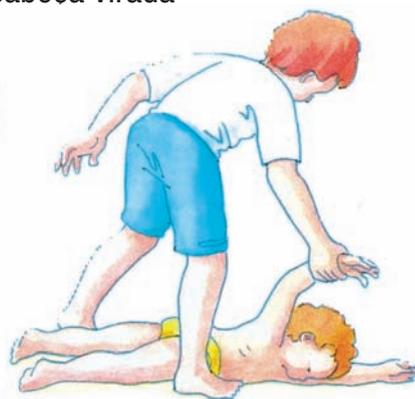


Fig. 3

- Comprimir a caixa torácica 3 a 4 vezes, para fazer sair a água (fig. 4).

Se a vítima não respira, deitá-la de costas e iniciar de imediato os procedimentos do algoritmo do Suporte Básico de Vida (ver pág. 68). Logo que a vítima respire normalmente, colocá-la em Posição Lateral de Segurança (PLS – ver pág. 61) e mantê-la confortavelmente aquecida.

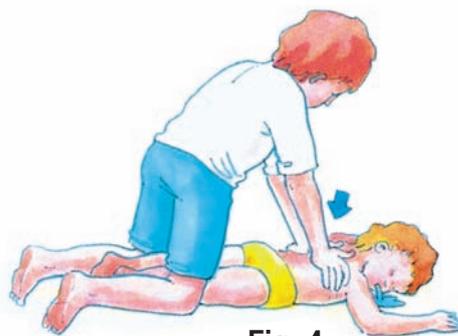


Fig. 4

Em qualquer situação, transportar a vítima ao Hospital, activando o Serviço de Emergência Médica.

O QUE NÃO DEVE FAZER

Se o afogamento se deu no mar ou num rio, o socorrista não deve:

- Lançar-se à água se não souber nadar muito bem.
- Procurar salvar um afogado que está muito longe de terra.
- Deixar-se agarrar pela pessoa que quer salvar.

Deve atirar-lhe uma corda ou uma bóia.

ASFIXIA/SUFOCAÇÃO

Dificuldade respiratória que leva à falta de oxigénio no organismo.

As causas podem ser variadas, sendo a mais vulgar a obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos (objectos de pequenas dimensões, alimentos mal mastigados, etc.).

Outras causas possíveis de asfixia são: ingestão de bebidas ferventes ou cáusticas, pesos em cima do peito ou costas, intoxicações diversas, paragem dos músculos respiratórios.

SINAIS E SINTOMAS

Conforme a gravidade da asfixia, podem ir desde um estado de agitação, lividez, dilatação das pupilas (olhos), respiração ruidosa e tosse, a um estado de inconsciência, com paragem respiratória e cianose (tonalidade azulada) da face e extremidades.

A situação é grave e requer intervenção imediata!

O QUE DEVE FAZER

Corpo estranho nas vias respiratórias (ver pág. 16).

A. NUMA CRIANÇA PEQUENA:

Abra-lhe a boca e tente extrair o corpo estranho, se este ainda estiver visível, usando o seu dedo indicador em gancho ou uma pinça, mas sempre com muito cuidado para não o empurrar! Caso não esteja visível, coloque a criança de cabeça para baixo e dê-lhe algumas pancadas a meio das costas, entre as omoplatas, com a mão aberta (figs. 5 e 6).

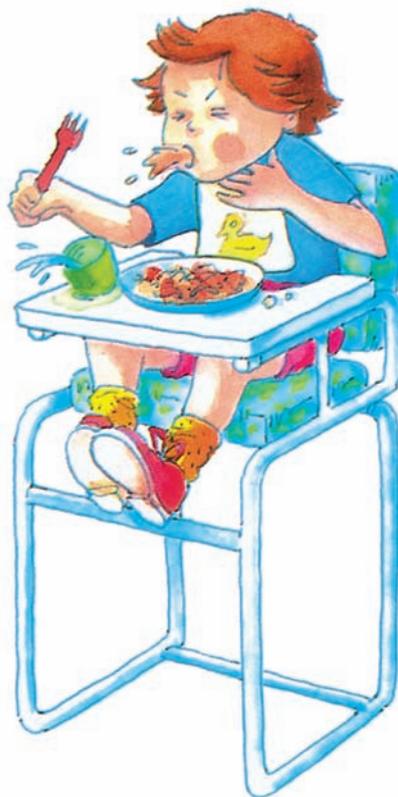


Fig. 5

Fig. 6

B. NO JOVEM/ADULTO:

Coloque-se por trás da vítima e passe-lhe o braço em volta da cintura.

Feche a mão em punho e coloque-o logo acima do umbigo.

Cubra o punho com a outra mão e carregue para dentro e para cima, até 5 movimentos.

Repita a operação as vezes que forem necessárias até à saída do corpo estranho (fig. 7).

Se a respiração não se restabelecer e a vítima continuar cianosada (tonalidade azulada), inicie o Suporte Básico de Vida (ver pág. 68).

Logo que a respiração estiver restabelecida, active o Serviço de Emergência Médica para o transporte da vítima para o Hospital.



Fig. 7

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Abandonar o asfixiado para pedir auxílio.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Esfregar o olho.
- Tentar remover o corpo estranho com lenço, papel, algodão ou qualquer outro objecto.

2. NO OUVIDO

Os corpos estranhos mais frequentes são os insectos.

SINAIS E SINTOMAS

Pode existir surdez, zumbidos e dor, sobretudo se o insecto estiver vivo.



O QUE DEVE FAZER

Se se tratar de um insecto, deitar uma gota de azeite ou óleo e depois enviar ao Hospital.

Outros corpos estranhos, enviar ao Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

Tentar remover o objecto.

3. NAS VIAS RESPIRATÓRIAS

Os corpos estranhos podem causar perturbações nas vias respiratórias, de natureza variável de acordo com a sua localização.

SINAIS E SINTOMAS

São também variáveis. Pode existir dificuldade respiratória, dor, vômitos e nos casos mais graves asfixia, que pode conduzir à morte.

4. NO NARIZ

Os mais frequentes, na criança, são os feijões ou objectos de pequenas dimensões, como botões e peças de brinquedos.

O QUE DEVE FAZER

Pedir à criança para se assoar com força, comprimindo a narina contrária com o dedo, tentando assim que o corpo seja expelido. Se não obtiver resultado, enviar ao Hospital.

5. NA GARGANTA

Os corpos estranhos entalados na garganta podem ser pedaços de alimentos mal mastigados, ossos ou pequenos objectos. Estes corpos estranhos podem impedir a respiração e provocar asfixia (ver pág. 13 e 14).

DESMAIO/PERDA SÚBITA DE CONSCIÊNCIA

É provocado por falta de oxigénio no cérebro, à qual o organismo reage de forma automática, com perda de consciência e queda brusca e desamparada do corpo. Normalmente, o desmaio dura 2 a 3 minutos.

Tem diversas causas: excesso de calor, fadiga, jejum prolongado, permanência de pé durante muito tempo, etc.



SINAIS E SINTOMAS

- Palidez.
- Suores frios.
- Falta de força.
- Pulso fraco.

O QUE DEVE FAZER

1. SE NOS APERCEBERMOS DE QUE UMA PESSOA ESTÁ PRESTES A DESMAIAR:

- Sentá-la.
- Colocar-lhe a cabeça entre as pernas.
- Molhar-lhe a testa com água fria.
- Dar-lhe de beber chá ou café açucarados.

2. SE A PESSOA JÁ ESTIVER DESMAIADA:

- Deitá-la com a cabeça de lado e as pernas elevadas.
- Desapertar-lhe as roupas.
- Mantê-la confortavelmente aquecida, mas, sempre que possível, em local arejado.
- Logo que recupere os sentidos, dar-lhe uma bebida açucarada.
- Consultar posteriormente o médico.



ELECTROCUSSÃO (CHOQUE ELÉCTRICO)

Electrocussão ou choque eléctrico é uma situação provocada pela passagem de corrente eléctrica através do corpo.



O QUE DEVE FAZER

- Desligar o disjuntor para cortar imediatamente a corrente eléctrica.
- Ter o máximo cuidado em não tocar na vítima sem previamente ter desligado a corrente.
- Prevenir a queda do sinistrado.
- Aplicar o primeiro socorro conveniente:
 - Reanimação cardiorrespiratória.
 - Aplicação de uma compressa ou de um pano bem limpo sobre a queimadura.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

Active o Serviço de Emergência Médica.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tocar na vítima se estiver em contacto com a corrente eléctrica.
- Tentar afastar o fio de alta tensão com um objecto.



ENTORSE

A entorse é uma lesão nos tecidos moles (cápsula articular e/ou ligamentos) de uma articulação.



SINAIS E SINTOMAS

- A dor na articulação é gradual ou imediata.
- Observa-se edema (inchaço) na articulação lesada.
- Verifica-se imediata ou gradualmente uma incapacidade para mexer a articulação.

O QUE DEVE FAZER

- Evitar a movimentação da articulação lesionada e proceder à imobilização do membro (pág. 40 – imobilização do pé).
- Elevar o membro lesionado.
- Aplicar gelo ou deixar correr água fria sobre a articulação.
- Consultar posteriormente o médico.

ENVENENAMIENTO

ENVENENAMIENTO

EPISTAXIS
HEMORRAGIA NASAL

EPISTAXIS
HEMORRAGIA NASAL

ESTADO DE CHOQUE

ESTADO DE CHOQUE

ESTRANGULAMIENTO

ESTRANGULAMIENTO

FERIDAS

FERIDAS

FRACTURAS

FRACTURAS

ENVENENAMENTO

O envenenamento é o efeito produzido no organismo por um veneno, quer este seja introduzido pela via digestiva, pela via respiratória ou pela pele.



A. ENVENENAMENTO POR VIA DIGESTIVA

1. PRODUTOS ALIMENTARES

SINAIS E SINTOMAS

Arrepios e sudção abundante, dores abdominais, náuseas e vômitos, diarreia, vertigens, prostração, síncope (desmaio), agitação e delírio.



O QUE DEVE FAZER

- Recolher informação junto da vítima, no sentido de tentar perceber a origem do envenenamento.
- Manter a vítima confortavelmente aquecida.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

2. MEDICAMENTOS

SINAIS E SINTOMAS

Dependem do medicamento ingerido: pode-se observar vômitos, dificuldade respiratória, perda de consciência, sonolência, confusão mental, etc.



O QUE DEVE FAZER

- Falar com a vítima no sentido de tentar obter o maior número possível de informações sobre o envenenamento.
- Pedir imediatamente orientações para o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) do INEM – 808 250 143.
Indicar o produto ingerido, a quantidade provável, a hora a que foi ingerido e a hora da última refeição.
- Manter a vítima confortavelmente aquecida.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

3. PRODUTOS TÓXICOS

Muitos produtos químicos são altamente tóxicos quando ingeridos: detergentes, outros produtos de limpeza, lixívia, álcool puro ou similares, amoníaco, pesticidas, produtos de uso agrícola ou industrial, ácidos (sulfúrico, clorídrico, nítrico e outros), gasolina, potassa cáustica, soda cáustica, etc.



SINAIS E SINTOMAS

É importante recolher informação junto da vítima, ou de alguém perto desta, sobre o contacto com o veneno ou a presença de algum recipiente que possa ter contido ou contenha veneno.

Os sintomas variam com a natureza do produto ingerido; podem ser:

- Vômitos e diarreia.
- Espuma na boca.
- Face, lábios e unhas azuladas.
- Dificuldade respiratória.
- Queimaduras à volta da boca (venenos corrosivos).
- Delírio e convulsões.
- Inconsciência.

O QUE DEVE FAZER

- Se a vítima estiver consciente, questioná-la no sentido de tentar obter o maior número possível de informações sobre o envenenamento.
- Pedir imediatamente orientações para o Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) do INEM – 808 250 143.
- **Ingestão de álcool** – Apenas neste caso, dar uma bebida açucarada.
- **Queimaduras nos lábios** – Molhá-los suavemente com água, sem deixar engolir.
- **Contacto com os olhos** – Afastar as pálpebras e lavar com água corrente durante 15 minutos.
- **Contaminação da pele** – Retirar as roupas e lavar abundantemente com água durante 15 minutos.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Dar de beber à vítima, pois pode favorecer a absorção de alguns venenos.
- Provocar o vômito se a vítima ingeriu um cáustico, um detergente ou um solvente.
- Aplicar quaisquer produtos nos olhos.

Em caso de intoxicação, conduzir a vítima imediatamente ao Hospital, levando amostras do veneno encontrado.

B. ENVENENAMENTO POR VIA RESPIRATÓRIA

Os mais frequentes são o envenenamento pelo gás carbónico (fossas sépticas), pelo monóxido de carbono, presente nos gases de combustão (braseiras, automóveis, esquentadores, aquecimentos a gás, etc.) e pelo gás propano/butano (gás de uso doméstico).



SINAIS E SINTOMAS

A vítima começa por sentir um ligeiro mal-estar, seguido de dor de cabeça, zumbidos, tonturas, náuseas, vômitos e uma apatia profunda ou confusão que a impede de fugir do local onde se encontra. Se a vítima não é rapidamente socorrida, este estado é seguido por perda gradual de consciência e coma.

O QUE DEVE FAZER

- Entrar na sala onde ocorreu o acidente, contendo a respiração, e abrir a janela.
- Voltar ao exterior para respirar fundo.
- Entrar de novo e arrastar a vítima para o exterior, de preferência para o ar livre.
- Ligar para o CIAV – 808 250 143
- Desapertar as roupas.
- Se necessário, realizar o Suporte Básico de Vida (ver pág. 68).

Atenção:

Se se tratar de uma fossa séptica, não tente retirar a vítima sem utilizar máscara antigás.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.



EPISTAXIS/HEMORRAGIA NASAL

Epistaxis é a hemorragia nasal provocada pela ruptura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz.

SINAIS E SINTOMAS

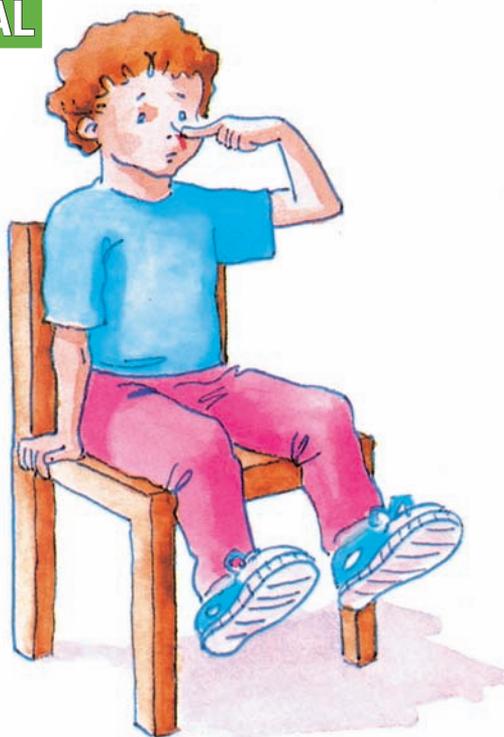
- Saída de sangue pelo nariz, por vezes abundante e persistente.
- Se a hemorragia é grande, o sangue pode sair também pela boca.

O QUE DEVE FAZER

- Sentar a vítima com a cabeça direita no alinhamento do corpo (nem para trás, nem para a frente).
- Comprimir com o dedo a narina que sangra, durante 10 minutos.
- Aplicar gelo exteriormente, não directamente sobre a pele.
- Se a hemorragia não pára, introduzir um tampão coagulante na narina que sangra (“Spongostan”, por exemplo), fazendo ligeira pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida.

Atenção: antes de qualquer procedimento o socorrista deve calçar luvas descartáveis.

Se a hemorragia persistir mais do que 10 minutos, transportar a vítima para o Hospital.



ESTADO DE CHOQUE

O estado de choque caracteriza-se por insuficiência circulatória aguda com deficiente oxigenação dos órgãos vitais.

As causas podem ser muito variadas: traumatismo externo ou interno, perfuração súbita de órgãos, emoção, frio, queimadura, intervenções cirúrgicas, etc.

Todo o acidentado pode entrar em estado de choque, progressiva e insidiosamente, nos minutos ou horas que se seguem ao acidente.

Não tratado, o estado de choque pode conduzir à morte.

SINAIS E SINTOMAS

- Palidez.
- Olhos mortiços.
- Suores frios.
- Prostração.
- Náuseas.

Num estado de agravamento:

- Pulso fraco.
- Respiração superficial.
- Inconsciência.

O QUE DEVE FAZER

1. SE A VÍTIMA ESTÁ CONSCIENTE

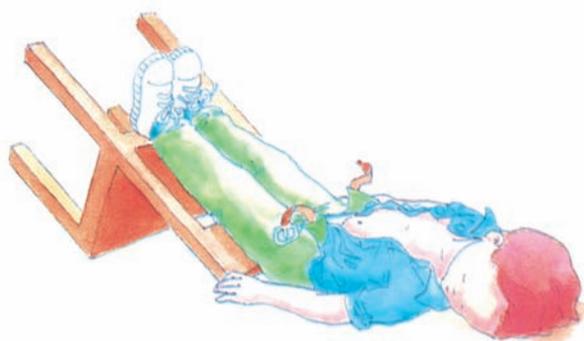
- Deitá-la em local fresco e arejado.
- Desapertar as roupas, não esquecendo gravatas, cintos e *soutiens*.
- Tentar manter a temperatura normal do corpo.
- Levantar as pernas a 45°.
- Ir conversando para acalmá-la.
- Activar o Serviço de Emergência Médica (112).

2. SE A VÍTIMA NÃO ESTÁ CONSCIENTE

- Colocá-la na Posição Lateral de Segurança (PLS – ver pág. 61).
- Transportá-la para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tentar dar de beber à vítima.



ESTRANGULAMENTO

Apesar de raro, o estrangulamento é uma situação que pode surgir na escola ou no jardim-de-infância quando, por imprevidência, se deixa as crianças brincarem com fios, cordas ou gravatas que se podem enrolar à volta do pescoço.

O QUE DEVE FAZER

- Cortar imediatamente a corda ou o que estiver a fazer pressão em torno do pescoço da vítima.
- Executar o Suporte Básico de Vida se houver sinais de asfixia (ver pág. 68).

Se a situação for grave, recorrer rapidamente ao Hospital.



FERIDAS

Uma ferida é uma solução de continuidade da pele, quase sempre de origem traumática, que além da pele (ferida superficial) pode atingir o tecido celular subcutâneo e muscular (ferida profunda).

O QUE DEVE FAZER

- Antes de tudo, o socorrista deve lavar as mãos e calçar luvas descartáveis.
- Proteger provisoriamente a ferida com uma compressa esterilizada.
- Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão.
- Lavar, do centro para os bordos da ferida, com água e sabão, solução de clorhexidina, por ex. Hibiscrub, ou similar, utilizando compressas.
- Secar a ferida com uma compressa através de pequenos toques, para não destruir qualquer coágulo de sangue.
- Desinfectar com anti-séptico, por ex. Betadine em solução dérmica.



Depois de limpa, se a ferida for superficial e de pequenas dimensões, deixá-la preferencialmente ao ar, ou então aplicar uma compressa esterilizada.



Se a ferida for mais extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infectados, ou se contiver corpos estranhos, deverá proteger apenas com uma compressa esterilizada e encaminhar para tratamento por profissionais de saúde.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.
Se houver hemorragia, ver pág. 48.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tocar nas feridas sangrantes sem luvas.
- Utilizar o material (luvas, compressas, etc.) em mais de uma pessoa.
- Soprar, tossir ou espirrar para cima da ferida.
- Utilizar mercurocromo ou tintura de metiolato (deve utilizar Betadine dérmico).
- Fazer compressão directa em locais onde haja suspeita de fracturas ou de corpos estranhos encravados, ou junto das articulações.
- Tentar tratar uma ferida mais grave, extensa ou profunda, com tecidos esmagados ou infectados, ou que contenha corpos estranhos.



FERIDA NOS OLHOS

O QUE DEVE FAZER

- Deitar a vítima com a cabeça completamente imóvel e olhando para cima.
- Cobrir o olho com compressas esterilizadas.
- Evitar que a vítima tussa, prevenindo o aumento da pressão intra-ocular.

Note bem

- Deve-se pensar na possibilidade de existir uma ferida no olho sempre que haja uma ferida grave na face.

É uma situação grave que necessita transporte para o Hospital.

FRACTURAS

Uma fractura é uma solução de continuidade no tecido ósseo. Em caso de fractura ou suspeita de fractura, o osso deve ser imobilizado. Qualquer movimento provoca dores intensas e deve ser evitado.

SINAIS E SINTOMAS

Deve-se pensar na possibilidade de fractura sempre que haja um ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Dor intensa no local.
- Edema (inchaço).
- Perda total ou parcial dos movimentos.
- Encurtamento ou deformação do membro lesionado.

O QUE DEVE FAZER

- Expor a zona da lesão (desapertar ou se necessário cortar a roupa).
- Verificar se existem ferimentos; se houver feridas, ver pág. 35.
- Tentar imobilizar as articulações que se encontram antes e depois da fractura, utilizando talas apropriadas ou, na sua falta, improvisadas.

Note bem

- As fracturas têm de ser tratadas no Hospital.
- As talas devem ser sempre previamente almofadadas e bastante sólidas. Quando improvisadas, podem ser feitas com barras de metal ou varas de madeira.
- Se se utilizarem talas insufláveis, estas devem ser desinsufladas de 15 em 15 minutos para aliviar a pressão que pode dificultar a circulação do sangue.

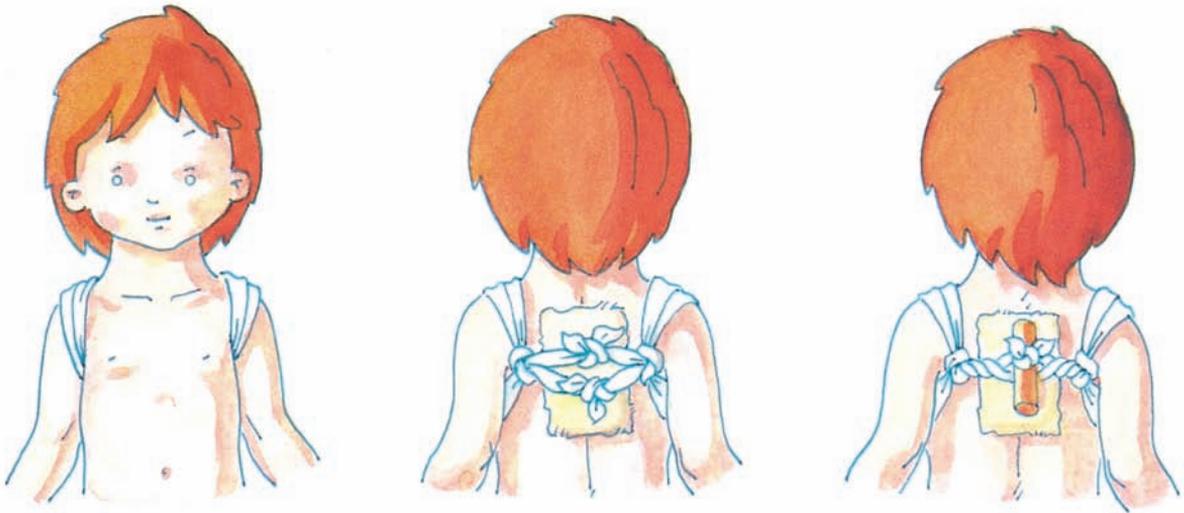
O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tentar fazer redução da fractura, isto é, tentar encaixar as extremidades do osso partido.
- Provocar apertos ou compressões que dificultem a circulação do sangue.
- Procurar, numa fractura exposta, meter para dentro as partes dos ossos que estejam visíveis.

ALGUNS EXEMPLOS DE IMOBILIZAÇÃO DE FRACTURAS

1. IMOBILIZAÇÃO E EXTENSÃO DA CLAVÍCULA

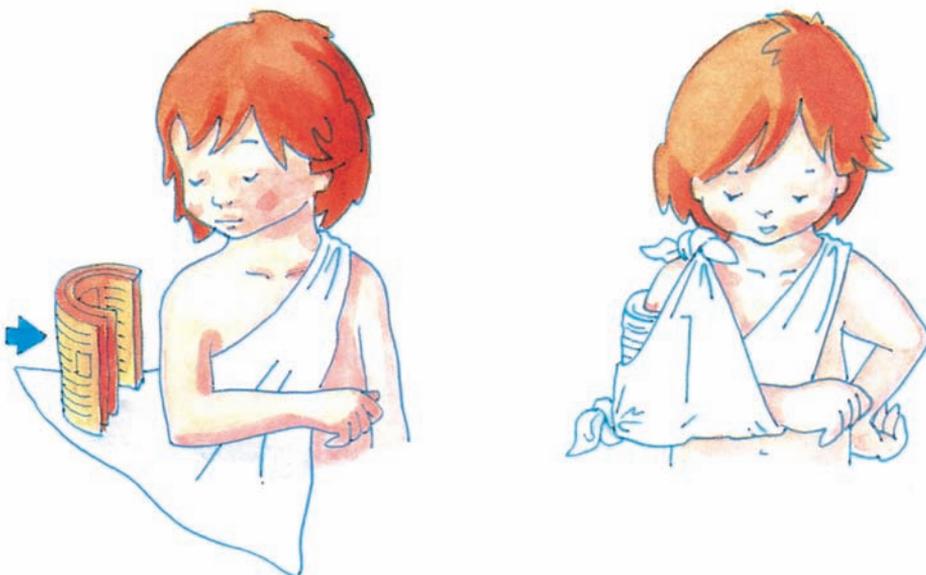
(Utilizando dois lenços dobrados em gravata.)

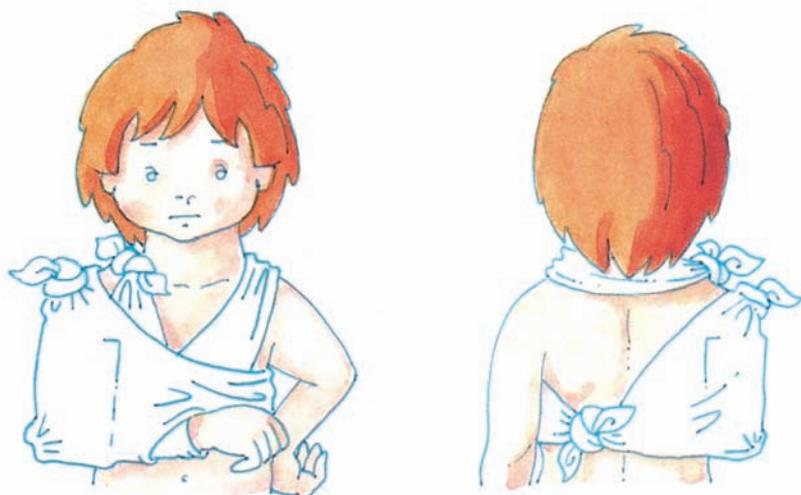


Comece por atar, entre si, as pontas dos dois lenços em gravata que rodeiam os ombros, atando-as depois com as do lado oposto. Entre os nós formados e a pele, coloca-se uma almofada de protecção e duas outras de cada lado das axilas, para evitar a compressão das artérias que irrigam os membros superiores. Posteriormente, coloque um pequeno pau entre os dois nós, rodando-o à volta de um eixo transversal, que irá enrolar as pontas dos lenços, encurtando-os e puxando conseqüentemente os ombros para trás, fazendo a extensão das clavículas.

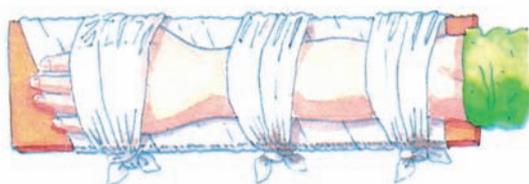
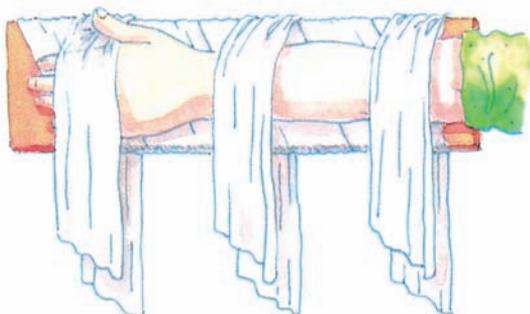
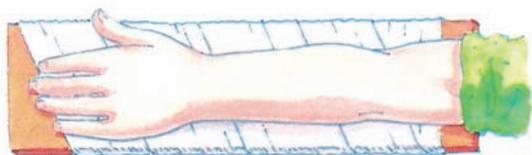
2. IMOBILIZAÇÃO DO BRAÇO

(Utilizando dois lenços e um jornal ou revista.)



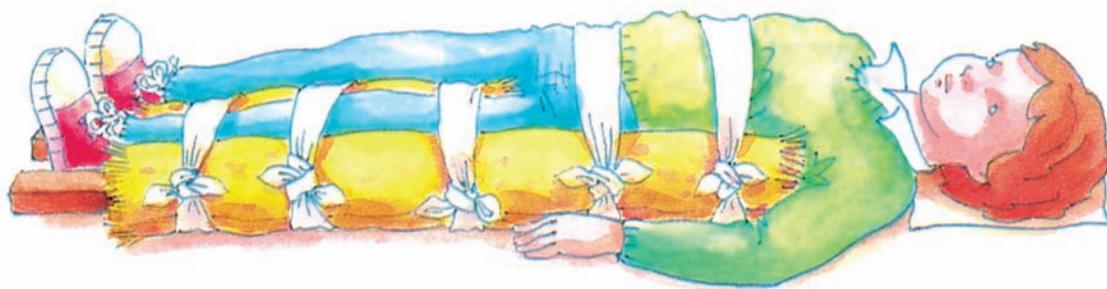


3. IMOBILIZAÇÃO DA MÃO E DO ANTEBRAÇO



4. IMOBILIZAÇÃO DA COXA

Se a fractura for no fémur (coxa), as talas devem ser colocadas, do lado de fora, desde a axila até à planta do pé e do lado de dentro desde a virilha até à planta do pé.



5. IMOBILIZAÇÃO DA PERNA

Se a fractura for nos ossos da perna – tíbia e/ou perónio – as talas devem ser colocadas desde a anca até à planta do pé.

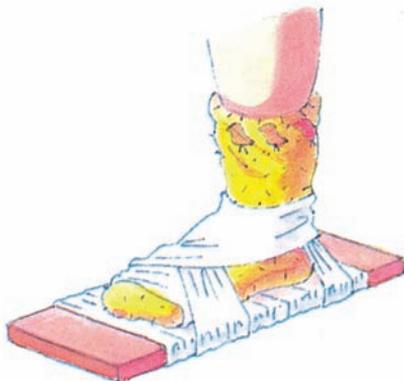


6. IMOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO

Se a fractura for no tornozelo, as talas devem ser colocadas desde a parte de cima do joelho até à planta do pé.



7. IMOBILIZAÇÃO DO PÉ



8. IMOBILIZAÇÃO DO MAXILAR



Note bem

Em caso de suspeita de fractura de costelas, a vítima deve ser deitada em posição confortável, evitando movimentos bruscos. Não tente imobilizar.

São situações graves que, uma vez feita a imobilização, necessitam de transporte urgente para o Hospital.

Em caso de suspeita de fractura da coluna vertebral, ver pág. 58.

GOLPE DE CALOR
INSOLAÇÃO

GOLPE DE CALOR
INSOLAÇÃO

GOLPE DE FRIO
ENREGELAMENTO

GOLPE DE FRIO
ENREGELAMENTO

HEMORRAGIAS

HEMORRAGIAS

MORDEDURAS

MORDEDURAS

PICADAS

PICADAS

GOLPE DE CALOR/INSOLAÇÃO

O golpe de calor ou insolação é uma situação resultante da exposição prolongada ao calor, num local fechado e sobreaquecido (por ex., dentro duma viatura fechada, ao sol) ou da exposição prolongada ao sol.



SINAIS E SINTOMAS

Deve-se pensar na possibilidade de golpe de calor ou insolação sempre que haja um ou mais dos seguintes sintomas:

- Dores de cabeça.
- Tonturas.
- Vômitos.
- Excitação.
- Inconsciência.

O QUE DEVE FAZER

- Deitar a vítima em local arejado e à sombra.
- Elevar-lhe a cabeça.
- Desapertar-lhe a roupa.
- Colocar-lhe compressas frias na cabeça.
- Dar-lhe a beber água fresca, se a vítima estiver consciente.
- Se estiver inconsciente, colocá-la em PLS (Posição Lateral de Segurança; ver pág. 61).

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital, através do Serviço de Emergência Médica.

NOTE BEM

A insolação é sempre grave, em especial nas crianças; pode provocar hemorragia cerebral.



GOLPE DE FRIO/ENREGELAMENTO

O golpe de frio/enregelamento é uma situação resultante da exposição excessiva ao frio; existe uma evolução progressiva que vai do torpor ao enregelamento e, por último, à gangrena e mesmo à morte.

SINAIS E SINTONIAS

Deve-se pensar na possibilidade de golpe de frio ou enregelamento sempre que haja um ou mais dos seguintes sinais e sintomas, variáveis de acordo com a gravidade da situação:

- Arrepios.
- Torpor (sensação de formigueiro e adormecimento dos pés, mãos e orelhas).
- Cãibras.
- Baixa progressiva da temperatura, extremidades geladas.
- Insensibilidade às lesões.
- Dor intensa nas zonas enregeladas.
- Gangrena.
- Estado de choque.
- Coma.

O QUE DEVE FAZER

Depende da gravidade do estado da vítima. Deve:

- Desapertar-lhe os sapatos e pedir à vítima que bata com os pés no chão e as mãos uma na outra para reactivar a circulação.
- Envolver a vítima em cobertores.
- Dar-lhe bebidas quentes e açucaradas.

Nos casos mais graves, a situação pode evoluir para o estado de choque; deve então proceder como indicado na pág. 31.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Mexer nas zonas do corpo congeladas.
- Iniciar o aquecimento por um banho quente.
- Dar a beber bebidas alcoólicas.



Note bem

O enregelamento é agravado pelo frio húmido, calçado apertado, fadiga, posição de pé e ingestão de bebidas alcoólicas.

Previne-se:

- Evitando a imobilidade e o excesso de cansaço.
- Habitando-se progressivamente ao frio e à altitude.
- Fazendo uma alimentação com refeições frequentes e ricas em hidratos de carbono.
- Não ingerindo bebidas alcoólicas.
- Utilizando roupas amplas e quentes, calçado largo e dois pares de meias, umas grossas e outras finas.

HEMORRAGIAS



A hemorragia é a saída de sangue devido a ruptura de vasos sanguíneos. A hemorragia pode ser interna ou externa, implicando atitudes diferentes por parte do socorrista.

1. HEMORRAGIA INTERNA

- Deve-se suspeitar sempre de hemorragia interna quando não se vê sangue, mas a vítima apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas.

SINAIS E SINTOMAS

- Sede.
- Sensação de frio (arrepios) e tremores.
- Pulso progressivamente mais rápido e mais fraco.

Em casos ainda mais graves:

- Palidez.
- Arrefecimento, sobretudo das extremidades.
- Zumbidos.
- Alteração do estado de consciência.

O QUE DEVE FAZER

- Acalmar a vítima e mantê-la acordada.
- Desapertar-lhe a roupa.
- Manter a vítima confortavelmente aquecida.
- Colocá-la em Posição Lateral de Segurança (PLS, ver pág. 61).



É uma situação grave que necessita de transporte urgente para o Hospital. Activar o Serviço de Emergência Médica (112).

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Dar de beber ou de comer.

2. HEMORRAGIA EXTERNA

O QUE DEVE FAZER

Atenção: antes de qualquer procedimento o socorrista deve calçar luvas descartáveis.

- Deitar horizontalmente a vítima.
- Aplicar uma compressa esterilizada sobre a ferida ou, na sua falta, um pano lavado, exercendo uma pressão firme, conforme o local e a extensão do ferimento.
- Se as compressas ficarem saturadas de sangue, colocar outras por cima, sem nunca retirar as primeiras.
- Fazer durar a compressão até a hemorragia parar (pelo menos 10 minutos).
- Se a hemorragia parar, aplicar um penso compressivo sobre a ferida.

Se se tratar de uma ferida dos membros, com hemorragia abundante, pode ser necessário aplicar um **GARROTE**.

O garrote pode ser de borracha ou improvisado com uma tira de pano estreita ou uma gravata.

Como aplicar um garrote:

Aplicar o garrote entre a ferida e o coração, mas o mais perto possível da ferida e sempre acima do joelho ou do cotovelo, de acordo com a localização da ferida que sangra.

Aplicar o garrote por cima da roupa ou sobre um pano limpo bem alisado colocado entre a pele e o garrote (fig. 9).

Colocar o garrote à volta do membro ferido; se o garrote for improvisado com uma tira de pano ou gravata, dar dois nós, entre os quais se coloca um pau, que poderá ser rodado até a hemorragia estancar.



Fig. 9

- Aplicado o garrote, este terá de ser aliviado de 15 em 15 minutos, durante 30 segundos a 2 minutos, conforme a intensidade da hemorragia (quanto maior é a hemorragia, menor é o tempo que o garrote está aliviado).
- Anotar sempre a hora a que o garrote começou a fazer compressão para informar posteriormente os tripulantes do Serviço de Emergência Médica (pode colocar essa informação num letreiro ao pescoço do ferido).

Nunca tirar o garrote até chegar ao hospital; perigo mortal!

Entretanto:

Tomar medidas contra o estado de choque antes e durante o transporte para o Hospital (ver estado de choque, pág. 31):

- Acalmar a vítima e mantê-la acordada.
- Deitá-la de costas com as pernas levantadas.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.
- Não a deixar comer nem beber.

No caso particular de hemorragia da palma da mão:

- O ferido deve fechar fortemente a mão sobre um rolo de compressas esterilizadas ou, na sua falta, um rolo de pano lavado, de modo a fazer compressão sobre a ferida.

- Colocar, em seguida, uma ligadura ou pano dobrado à volta da mão.



- Colocar o braço ao peito com a ajuda de um lenço grande, mantendo a mão ferida elevada e encostada ao peito.

Todas estas situações são graves e necessitam transporte urgente para o Hospital.

Hemorragia nasal (epistaxis) – ver pág. 31.



MORDEDURAS

O QUE DEVE FAZER

Mordedura de cão

- Desinfectar o local da mordedura (ver Feridas, pág. 35).
- Informar-se se o cão está correctamente vacinado.



É uma situação que necessita transporte para o Hospital.

Atenção: a mordedura de cão envolve risco de infecção.

Mordedura de gatos/ratos/porcos/equídeos (cavalos e burros)

- Desinfectar o local da mordedura (ver Feridas, pág. 35).
- Transportar sempre a vítima ao Hospital.

Mordedura de víbora ou outra cobra venenosa

- Manter a vítima imóvel e tranquila.
- Desinfectar o local da mordedura (ver Feridas, pág. 35).
- Colocar um garrote ou ligadura, não muito apertado nem durante muito tempo, acima da zona mordida, para tentar evitar a difusão rápida do veneno.



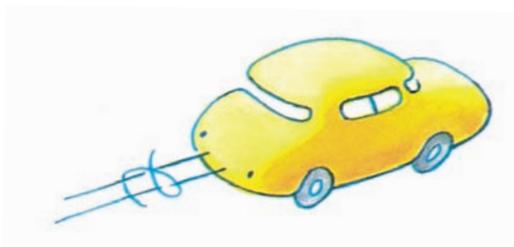
Atenção: esta manobra só tem interesse se executada logo após a mordedura.

- Prevenir e combater o estado de choque (ver pág. 31).
- Dar a beber chá quente com açúcar.
- Manter a vítima em vigilância; em caso de paragem respiratória realizar o Suporte Básico de Vida (ver pág. 68).

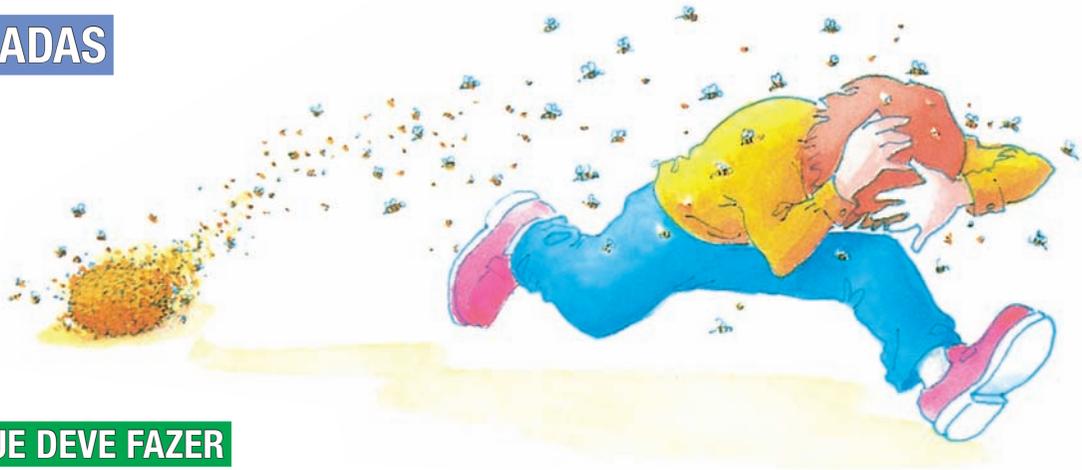
É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Dar a beber bebidas alcoólicas.
- Queimar a ferida.
- Chupar a ferida.
- Tentar golpear a zona mordida.



PICADAS



O QUE DEVE FAZER

Picadas de abelhas e vespas

- Retirar o ferrão com uma pinça.
- Desinfectar com anti-séptico (Betadine dérmico).
- Aplicar gelo localmente.

Note bem

- Necessitam de cuidados especiais e de transporte urgente ao Hospital os casos de:
 - Picadas múltiplas (enxame).
 - Pessoas alérgicas.
 - Picadas na boca ou na garganta (pelo risco de asfixia).

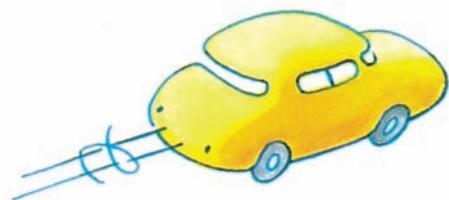
Picadas de peixes venenosos/ouriços/alforrecas

Estas picadas provocam, por vezes, dores muito intensas.

- Aplicar no local cloreto de etilo ou, na sua falta, gelo (durante \pm 10 minutos).



Se não se obtiverem bons resultados, transportar com urgência ao Hospital.



POLITRAUMATIZADO

POLITRAUMATIZADO

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

QUEIMADURAS

QUEIMADURAS

REANIMAÇÃO
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

REANIMAÇÃO
SUPORTE BÁSICO DE VIDA

POLITRAUMATIZADO

Politraumatizado é um sinistrado que sofreu traumatismos múltiplos.

O QUE DEVE FAZER

- Se a vítima estiver consciente, tentar acalmá-la.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.
- Vigiar a respiração e o pulso.
- Fazer o primeiro socorro indicado para cada um dos traumatismos.
- Activar o Serviço de Emergência Médica.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Deslocar a vítima. Se houver absoluta necessidade de a remover do local, deve proceder como indicado para traumatismos de coluna (pág. 58).

1. TRAUMATISMO CRANIANO

Deve-se suspeitar sempre de traumatismo craniano se a vítima apresentar um ou mais dos seguintes sinais e/ou sintomas.

SINAIS E SINTOMAS

- Ferida do couro cabeludo ou hematoma.
- Perda de conhecimento.
- Diminuição da lucidez e/ou sonolência.
- Vômitos.
- Perturbações do equilíbrio.
- Uma das pupilas mais dilatadas.
- Paralisia de qualquer parte do corpo.
- Saída de sangue ou líquido cefalorraquidiano pelo nariz, boca ou ouvidos.



O QUE DEVE FAZER

- Acalmar a vítima.
- Colocá-la sobre uma superfície dura, sem almofada, entre dois lençóis enrolados.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

2. TRAUMATISMO DA FACE

O QUE DEVE FAZER

- Colocar a vítima em posição semi-sentada.
- Lavar-lhe cuidadosamente o nariz e os olhos com soro fisiológico para que não haja obstrução das vias respiratórias.
- Se houver suspeita de fractura do maxilar, procurar imobilizá-lo (ver pág. 40).
- Activar o Serviço de Emergência Médica.

Transportar imediatamente para o Hospital.

3. TRAUMATISMO TORÁCICO

Traumatismo grave por poder afectar a ventilação se houver perfuração do pulmão. Nesse caso a vítima pode apresentar um ou mais dos seguintes sintomas:

SINAIS E SINTOMAS

- Dificuldade respiratória.
- Lábios e unhas roxas.
- Pulso fraco e rápido.
- Agitação.
- Confusão e delírio.

O QUE DEVE FAZER

- Acalmar a vítima.
- Colocá-la em posição semi-sentada, voltando-a para o lado da zona atingida.
- Se existir ferimento, cobri-lo com gase vaselinada para impedir a entrada de ar.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital, através do Serviço de Emergência Médica.

4. TRAUMATISMO DA COLUNA VERTEBRAL

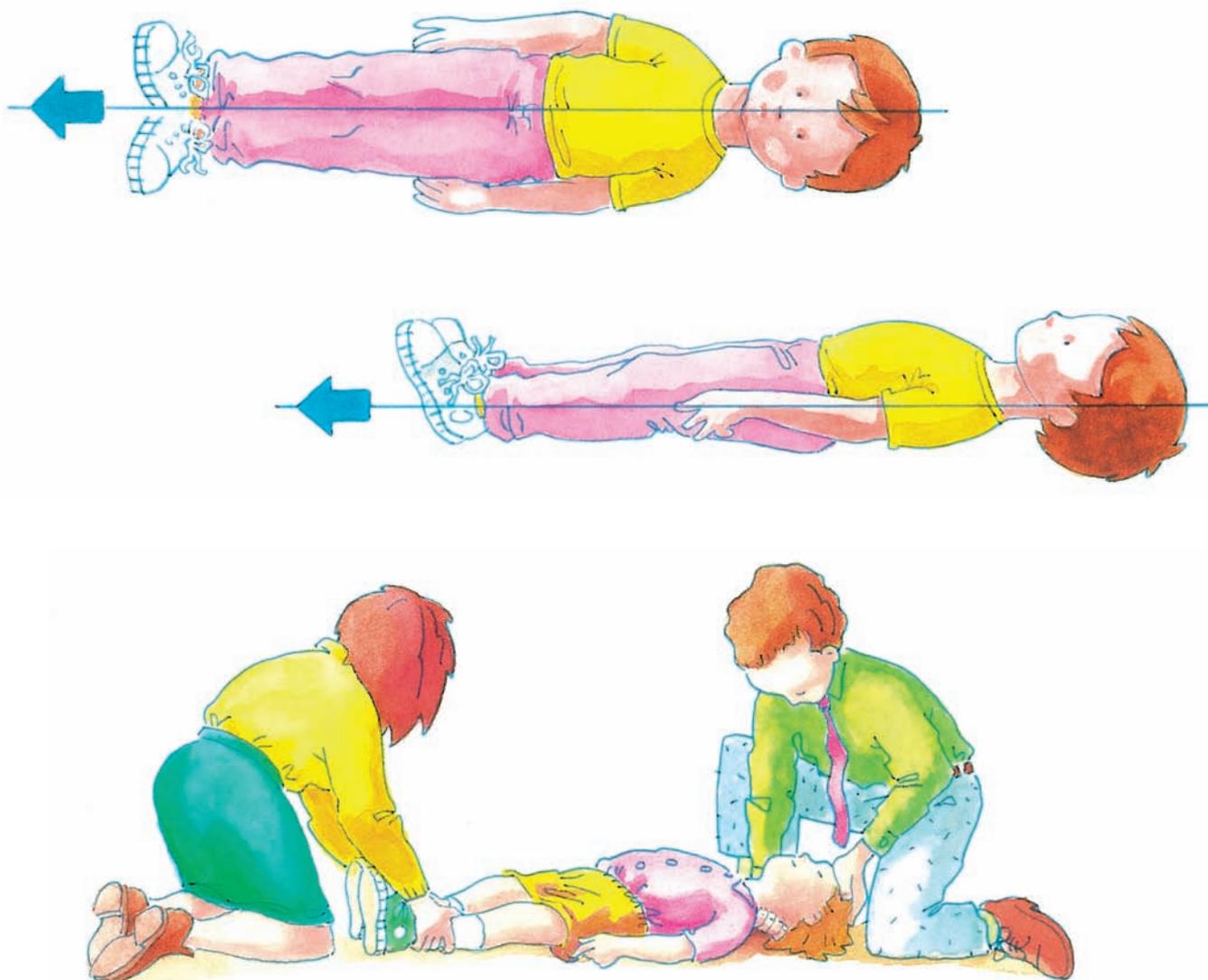
Deve-se suspeitar sempre de lesão da coluna vertebral se a vítima, após o traumatismo, apresenta um ou mais dos seguintes sintomas:

SINAIS E SINTOMAS

- Impossibilidade de fazer movimentos.
- Dor no local do traumatismo.
- Sensação de “formigueiro” nas extremidades (mãos/pés).
- Insensibilidade de qualquer parte do corpo.

O QUE DEVE FAZER

- Com a ajuda de outras pessoas, colocar a vítima num plano horizontal, respeitando o eixo do corpo, e mantê-la estabilizada até chegar a ambulância.



É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

Atenção

- Depois da ambulância chegar, levantar a vítima cuidadosamente mantendo a tracção.
- Depois de colocada na maca, transportá-la ao Hospital a uma velocidade moderada.

5. TRAUMATISMO ABDOMINAL

O traumatismo abdominal é uma lesão provocada por acção mecânica sobre o abdómen (queda ou pancada), capaz de causar fractura ou ruptura de vísceras.

SINAIS E SINTOMAS

Se houver fractura ou ruptura de vísceras, os sinais e sintomas são idênticos aos referidos para as hemorragias internas.

- Dor local.
- Sede.
- Pulso progressivamente mais rápido e mais fraco.

Em casos ainda mais graves:

- Palidez.
- Suores frios.
- Arrefecimento, sobretudo das extremidades.
- Zumbidos.
- Alterações do estado de consciência.

O QUE DEVE FAZER

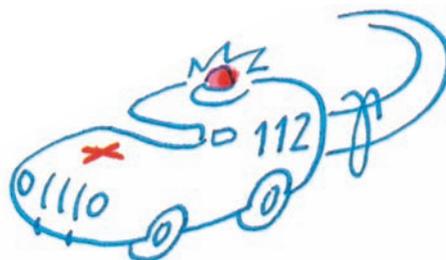
- Acalmar a vítima e mantê-la acordada.
- Cobrir a ferida, caso exista.
- Colocar a vítima em posição semi-sentada com as pernas flectidas e transportá-la ao Hospital.
- Mantê-la confortavelmente aquecida.



É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital, através da Emergência Médica.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Dar de beber ou comer.



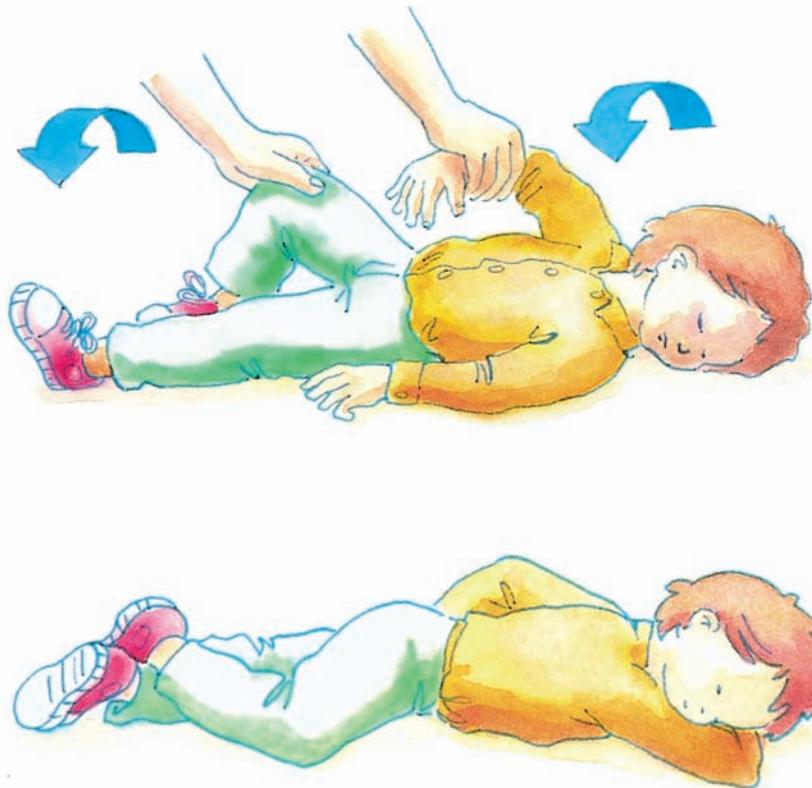
POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

A Posição Lateral de Segurança (PLS) deve ser utilizada nas pessoas inconscientes que mantenham a ventilação.

Esta posição previne a obstrução das vias aéreas superiores, permitindo uma melhor ventilação.

O QUE DEVE FAZER

- Com a vítima deitada, rodar a cabeça para o lado (para impedir a queda da língua para trás e a sufocação por sangue, vômitos ou secreções).
- Pôr o braço do lado para onde virou a cabeça ao longo do corpo.
- Flectir a coxa do lado oposto.
- Rodar lentamente o bloco cabeça-pescoço-tronco, mantendo a vítima estável.
- Manter a posição da cabeça virada para o lado.



QUEIMADURAS

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

A gravidade da queimadura depende de vários factores:

- Da zona atingida pela queimadura.
- Da extensão da pele queimada.
- Da profundidade da queimadura.

SINAIS E SINTOMAS

De acordo com a profundidade atingida, as queimaduras classificam-se em 3 graus:

Queimadura do 1.º grau

São as queimaduras menos graves; apenas a camada externa da pele (epiderme) é afectada. A pele fica vermelha e quente e há sensação de calor e dor (queimadura simples). Curam em 3 a 6 dias e habitualmente não deixam cicatriz.

Queimadura do 2.º grau

Às características da queimadura do 1.º grau junta-se a existência de bolhas com líquido ou flictenas.

Esta queimadura já atinge a derme e é bastante dolorosa (queimadura mais grave). Demoram 7 a 21 dias até estarem curadas, podendo deixar cicatriz.

Queimadura do 3.º grau

Às características das queimaduras dos graus 1 e 2 junta-se a destruição de tecidos e terminações nervosas.

A queimadura atinge tecidos mais profundos, provocando uma lesão grave e a pele fica carbonizada ou esbranquiçada e edemaciada.

Geralmente não são dolorosas. Necessitam, muitas vezes, de cirurgia para enxertos de pele e habitualmente deixam cicatriz (queimadura muito grave).

A vítima pode entrar em estado de choque.



O QUE DEVE FAZER

- Remover a fonte de calor.
- Se a roupa estiver a arder, envolver a vítima numa toalha molhada ou, na sua falta, fazê-la rolar pelo chão ou envolvê-la num cobertor.
- Retirar a roupa (à exceção de sintéticos, por ex. *nylon*) que estiver quente, queimada ou exposta a químicos.
- Se a vítima se queimou com água ou outro líquido a ferver, despi-la imediatamente.
- No caso de queimadura com produtos químicos, deve-se irrigar o local da queimadura com água para ajudar a diluir o agente responsável, com exceção para os casos de queimadura com pó. Neste caso, o pó deve ser removido sem molhar.
- Dar água a beber frequentemente.

Se a queimadura for do 1.º grau (queimadura simples)

- Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água corrente até a dor acalmar.



Se a queimadura for do 2.º grau (com bolhas)

- Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água tépida, até a dor acalmar.
- Nunca rebentar as bolhas e cobrir com compressa esterilizada vaselinada (não aderente).
- Se as bolhas rebentarem, não cortar a pele da bolha esvaziada: tratar como qualquer outra ferida (ver Feridas, pág. 35). O penso deve manter-se 48 horas (se tiver exsudado mudar regularmente) e só depois expor a zona queimada ao ar para evitar o risco de infecção/tétano.
- Se estiver longe do hospital, pode ser usada película aderente a envolver a área queimada, para isolar do exterior.

Transportar a vítima para o Hospital.

Se a queimadura for do 3.º grau (profunda)

- Arrefecer a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água corrente.
- Tratar como qualquer outra ferida (ver pág. 35).
- Se a queimadura for muito extensa, envolver a vítima num lençol lavado e que não largue pêlos, previamente humedecido com soro fisiológico ou, na sua falta, com água simples.



É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Retirar qualquer pedaço de tecido que tenha ficado agarrado à queimadura.
- Rebentar as bolhas ou tentar retirar a pele das bolhas que rebentaram.
- Aplicar sobre a queimadura outros produtos além dos referidos.
- Aplicar gelo directamente na queimadura.
- Arrefecer a queimadura por períodos superiores a 10 minutos, especialmente quando ocupa áreas superiores a 20% do corpo.

Note bem:

- O tratamento das queimaduras deve ser feito no Hospital, sempre que houver dúvidas, nomeadamente sobre a gravidade, extensão e tratamento a realizar.
- Deve transportar imediatamente a vítima ao Hospital se:
 - Considerar que a queimadura pode ser de 2.º ou 3.º grau.
 - A zona queimada for grande, ainda que não pareça grave (área do corpo superior a 10%).
 - Afectar zonas particularmente sensíveis (mãos, pés, zona genital, rosto ou couro cabeludo).
 - Tiver sido provocada por fogo, electricidade ou substância química.
 - A queimadura parecer estar infectada (com pus, inchada ou vermelha).

REANIMAÇÃO/SUORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

O QUE É O SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O SBV consiste num conjunto de procedimentos realizados sem recurso a equipamento específico, e que tem como objectivo a manutenção da vida e o ganho de tempo, até à chegada de ajuda especializada.

O SBV inclui:

- Avaliação inicial (verificar condições de segurança e se a vítima responde).
- Permeabilização das vias respiratórias.
- Ventilação com ar expirado (respiração boca a boca).
- Compressão do tórax (compressão cardíaca externa).

CAUSAS MAIS FREQUENTES DE PARAGEM RESPIRATÓRIA

- Obstrução das vias respiratórias por corpo estranho (ver pág. 16).
- Afogamento (ver pág. 11).
- Electrocussão (choque eléctrico) (ver pág. 19).
- Traumatismo craniano (ver pág. 57).

O QUE DEVE FAZER

Perante uma vítima inerte, aparentemente inconsciente, deve verificar:

- Se está inconsciente (verificar se responde).
- Se respira (ver os movimentos respiratórios, ouvir os sons respiratórios junto à boca da vítima e sentir o ar na face, durante dez segundos).
- Se tem sinais de circulação (verificar se existe movimento e verificar o pulso na artéria carótida, localizada no pescoço).

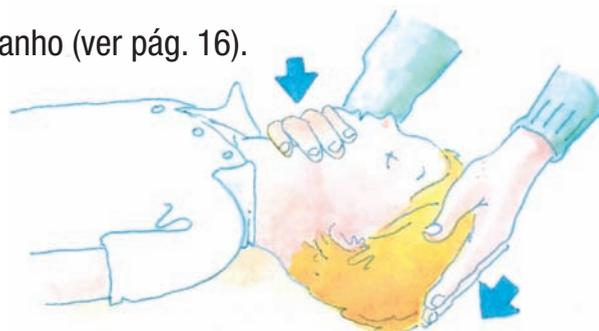


Fig. 10

Estes procedimentos podem salvar a vida, sobretudo quando a causa de paragem cardiorrespiratória está essencialmente relacionada com a obstrução da via respiratória.



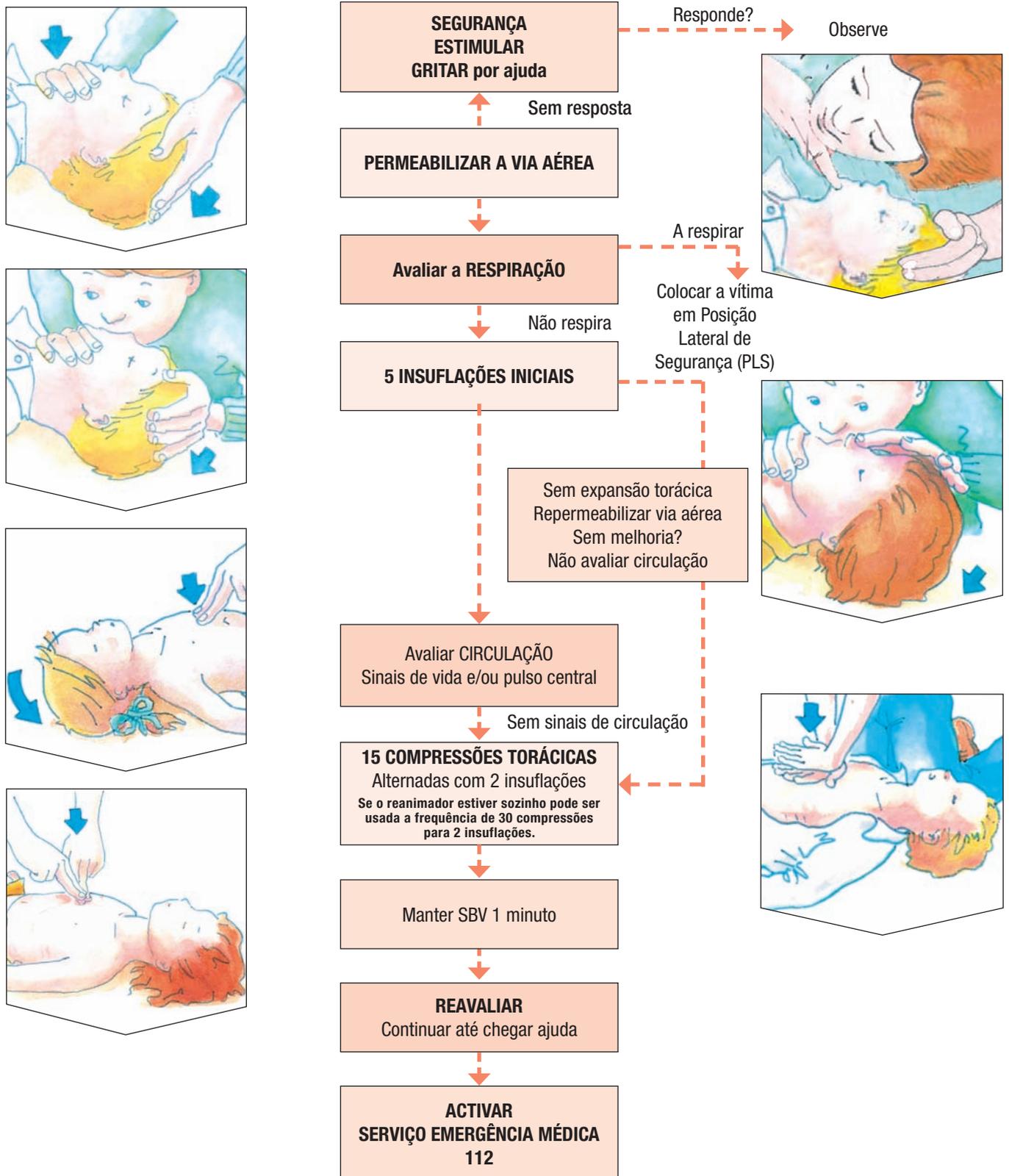
Fig. 11



Fig. 12

Assim, perante um lactente ou criança inanimada deve ser iniciado o SBV de acordo com o seguinte algoritmo:

Suporte Básico de Vida no Lactente/Criança



PERMEABILIZAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

1. Deve certificar-se que as vias respiratórias se encontram desobstruídas e proceder como recomendado (pág. 16).
2. Manter a vítima na posição em que foi encontrada (se possível), colocar-lhe uma mão na testa, exercendo uma ligeira pressão para provocar a extensão da cabeça. Manter o polegar e o indicador livres para tapar o nariz, caso seja necessário iniciar a ventilação boca a boca.
3. Com a ponta de dois dedos da outra mão colocados por debaixo do maxilar inferior, levantar o queixo da vítima. Esta manobra pode ajudar a reiniciar a respiração.
4. Se tiver dificuldade em executar estas manobras na posição inicial, mobilizar a vítima, virando-a de costas e proceder como recomendado nos pontos 1 e 2.

Nota: se houver suspeita de traumatismo cervical, fazer a extensão do queixo sem mobilizar nem flectir a cabeça.

MANUTENÇÃO DA CIRCULAÇÃO

TÉCNICA DE COMPRESSÃO CARDÍACA EXTERNA

Um reanimador:

- **Lactente (< 1 ano)** – posicionar o bebé de costas, apoiado sobre uma superfície dura e colocar os dois dedos médio e indicador apoiados no tórax a nível do terço inferior do esterno. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve iniciar as compressões sem demora a um ritmo de 30 compressões para duas insuflações (30:2).
- **Criança** – posicionar a criança de costas, apoiada sobre uma superfície dura e colocar uma ou duas mãos, apoiadas no terço inferior do esterno de acordo com a preferência do reanimador. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve iniciar as compressões, sem demora, a um ritmo de 30 compressões para duas insuflações (30:2).

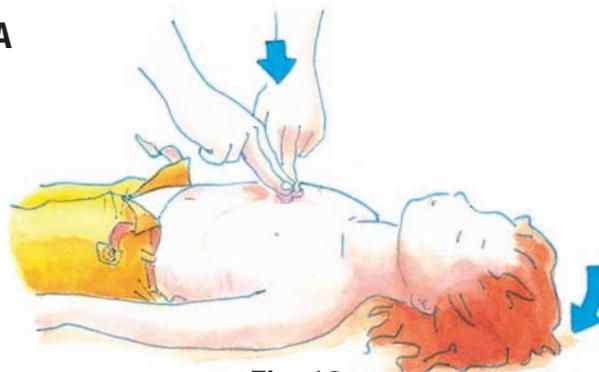


Fig. 13

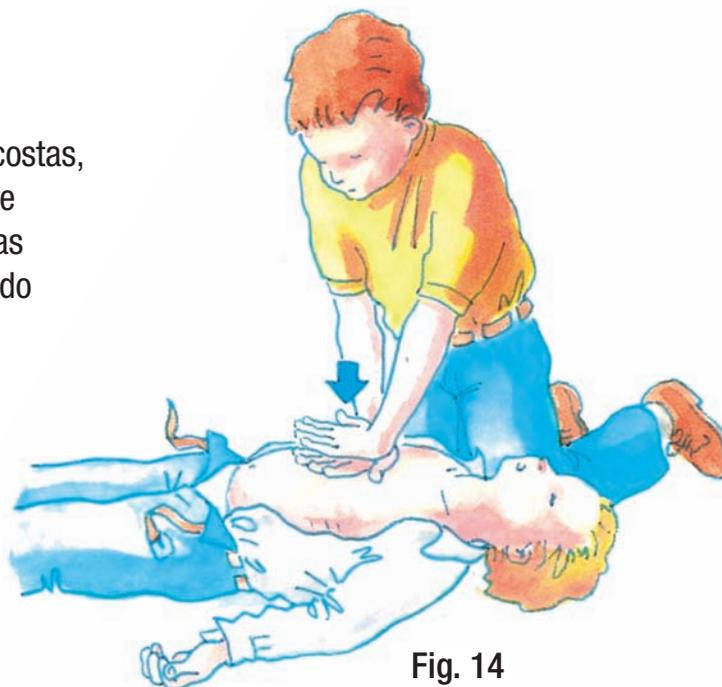


Fig. 14

Dois reanimadores:

- **Lactente (< 1 ano)** – posicionar o bebê de costas apoiado, sobre uma superfície dura e colocar os dois dedos polegares sobre a ponta do esterno e as mãos envolvendo o tórax. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve-se iniciar as compressões, sem demora, a um ritmo de 15 compressões para duas insuflações (15:2).

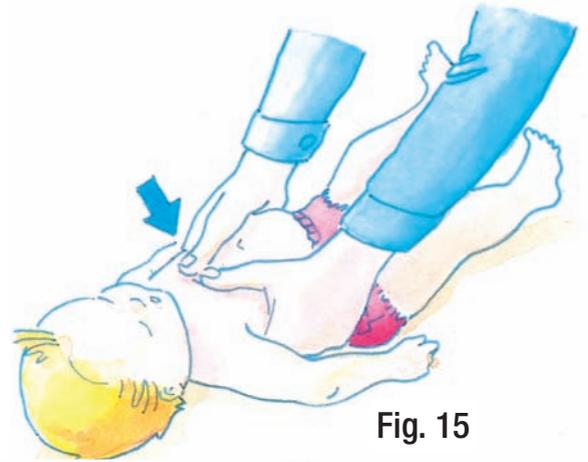


Fig. 15

- **Criança** – posicionar a criança de costas, apoiada sobre uma superfície dura e colocar a palma de uma ou duas mãos sobrepostas (de acordo com a preferência do reanimador) a cerca de 3 cm da ponta do esterno. Iniciar com 5 insuflações; caso não haja resposta, deve-se iniciar as compressões, sem demora, a um ritmo de 15 compressões para duas insuflações (15:2).

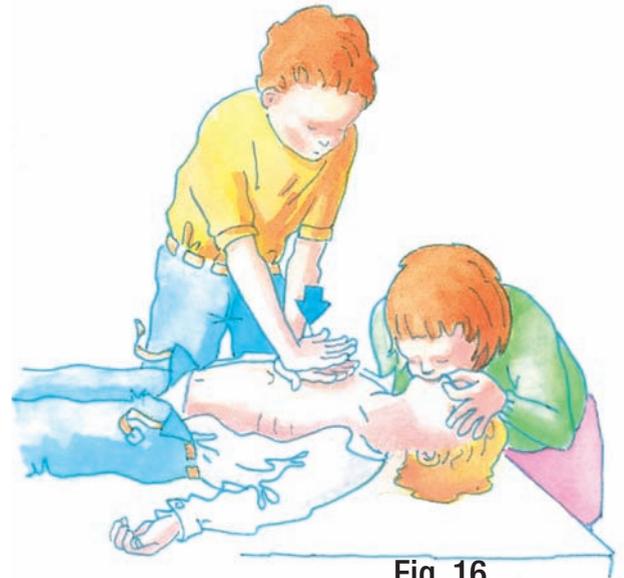


Fig. 16

MODIFICAÇÕES PARA O SBV NO JOVEM/ADULTO

- A decisão de iniciar o Suporte Básico de Vida (SBV) é tomada quando a vítima não responde e não respira normalmente.
- Os reanimadores devem colocar a mão no centro do tórax.
- A relação compressões-ventilações no jovem/adulto é de trinta compressões para duas insuflações (30:2).
- A reanimação começa por 30 compressões torácicas, a iniciar imediatamente a seguir à confirmação de paragem cardiorrespiratória, e não pelas cinco ventilações iniciais.

Atenção:

Logo que a vítima respire normalmente, colocá-la em Posição Lateral de Segurança (PLS, pág. 61) e mantê-la confortavelmente aquecida. Em qualquer situação, mesmo de aparente recuperação total, a vítima deve ser enviada ao Hospital.



É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

DOENÇA CRÓNICA

DOENÇA CRÓNICA

CRISE DE HIPOGLICÉMIA

CRISE DE HIPOGLICÉMIA

CONVULSÃO

CONVULSÃO

CRISE ASMÁTICA

CRISE ASMÁTICA

DOENÇA CRÓNICA

Algumas situações de urgência surgem ligadas a DOENÇA CRÓNICA, sendo aconselhável saber como actuar face às crianças/jovens que a apresentam.

O QUE DEVE FAZER

- Procurar saber (junto das Famílias e/ou Equipas de Saúde Escolar):
 1. Se a criança/jovem faz alguma medicação: qual, horário, como administrá-la e eventuais efeitos secundários.
 2. Que cuidados especiais deve ter e o que não deve fazer.
 3. Se pode ou não praticar exercício físico e de que tipo.
 4. Quais os sinais/sintomas de alarme e como reconhecê-los.
 5. Quem e que serviços contactar em caso de crise.
 6. O que fazer nas crises, descompensações e/ou agudizações.

- Transmitir segurança à criança/jovem, dando a noção de que acredita nas suas capacidades e potencialidades.
- Ensiná-la/o a viver a doença com optimismo.
- Promover a sua autonomia e a auto-imagem.
- Promover um ambiente estimulante e adequado.
- Desenvolver espírito cívico de interajuda.
- Evitar atitudes de condescendência, superprotecção e/ou pena.

Note bem

Na doença crónica, mais do que em qualquer outra situação, o fundamental é sempre equilibrar **atenção, amor, compreensão**.

CRISE DE HIPOGLICÉMIA (DIABETES)

A diabetes é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue. Esta doença resulta de um deficiente funcionamento do pâncreas e da capacidade do nosso organismo usar a glicose (açúcar).

A diabetes da criança e do jovem requer tratamento com insulina.

A complicação mais grave e frequente do diabético é a crise de HIPOGLICÉMIA (baixa de açúcar no sangue). Ocorre habitualmente por atraso ou falha de uma refeição, vômitos, insulina em excesso, má técnica na administração de insulina ou actividade física intensa, surgindo então alguns dos seguintes sinais e sintomas.

SINAIS E SINTOMAS

- Palidez, suores, tremores das mãos.
- Fome intensa.
- Confusão mental, raciocínio lento, bocejos repetidos, expressão apática, “apalermada”.
- Voz entaramelada.
- Alterações de humor: irritabilidade, agressividade, “rabujice”, teimosia, apatia.
- Palpitações, pulso rápido.
- Perda da fala e dos movimentos activos.
- Desmaio, convulsão, coma.

O QUE DEVE FAZER

Hipoglicémia moderada

- Lidar com a pessoa com calma, meiguice e delicadeza (habitualmente há rejeição e teimosia em relação ao que lhe é proposto).
- Dar açúcar:
 - 1 colher de sopa cheia ou 2 pacotes de açúcar (10 a 15 g). Aguardar 2-3 minutos e repetir a operação até melhoria dos sintomas.
 - Determinar, se possível, uma glicémia capilar com o kit individual que habitualmente as pessoas diabéticas transportam consigo.
 - Após melhoria (mais ou menos 10 a 15 minutos), dar hidratos de carbono de absorção lenta (pão de mistura, bolachas de água e sal ou integrais, ou tostas).



Hipoglicemia grave

Vítima com alterações de consciência.

- Deitar a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS, ver pág. 61).
- Fazer uma papa de açúcar e colocá-la no interior da bochecha.
- Se a vítima não recuperar, chamar o 112.

O QUE NÃO DEVE FAZER

- Deixar a vítima sozinha.
- Dar líquidos açucarados à vítima com alterações de consciência.

Note bem

Utilize o açúcar à menor suspeita, pois tomado em exagero de vez em quando não prejudica, enquanto a falta ou o atraso ataca o cérebro e pode levar ao coma e à morte.

Se a vítima não consegue engolir, é uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

Não perder tempo!



CONVULSÃO

Uma convulsão é a resposta a uma descarga eléctrica anormal no cérebro.

É muitas vezes conhecida por “ataque” e caracteriza-se por alguns dos seguintes sinais ou sintomas.

SINAIS E SINTOMAS

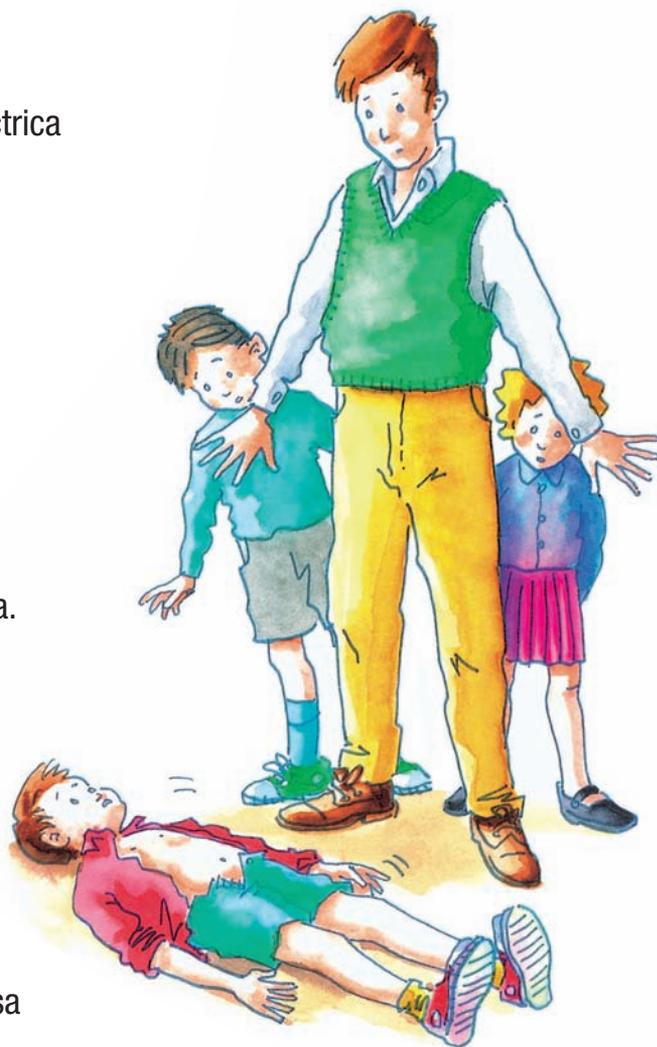
- Face arroxeadada.
- Movimentos bruscos e descontrolados da cabeça e/ou extremidades.
- Perda de consciência, com queda desamparada.
- Olhar vago, fixo e/ou “revirar dos olhos” (precede os anteriores).
- “Espumar pela boca”.
- Perda de urina e/ou fezes.
- Morder a língua e/ou lábios.

O QUE DEVE FAZER

- Afastar todos os objectos onde a vítima se possa magoar e amparar-lhe a cabeça com a mão ou com um objecto macio (camisola, toalha).
- Desapertar a roupa à volta do pescoço.
- Tornar o ambiente calmo, afastando os curiosos.
- Anotar a duração da convulsão.
- Acabada a fase de movimentos bruscos, colocar a vítima na Posição Lateral de Segurança (PLS, ver pág. 61).
- Manter a vítima num ambiente tranquilo e confortável.
- Avisar os Pais.
- Enviar a vítima ao Hospital sempre que:
 - for a primeira convulsão;
 - durar mais de 8 minutos;
 - se repetir.

Atenção:

Na criança pequena (idade inferior a 5 anos), a convulsão pode ser provocada (ou acompanhada) por febre. Quando a crise terminar, deve verificar a temperatura axilar e se tiver mais de 37,5 °C administrar antipirético sob a forma de supositório (Paracetamol, por exemplo: Ben-U-Ron, Tylenol ou similar).



O QUE NÃO DEVE FAZER

- Tentar imobilizar a vítima durante a fase de movimentos bruscos.
- Tentar introduzir-lhe qualquer objecto na boca, nomeadamente dedos, lenços, panos, espátulas, colheres, etc.
- Tentar acordá-la ou forçá-la a levantar-se.
- Dar-lhe, seja o que for, a comer, a beber ou a cheirar.

CRISE ASMÁTICA

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

Esta obstrução generalizada é variável e os sintomas podem reverter espontaneamente ou através de tratamento.

A criança/jovem com asma é capaz de reagir com uma crise de falta de ar em situações de exercício intenso (nomeadamente corrida), conflito, ansiedade, castigos, etc.

SINAIS E SINTOMAS

- Tosse seca e repetitiva.
- Dificuldade em respirar.
- Respiração sibilante, audível, ruidosa (“pieira” e/ou “farfalheira”).
- Sensação de falta de ar.
- Comportamento agitado.
- Respiração rápida e difícil.
- Pulso rápido, palidez e suores.
- Prostração, apatia (“ar parado”).

Note bem

Na fase de agravamento da crise, a respiração é muito difícil, lenta e há cianose das extremidades, isto é, as unhas e os lábios estão arroxeados.

É uma situação grave que necessita transporte urgente para o Hospital.

O QUE DEVE FAZER

- É importante ser capaz de conter a angústia e a ansiedade da criança/jovem, falando calmamente e assegurando-lhe rápida ajuda médica.
- Deve ficar com a criança/jovem num local arejado onde não haja pó, cheiros ou fumos.
- Colocá-la numa posição que lhe facilite a respiração (ver fig. 17).
- Contactar e informar a família.
- Identificar e ajudar a administrar o tratamento prescrito (broncodilatador) que normalmente acompanha a pessoa.

Note bem

Se não houver melhoria, a criança deve ser transportada para o Hospital.



Fig. 17



ISBN 972-742-330-9



9 789727 423309