



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a  
especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de  
Saúde Comunitária e Saúde Pública

**EMPODERAMENTO DA COMUNIDADE EDUCATIVA  
PARA INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE SAÚDE  
URGENTES**

**EDUCATIONAL COMMUNITY EMPOWERMENT FOR  
URGENT HEALTH SITUATIONS INTERVENTION**

Por

Cláudia Alexandra Bacalhau Ramalho

Lisboa 2020





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a  
especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de  
Saúde Comunitária e Saúde Pública

**EMPODERAMENTO DA COMUNIDADE EDUCATIVA  
PARA INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE SAÚDE  
URGENTES**

**EDUCATIONAL COMMUNITY EMPOWERMENT FOR  
URGENT HEALTH SITUATIONS INTERVENTION**

Por

Cláudia Alexandra Bacalhau Ramalho

Sob a orientação de Prof<sup>a</sup> Doutora Amélia Simões Figueiredo

Lisboa 2020



“Hoje é o primeiro dia do resto da minha vida.  
O futuro só depende do que fazemos no presente.  
Um passo de cada vez.”

Mahatma Gandhi



Aos meus pais e às minhas filhas



## AGRADECIMENTOS

“Agradecer o bem que recebemos é retribuir um pouco do bem que nos foi feito”

Augusto Branco

Chegar à etapa final do 2º ciclo de estudos é o culminar de um projeto pessoal, profissional e familiar que exigiu uma articulação rigorosa entre os vários membros da equipa profissional e familiar. Com isto, quero dizer que não caminhei sozinha neste percurso: tive o privilégio de ter comigo várias pessoas que me acompanharam, guiaram, apoiaram até ao ponto em que hoje me encontro.

Gostaria então de agradecer a todos quantos tornaram possível eu chegar à meta, alcançando os objetivos a que me propus,

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Amélia Maria Simões Figueiredo, por toda a orientação, disponibilidade, dedicação, amizade e motivação que muito contribuiu para a concretização deste projeto;

À Enfermeira Gestora da UCC e Orientadora, por tão calorosamente me ter recebido na *sua* Unidade de Cuidados na Comunidade e me ter ajudado a fazer a ponte entre a prática profissional e a disciplina da Enfermagem, indicando o caminho a seguir, por tudo o que me permitiu aprender e desenvolver;

À Equipa da UCC, em especial à Equipa de Saúde Escolar e muito particularmente à sua Enfermeira Interlocutora, companheira e também mentora na etapa do estágio final, por todo o saber que partilhou e o muito que me apoiou;

À Ana Chambel, à Ana Januário, à Lúcia Domingues e à Sara Fialho, amigas não de sempre, mas para sempre que encontrei nesta caminhada e que levo comigo. Grata pela partilha, pelo suporte e pelas risadas;

Aos meus colegas de trabalho pela paciência, por me escutarem, por estarem lá, sempre que foi necessário;

À minha família, aos meus pais, ao João, à Joana e à Catarina, pelo amor e apoio incondicional. São o meu pilar de força, o meu foco na consecução deste objetivo e de tudo o mais na vida;

A todos o meu sincero Obrigado



## RESUMO

Prestar auxílio ao próximo, em especial numa situação de risco de vida, é algo intrínseco ao ser humano desde sempre. As pessoas revêm-se no outro e enquanto seres sociais querem melhorar a condição de quem precisa de ajuda. Nem sempre isto acontece da melhor forma ou por medo ou por falta de conhecimento.

O programa nacional de saúde escolar, num dos seus objetivos operacionais, estabelece metas para a formação dos seus profissionais (docentes e não docentes) em primeiros socorros e suporte básico de vida. Foi identificado pela mestranda, no regular funcionamento da prática profissional da enfermeira orientadora durante o estágio final, um problema de saúde na comunidade educativa: **Défi ce de conhecimentos sobre primeiros socorros e suporte básico de vida nos profissionais dos estabelecimentos de ensino**. A aplicação da grelha diagnóstica do modelo de avaliação, intervenção e empoderamento comunitário de Melo (2017), estabeleceu-se o diagnóstico de situação: **Gestão comunitária comprometida**.

Assim, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária visando o empoderamento desta comunidade, tendo por base metodológica o processo de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1993). O objetivo geral fixado foi contribuir para potenciar os profissionais da comunidade educativa a atingir o máximo nível de empoderamento comunitário no âmbito da intervenção em primeiros socorros e o suporte básico de vida até ao final do ano letivo 2019/2020.

As estratégias utilizadas foram reunir com os líderes desta comunidade e realizar sessões de educação para a saúde sobre as temáticas prioritizadas: Como atuar em situações de saúde urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e suporte básico de vida.

A operacionalização do projeto resultou no ganho de conhecimento em primeiros socorros e suporte básico de vida. O grau de satisfação quanto às sessões desenvolvidas foi elevado e confirmou-se inequivocamente que a temática desenvolvida é importante para esta comunidade. Os objetivos propostos foram na sua globalidade conseguidos, na certeza, porém, que este projeto de intervenção será replicado.

**Palavras chave:** Empoderamento; Comunidade Educativa; Primeiros Socorros; Suporte Básico de Vida



## ABSTRACT

Helping others, especially in a life-threatening situation, is intrinsic to humans since ever. We see ourselves in each other and as social beings we want to improve the condition of those who need help. This does not always happen in the best way, either out of fear or lack of knowledge.

The national school health program, in one of its operational objectives, sets goals for the training of its professionals (teachers and non-teachers) in first aid and basic life support. A health problem in the educational community was identified by the master student, in the regular functioning of the professional practice of the tutor nurse, during the final stage of the master degree specialization course: **Lack of knowledge about first aid and basic life support in school professionals**. Applying the diagnostic grid of the Melo evaluation, intervention and community empowerment model-MAIEC (2017), the situation diagnosis established was: **compromised community management**.

A community intervention project was developed aimed at empowering this community, based on the methodological process of health planning of Imperatori and Giraldes (1993). The general objective set was to enhance professionals in the educational community to achieve the maximum level of community empowerment in the context of first aid intervention and basic life support by the end of the 2019/2020 school year.

The strategies used were to meet with the leaders of this community and hold health education sessions on the prioritized themes: How to act in urgent health situations, applying knowledge of first aid and basic life support.

After its operationalization, there was gain of knowledge in first aid and basic life support. The degree of satisfaction with the sessions developed was high and it was unequivocally confirmed that the theme developed is important for this community. The proposed objectives were achieved as a whole, in certainty, however, that this planning formulation will be replicated.

**Keywords:** Empowerment; School Community; First Aid; Basic Life Support



## **ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

ADL - Acidentes Domésticos e de Lazer

AHA – American Heart Association

APA - American Psychological Association

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ARC – American Red Cross / Cruz Vermelha Americana

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

EARS – Empowerment Assessment Rating Scale

EAvEC - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário.

ERC – European Resuscitation Council

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

GRADE - Grading Recommendations Assessment, Development e Evaluation

IFASAB -International First Aid Science AdvisoryBoard

ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MAIEC – Modelo Avaliação Intervenção e Empoderamento Comunitário

MCTES – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PES – Projeto Educativo de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PS – Primeiros Socorros

RCP – Reanimação Cardiorrespiratória

REEPS - Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde

SBV – Suporte Básico de Vida

SEERS - Scientific Evidence Evaluation and Review System

SES – Sessão Educação Saúde

SHE – School Health Promotion (Rede das Escolas pela Saúde na Europa)

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública



## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>1. PROMOÇÃO DE SAÚDE NA COMUNIDADE EDUCATIVA</b> .....	27
<b>1.1. Conhecimento da Comunidade Educativa sobre Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida</b> .....	34
<b>1.1.1. Prevenção de Acidentes em Meio Escolar</b> .....	38
<b>1.1.2. Conceito de Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida</b> .....	39
<b>1.2. Primeiros Socorros e SBV como Ato de Cidadania – Reflexo da Capacitação Comunitária?</b> .....	42
<b>2. MAIEC: MODELO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO</b> .....	45
<b>2.1. Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário</b> .....	50
<b>3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – SITUAÇÕES DE SAÚDE URGENTES: COMO AGIR!</b> .....	53
<b>3.1 A Metodologia de Planeamento em Saúde</b> .....	53
<b>3.2. Contexto de Estágio -A Unidade Funcional Unidade de Cuidados na Comunidade</b> ....	54
<b>3.3. Diagnóstico de Situação</b> .....	56
<b>3.4. Priorização das Necessidades em Saúde</b> .....	61
<b>3.5. Fixação de Objetivos</b> .....	63
<b>3.6. Seleção de Estratégias</b> .....	66
<b>3.7. Elaboração e execução do projeto: Situações de Saúde Urgentes: Como Agir!</b> .....	67
<b>3.8. Avaliação</b> .....	71
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO</b> .....	77
<b>4.1. Competências Comuns do Enfermeiros Especialista</b> .....	77
<b>4.2. Competências Específicas do Enfermeiros Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de especialização de Saúde Comunitária e Saúde Pública</b> .....	79
<b>4.3. Competências Atribuídas ao Grau de Mestre</b> .....	80
<b>4.4. Produção associada ao desenvolvimento de competências</b> .....	81
<b>4.5. Implicações para a Profissão e para a Disciplina de Enfermagem</b> .....	82
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	85
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	87
<b>APÊNDICES</b> .....	95
<b>Apêndice I – Fluxograma Prisma</b> .....	97
<b>Apêndice II - Quadros de Extração de Resultados da Revisão de Literatura</b> .....	99

<b>Apêndice III – Projeto Individual de Aprendizagem .....</b>	<b>109</b>
<b>Apêndice IV –Guião para levantamento de necessidades em reunião com informadores – chave .....</b>	<b>125</b>
<b>Apêndice V – Análise Conteúdo - Organização das unidades de registo por assunto .....</b>	<b>129</b>
<b>Apêndice VI – Análise Categorical – Grelha de análise categorial .....</b>	<b>133</b>
<b>Apêndice VII – Plano de Sessão de Educação em Saúde (SES) .....</b>	<b>137</b>
<b>Apêndice VIII – Diapositivos Apresentados nas Sessões de Educação para a Saúde .....</b>	<b>145</b>
<b>Apêndice IX– Questionário de Avaliação de Conhecimentos em SBV/PS.....</b>	<b>151</b>
<b>Apêndice X – Grelha de Respostas ao Questionário de Avaliação de Conhecimentos em SBV/PS .....</b>	<b>155</b>
<b>Apêndice XI– Questionário de Avaliação da Sessão .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>163</b>
<b>Anexo I – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário - EAvEC .....</b>	<b>167</b>
<b>Anexo II – Gráfico Radar que reflete os níveis de empoderamento de comunidades avaliadas pela EAvEC.....</b>	<b>171</b>
<b>Anexo III- Árvore de decisão para formular as recomendações sobre as prioridades. ....</b>	<b>175</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Os principais determinantes de saúde.....	28
Figura 2 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.....	29
Figura 3 – O empoderamento comunitário como um contínuo.....	31
Figura 4 – Cadeia de Sobrevivência.....	41
Figura 5 – Cadeia de Sobrevivência Pediátrica.....	41
Figura 6 – Matriz de decisão clínica do MAIEC.....	48
Figura 7 – Domínios da EA <sub>v</sub> EC.....	51
Figura 8 – Etapas da Metodologia de Planejamento em Saúde.....	54
Figura 9 – Mecanismo de Retroação motivado pela avaliação.....	71



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Locais de atividade da comunidade educativa.....	32
Quadro 2 – Categorias de primeiros socorros.....	40
Quadro 3 – Conceitos Metaparadigmáticos MAIEC.....	46
Quadro 4 – Pressupostos MAIEC.....	47
Quadro 5 – Postulados MAIEC.....	47
Quadro 6 – Grelha de Avaliação Diagnóstica MAIEC.....	49
Quadro 7 – Critérios de Diagnóstico MAIEC.....	50
Quadro 8 – Mapa da equipa de enfermagem da UCC.....	55
Quadro 9 – Grelha de avaliação diagnóstica MAIEC .....	59
Quadro 10 – Resultados da avaliação diagnóstica MAIEC.....	60
Quadro 11 – Intervenções associadas à dimensão diagnóstica comprometida.....	61
Quadro 12 – Priorização de temas por aplicação de 4 critérios.....	62
Quadro 13– Fixação de Objetivos e Atividades.....	64
Quadro 14a – Indicadores de Atividade e Metas.....	65
Quadro 14b – Indicadores de Impacto e Metas.....	66
Quadro 15 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde: Situações de Saúde Urgentes: Como agir!.....	68
Quadro 16 - Avaliação da Intervenção Comunitária pelos indicadores de atividade propostos.....	73
Quadro 17 - Avaliação da Intervenção Comunitária pelos indicadores de impacto propostos.....	75



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – População da comunidade educativa desde 2015.....	55
Tabela 2 – Número total de equipamentos do Parque Escolar por tipologia do estabelecimento de ensino (2018/2019).....	56
Tabela 3 - Resultados do objetivo operacional: Reduzir os acidentes escolares e peri-escolares e minimizar as suas consequências entre 2015 e 2019.....	57
Tabela 4 – Equipamentos onde se realizaram reuniões de sensibilização aos líderes e sessões de educação para a saúde aos membros da comunidade .....	72
Tabela 5 – Número de sessões realizadas.....	72
Tabela 6 – Taxa de profissionais no total de unidades de ensino intervencionadas que frequentaram as SES.....	73



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparação dos resultados do Questionário de conhecimento de PS/SBV.....	74
Gráfico 2 – Resultado do Inquérito de Satisfação após as sessões.....	74



## 0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º ciclo de estudos em Enfermagem, este Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, pretende espelhar o percurso académico da mestranda na aquisição de competências especializadas. Este percurso, culminou na última unidade curricular: Estágio Final e Relatório. Esta unidade curricular, decorreu de 09 de setembro de 2019 a 07 de fevereiro de 2020, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, tendo a etapa de Estágio Final terminado a 19 de dezembro.

Durante o Estágio Final foram desenvolvidas e consolidadas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: As Comuns e as de Enfermagem Comunitária. A mestranda acompanhou a equipa de saúde escolar da UCC e de acordo com a metodologia de planeamento em saúde (segundo Imperatori & Giraldes, 1993), desenvolvendo um projeto de intervenção comunitária designado por: *Empoderamento da Comunidade Educativa para Intervenção em Situações de Saúde Urgentes*. O modelo conceptual escolhido, na medida em que o cliente alvo da intervenção será Comunidade Educativa e o conceito chave do projeto será o Empoderamento, foi o modelo concebido por Melo (2017), o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).

A temática desenvolvida para a consecução do projeto, foi determinada a partir das necessidades expressas e sentidas pela comunidade alvo, em consonância, com a necessidade da equipa de saúde escolar de melhorar o índice de desempenho global ao nível da comunidade escolar, através da análise documental dos mapas de avaliação Programa Nacional de Saúde Escolar. A fundamentação teórica teve por base uma revisão de literatura, que permitiu pesquisar a partir de palavras-chave, a mais recente evidência científica face ao assunto.

Para além da manifesta necessidade de empoderamento da comunidade escolar em primeiros socorros e suporte básico de vida, a mestranda pretendia compreender a importância do empoderamento nesta área para a comunidade escolar integrada numa perspetiva de cidadania e capacitação comunitária. A escola, surge como um meio favorável à disseminação de conhecimento e competências em quase todas as áreas da promoção de saúde.

Este relatório está organizado em quatro grandes capítulos: O primeiro capítulo contextualiza a temática tendo por base a revisão de literatura; o segundo capítulo, caracteriza o MAIEC e a sua aplicabilidade; o terceiro capítulo inclui a metodologia onde se insere o planeamento do projeto de intervenção comunitária e o quarto capítulo, onde a mestranda reflete sobre todo o percurso académico e profissional (passado, presente e futuro), e sobre as competências especializadas adquiridas. Todo o documento foi redigido segundo as normas APA (American Psychological Association).

O trabalho desenvolvido surge no cumprimento de um programa de saúde, já em curso pela equipa de saúde escolar. O planeamento e a intervenção junto da comunidade alvo, foram desempenhados no regular funcionamento da prática profissional especializada da enfermeira orientadora, pelo que se irá replicar noutros contextos similares, onde se verifiquem as mesmas necessidades formativas.

## 1.PROMOÇÃO DE SAÚDE NA COMUNIDADE EDUCATIVA

O conceito de **saúde** tem vindo a desenvolver-se desde os primórdios da génese humana, em períodos da história anteriores ao início da medicina científica. O conceito de **promoção de saúde** “é o resultado dos avanços da investigação científica, das conquistas sociais e da evolução do conceito de saúde (...)” (Loureiro & Miranda, 2010, p.17).

A Organização Mundial de Saúde define em 1946, no tratado internacional da sua constituição, saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 2014, p.1). A Conferência de Alma-Ata em 1978 reafirma a definição de saúde, mas imprimindo-lhe algum dinamismo, já que considera que “(...) a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do sector da saúde, a ação de muitos outros sectores sociais e económicos” (OMS, 1978, p.1). A declaração de Alma-Ata, vem também dar ênfase aos cuidados de saúde primários como elemento essencial na promoção, prevenção, cura e reabilitação dos problemas de saúde da comunidade, de acordo com as necessidades.

Pela proximidade às comunidades, os **cuidados de saúde primários**, assumem-se como verdadeiros agentes promotores da autoconfiança, da participação comunitária e individual na educação, contribuindo para o desenvolvimento da capacidade das comunidades de se envolverem na melhoria da sua saúde, ficando implícito o conceito de capacitação individual e comunitária.

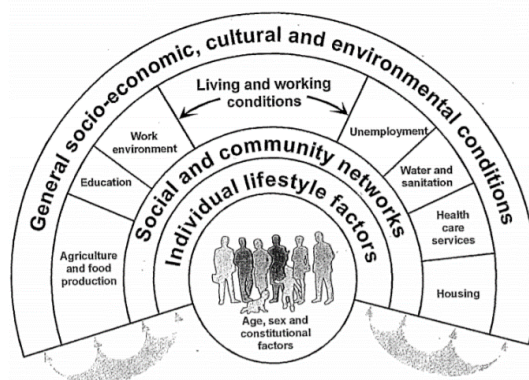
Em 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, surge a Carta de Ottawa, que reforça a ideia que emergiu na declaração de Alma-Ata, estabelecendo o seguinte conceito de Promoção de Saúde:

É o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; (OMS, 1986, p.1)

Estabelece-se aqui o conceito de **Capacitar** como pré-requisito na promoção da saúde, reforçando que “as populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam” (OMS, 1986, p2). As intervenções para a capacitação da comunidade, passam por reforçar a ação comunitária e desenvolver competências pessoais, ou seja, agir tanto no grupo como individualmente. Para a OMS, “capacitar significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde pela mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde” (OMS, 1998, p.7).

Os “*fatores que a determinam*” são os **determinantes em saúde**, ou seja, fatores com influência na saúde individual e coletiva e que podem ser ou não modificáveis (Loureiro & Miranda, 2010). De entre os vários modelos, salienta-se o de Dahlgren e Whitehead (figura 1) pela representação dos diferentes determinantes em relação uns com os outros, numa perspetiva de articulação das diferentes intervenções, social, económica e política no sentido da promoção da saúde. Este modelo, apresenta uma sequência de quatro camadas representativas das principais influências na saúde. No topo temos as condições gerais socioeconómicas, culturais e ambientais; em seguida, as condições de vida e de trabalho (agricultura e produção alimentar, educação, ambiente de trabalho, desemprego, saneamento básico, serviços de saúde e habitação); a 3ª camada diz respeito às redes sociais e comunitárias (amigos, vizinhos e centros comunitários); no fim os fatores individuais do estilo de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas, entre outros). A base do modelo, diz respeito aos fatores fixos, biológicos, que não são passíveis de mudança e que podem ou não condicionar a saúde individual e coletiva.

**Figura 1 – Os principais determinantes de saúde**



(Dahlgren & Whitehead, 2007, p.11)

Em setembro de 2015, teve lugar a Cimeira das Nações Unidas sobre desenvolvimento sustentável, onde foi estabelecido um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para o futuro. Foi criada a Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável e a declaração de compromisso e responsabilidade de todos os líderes e representantes lá presentes sobre a criação e cumprimento de 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável. A figura 2 representa esses 17 objetivos, que vão ao encontro dos determinantes em saúde.

**Figura 2 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**



(OMS, 2016)

Em 2018 realizou-se em Astana, Cazaquistão, a Conferência Global de Cuidados de Saúde Primários, no ano do 40º Aniversário da Conferência de Alma-Ata. De igual modo foi redigida uma declaração que vem reafirmar os compromissos expressos pela declaração de Alma-Ata, e da Agenda 2030 sobre desenvolvimento sustentável: “Afirmamos veementemente o nosso compromisso com o direito fundamental de cada ser humano beneficiar do mais alto padrão de saúde atingível sem qualquer tipo de distinção. (...)” (OMS, 2018, p. 5). Nesta conferência em Astana, relativamente ao **empoderamento individual e comunitário**, foi também reforçado, pelos líderes de saúde lá presentes e partes interessadas na promoção e desenvolvimento da saúde sustentada e sustentável, que apoiam “o envolvimento de indivíduos, famílias, comunidades e sociedade civil na sua participação no desenvolvimento e implementação de políticas e planos que impactam a saúde” (OMS, 2018, p.10).

O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020, assenta em quatro eixos estratégicos, que deverão ser transversais a toda e qualquer intervenção do Sistema de Saúde

bem como em todos os setores com impacto na saúde: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade na Saúde; Políticas Saudáveis.

Refletindo sobre um deles, o eixo Cidadania em Saúde, verifica-se que este é um conceito que surge já na Declaração de Alma-Ata, como o “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS,1978, p.1) O PNS 2020, volta a entender o cidadão como elemento central no Sistema de Saúde e “importante agente de participação e mudança” (DGS, 2015a, p.14), defende também que para que seja agente de mudança o cidadão tem de ser capacitado por forma a conseguir responsabilizar-se pelas decisões que toma face à sua saúde e de quem está ao seu redor.

A capacitação dos cidadãos é conseguida, nomeadamente, pelas ações de literacia em saúde que surge como uma estratégia de empoderamento (Loureiro & Miranda, 2010), no sentido do crescimento e desenvolvimento da autonomia e responsabilização individual e coletiva: “a capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços” (DGS,2015a, p.21). Zambrano, reforça a importância do empoderamento comunitário, defendendo que projetos de intervenção comunitária que não o promovam tendem a ser pouco eficazes (Zambrano, 2009).

O empoderamento pode ser definido como um processo, algo dinâmico, como um mecanismo através do qual as pessoas, as organizações e as comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas. Torna-se mais fácil definir empoderamento na sua ausência do que positivamente, já que adquire uma forma diferente mediante o contexto, a comunidade e as pessoas a que se destina (Rappaport, 1984). Para a OMS,

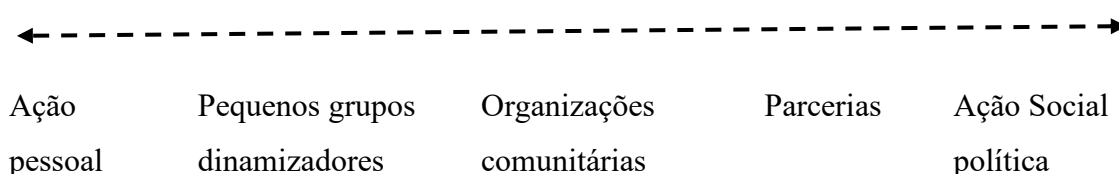
o empoderamento para a saúde pode ser social, cultural, psicológico ou político, em que os indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades (OMS,1998, p.6)

Para Laverack, o empoderamento “está no coração da “nova” promoção de saúde e o poder está na alma do empoderamento” (2008, p.43), ele surge da relação entre as partes interessadas e leva a comunidade a se desenvolver e a “assumir o controlo de tudo aquilo que influencia as suas vidas e a sua saúde” (2008, p.46). Explicitando o conceito de poder social, o autor vai subdividir em três tipos distintos de poder: poder interior (empoderamento individual - pessoal e psicológico), poder superior (capacidade de influenciar os outros quer

positiva, quer negativamente) e poder partilhado (refere -se às relações sociais onde um poder superior é aplicado no sentido de desenvolver o poder interior dos outros e não como forma de submissão do outro).

O empoderamento comunitário ocorre, segundo Laverack (2008) em cinco fases, num modelo contínuo desde a ação pessoal à ação social política. A transição entre fases pode ser considerada um avanço ou recuo conforme os resultados atingidos. Este processo pode iniciar-se em qualquer etapa, de acordo com a avaliação de necessidade da comunidade/indivíduo.

**Figura n.º 3 - O empoderamento comunitário como um contínuo**



(Adaptado de Laverack, 2008, p.61)

Empoderar comunidades pode e deve ser realizado no âmbito de um programa de e para a promoção da saúde. Laverack retrata dois tipos distintos de abordagens na promoção da saúde a abordagem descendente e a abordagem ascendente, que podem parecer rivais e bem distintas, mas se bem operacionalizadas, podem complementar-se. A abordagem descendente, é a mais tradicional, que pressupõe um programa definido por uma agência/instituição de saúde, onde os problemas identificados e todo o planeamento é desenvolvido unilateralmente. A comunidade a que se destina é apenas alvo do estipulado pela agência. Já a abordagem ascendente, pressupõe a identificação dos problemas/necessidades pela comunidade e comunicados às estruturas de topo. Todo o planeamento e implementação do programa é negociado com a unidade: “O desafio da promoção de saúde é trabalhar nos dois sentidos: do descendente para o ascendente e do ascendente para o descendente” (Laverack, 2008, p.90).

Em Portugal, a implementação do Plano Nacional de Saúde, é conseguida por programas e projetos dirigidos a necessidades e comunidades específicas que surgem como instrumentos de operacionalização inseridos numa lógica de planeamento em saúde como por exemplo o Programa Nacional de Saúde Escolar. Este programa foi atualizado em 2015 e remete para as medidas a implementar em meio escolar, o seu limite temporal enquanto plano estratégico é 2020.

A Organização Mundial de saúde define comunidade como:

Um grupo específico de pessoas, que vivem muitas vezes numa área geográfica definida, que compartilham uma cultura, valores e normas, estão organizados numa estrutura social de acordo com as relações que a comunidade desenvolveu ao longo de um período de tempo. Os membros de uma comunidade ganham a sua identidade pessoal e social pela partilha de crenças, valores e normas em comum, as quais foram desenvolvidas pela comunidade no passado e podem ser modificados no futuro. Eles revelam alguma consciência de sua identidade como um grupo, e compartilham necessidades comuns e um compromisso para cumpri-las (OMS, 1998, p.5).

A comunidade alvo do planeamento, intervenção e avaliação da mestranda é a **Comunidade Educativa** a qual, segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar, “(...) compreende crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação” (DGS, 2015b, p.19) que desenvolve a sua atividade nos locais do quadro 1.

#### Quadro 1 – Locais de atividade da comunidade educativa

Estabelecimentos de Educação e Ensino do Ministério da Educação	Agrupamentos Escolares	Atividades em Jardim de Infância;
	Escolas não agrupadas	Ensino Básico Ensino Secundário
Instituições Particulares de Solidariedade Social	Com intervenção na população escolar	
Instituições privadas	Com acordo de cooperação	

Adaptado de (DGS, 2015b, p.19)

A Rede das Escolas pela Saúde na Europa – (rede SHE) - que se alicerça na Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) fundada em 1991 pela OMS Europeia, o Conselho da Europa e a União Europeia, defende que a promoção da saúde seja parte integrante das políticas de desenvolvimento da educação e da saúde na Europa (DGS, 2009a). A colaboração internacional tem contribuído para o desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de criar redes sustentáveis, inovadoras e convergentes. Têm sido organizadas várias conferências onde são debatidas estratégias para a inclusão da promoção da saúde nas escolas. Esta abordagem é baseada em cinco valores: *Equidade, Sustentabilidade, Inclusão, Competência para a ação e empowerment* e a *Democracia*. Todos os valores desta rede vão ao encontro do objetivo da capacitação do cidadão, tendo como fim último a capacitação de toda a comunidade e assim a efetiva promoção e ganhos em saúde (DGS, 2009b).

A Escola Promotora de Saúde fundamenta-se nos princípios da Carta de Otava para a Promoção da Saúde da Organização Mundial de Saúde. São considerados seis elementos essenciais na promoção de saúde em meio escolar: *Políticas de escolas saudáveis; O ambiente físico da escola; O ambiente social da escola; Competências individuais de saúde e competências para a ação; Ligação à comunidade e Serviços de saúde* (DGS, 2009a). Em 2019 realizou-se a 5ª conferência europeia das EPS, na cidade de Moscovo. Desta conferência resultaram consensos sobre:

- A reafirmação dos valores e pilares que definem as EPS;
- O reconhecimento dos problemas climáticos e a necessidade do desenvolvimento sustentável;
- A advocacia da saúde em todas as políticas;
- O reconhecimento das doenças não transmissíveis como um problema de saúde sério e que tem de continuar a ser combatido;
- Promoção da investigação e procura pela evidência científica para que a promoção de saúde seja cada vez mais efetiva;
- O reconhecimento de que o recurso aos meios digitais e audiovisuais tem de ser supervisionado e as crianças e jovens orientados ao uso adequado e consciente da informação de saúde. (Dadaczynski *et al*, 2019).

Um dos objetivos gerais definidos no PNSE é “Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade e educativa” (DGS, 2015b, p.20); De entre os seis eixos de intervenção do PNSE, o foco da temática está no segundo eixo - ambiente escolar e saúde - cujas áreas de Intervenção são o desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde e **prevenção dos acidentes e primeiros socorros**.

O programa nacional de saúde escolar (DGS, 2015b) defende, relativamente à área de intervenção de prevenção de acidentes e primeiros socorros, que “a Saúde Escolar deve promover a aquisição de competências básicas necessárias ao socorro imediato enquanto ato de cidadania”(p.38) e “(...) no que se refere à prestação de primeiros socorros e SBV pode capacitar aluno/as e profissionais de educação para intervirem em situações de emergência.” (p. 39).

Este programa, inclui uma avaliação dos riscos ambientais para a saúde, onde se abrange a “ (...) análise das condições das estruturas da escola (edifício, recinto, espaço de jogo e recreio e zona de alimentação coletiva), do meio envolvente (segurança, salubridade,

articulação funcional) e da qualidade do ambiente escolar (ar, água, ruído e químicos) ” (DGS, 2015b, p.38). Tanto a avaliação como a intervenção, caso seja necessária, são uma responsabilidade partilhada pelos órgãos de gestão das escolas e as entidades autárquicas. Têm a cargo gerir os riscos e modificar os fatores ambientais que são, corrigíveis ou elimináveis. As equipas de saúde escolar, pese embora a gestão do programa de saúde escolar seja atribuída à Unidade de Saúde Pública (alínea e) do n.º 1 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril), são também chamadas a colaborar nesta avaliação, já que os fatores ambientais podem determinar ou condicionar os riscos em saúde.

A necessidade da capacitação da comunidade educativa pela equipa de saúde escolar em suporte básico de vida e primeiros socorros, surge tanto no âmbito da prevenção da doença como da promoção da saúde: “Os conhecimentos, os comportamentos e as crenças estabelecidas no início da vida tendem a persistir na vida adulta (...) o longo ciclo de vida escolar, que decorre dos 3 aos 18 anos, é (...) um marco para a estruturação da saúde física e mental” (DGS, 2015b, p22).

No próximo subcapítulo estará o enquadramento de toda a problemática em análise quanto à evidência científica dos últimos cinco anos, com vista a intervir numa população com características singulares que a tornam um “campo de trabalho fértil” muito promissor no que respeita à promoção da saúde e disseminação de boas práticas de cidadania.

### **1.1. Conhecimento da Comunidade Educativa sobre Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida**

Para contextualização da temática proposta, face às necessidades sentidas e expressas pela comunidade alvo dos cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade, onde a mestranda esteve a desenvolver as suas competências como futura enfermeira especialista, foi desenvolvida uma revisão da literatura.

O objetivo da pesquisa foi procurar informação que fundamente e valide a pertinência da intervenção comunitária proposta, também encontrar evidência científica que suporte os conceitos chave e oriente todo o planeamento da ação. Assim sendo, foi possível identificar os conhecimentos que a comunidade educativa apresentava sobre suporte básico de vida e primeiros socorros, assim como identificar estratégias para a promoção destes conhecimentos partindo da comunidade educativa para outras comunidades. A questão orientadora de toda a pesquisa foi: Quais os conhecimentos da comunidade educativa sobre

suporte básico de vida enquanto elemento da população com grande influência na mudança de atitudes e comportamentos. Utilizou-se o acrónimo PICO para os conceitos chave: **P-População**: Comunidade Educativa; **I-Fenómeno de Interesse**: Conhecimentos sobre suporte básico de vida e primeiros socorros; **Co-Contexto**: Escola e Cidadania.

Adotou-se uma estratégia de pesquisa de informação livre de três etapas. Na primeira etapa foi efetuada uma pesquisa relevante sobre o tema limitada a duas bases de dados, motor de busca livre Google *Scholar* e *B-On (Biblioteca Online)* de forma a analisar as palavras de texto contidas no título e resumo dos artigos, sendo identificadas as palavras-chave: [primeiros socorros] AND [suporte básico de vida] AND [conhecimento OU treino] AND [escola], [first aid] AND [resuscitation OR cpr OR cardiopulmonary resuscitation] AND [knowledge OR training] AND [school].

Na segunda consultaram-se as bases de dados B-ON (Biblioteca online), Pubmed e a Plataforma de Descoberta da EBSCO utilizando o operador booleano [AND] e [OR]. Rejeitaram-se todos os manuscritos sem texto completo e disponível de forma digital gratuita, publicações anteriores a 2015, que não estejam redigidos em português, espanhol ou inglês e que não sejam dirigidos a humanos. A terceira fase caracterizou-se pela análise das referências bibliográficas da amostra já selecionada. Procurou-se ter uma visão alargada do problema sem limitar muito os termos da pesquisa.

A pesquisa decorreu entre os dias 19 e 30 de setembro de 2019. Em apêndice apresenta-se o fluxograma prisma com a descrição dos resultados da pesquisa, atendendo aos seguintes critérios: **Identificação** dos artigos encontrados nas diferentes bases de dados consultadas; **Seleção** dos artigos onde serão removidos os duplicados, e dos que ficam para análise será feita exclusão pela leitura do título e posteriormente pela leitura do resumo; **Elegibilidade** onde serão analisados os artigos com texto completo para elegibilidade e feita exclusão de artigos pela leitura integral dos mesmos e **Incluídos** onde será apresentada a amostra final dos artigos a incluir na revisão (Apêndice I). Também em apêndice constam as tabelas de extração dos resultados dos artigos incluídos (Apêndice II).

Enquadrando a necessidade de capacitação em primeiros socorros e SBV numa perspetiva mais global, em 2015 Dixie & Gomes conduziram um estudo com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento da população portuguesa sobre SBV, disponibilidade para realizar formação e que fatores influenciam o nível de conhecimento sobre SBV; a amostra, do tipo não probabilístico, foi constituída por 1700 indivíduos de nacionalidade portuguesa, residente em Portugal Continental e ilhas dos Açores e Madeira com idade igual ou superior

a 18 anos que sabia ler e escrever e trabalhava numa instituição pública ou privada. Os resultados obtidos foram:

- Os níveis de conhecimento sobre SBV, da população portuguesa, são baixos; constatou-se que quem já teve formação em SBV ou algum tipo de experiência em SBV apresenta em média um melhor nível de conhecimentos;
- Não se estabeleceu nenhuma relação direta entre as características sociodemográficas e profissionais da amostra e o nível de conhecimento sobre SBV. Os fatores com alguma influência no nível de conhecimento são ter formação em SBV e/ou ter atuado em SBV;
- Existe disponibilidade pelos indivíduos inquiridos para realizar a formação em SBV;
- É essencial continuar a desenvolver cursos de formação e treino de SBV para melhorar os conhecimentos da população portuguesa.

Em 2018, na Noruega, foi realizado um estudo com objetivos similares do de Dixie e Gomes em 2015: Procurava estabelecer a prevalência e a distribuição do conhecimento e treino de primeiros socorros (incluindo SBV) pela população norueguesa com 15 anos ou mais; determinar a frequência com que as competências em primeiros socorros (incluindo SBV) são necessárias e a frequência com que o comportamento de prestar auxílio em situações que o justifiquem, é efetivado. Este estudo implicou uma pesquisa por via telefónica a uma amostra representativa da população, constituída por 1000 indivíduos. Os resultados obtidos foram:

- Uma grande parte da população tem treino em primeiros socorros (incluindo SBV) e existe uma elevada vontade de atuar se necessário;
- Cerca de 89% dos indivíduos que já tinham estado perante uma situação que requeria intervenção de primeiros socorros, atuaram em conformidade, prestando auxílio;
- O conhecimento teórico sobre primeiros socorros foi pior que o esperado, quando são apresentados dois cenários com vítimas com necessidade de apoio de primeiros socorros;
- Embora o ensino e treino em primeiros socorros e SBV esteja nos currículos escolares da Noruega desde 2003, poucos dos entrevistados mencionaram a escola como fonte do treino.

Estes resultados sublinham a necessidade da capacitação da população leiga em SBV e que esta se inicie o mais precocemente possível, introduzindo esta temática nos currículos escolares, com vista à diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade em situações

urgentes de acidente/doença súbita fora do contexto hospitalar. No que concerne aos conhecimentos dos profissionais dos estabelecimentos de ensino, a revisão de literatura incluiu quatro estudos.

Cabral, Pereira & Barroso (2017), num projeto de intervenção comunitária para capacitação dos assistentes operacionais na prestação de primeiros socorros, desenvolveu um estudo para efetuar o diagnóstico de situação. Cerca de 55 % da população inquirida apresentava formação em primeiros socorros, contudo os resultados do questionário de conhecimentos sobre primeiros socorros foram insuficientes. A intervenção planeada, teve resultados positivos, dado que se verificou aumento do conhecimento das assistentes operacionais relativamente ao tema, pela avaliação de conhecimentos teóricos e competências em SBV após a implementação do plano de formação em primeiros socorros e SBV. A população em que se interveio ficou mais capacitada para atuar em SBV e primeiros socorros.

Numa análise às competências em suporte básico de vida das comunidades escolares, em 2017, Branquinho e Gaspar, desenvolveram um estudo, em que pretendiam avaliar o nível de conhecimento em SBV e a motivação para o pôr em prática, assim como perceber se a comunidade educativa reconhece o Enfermeiro como formador nesta área. Os resultados foram preocupantes, já que apenas 9,9% da amostra (que incluiu professores, auxiliares de ação educativa e alunos do 3º ciclo de ensino e ensino secundário) tem formação em suporte básico de vida e os conhecimentos foram insuficientes na sua generalidade. Os alunos apresentam mais conhecimentos, seguindo-se os auxiliares e no fim os professores. Os auxiliares manifestam maior necessidade de formação, mas são os professores que revelam maior motivação para a prática de SBV. Neste estudo, a comunidade escolar reconhece competência ao enfermeiro como formador em SBV.

Ferreira, Barreira & Barroso (2018), à semelhança de Cabral, Pereira & Barroso (2017), desenvolveram um projeto de intervenção comunitária, mas neste caso para capacitação dos docentes na prestação de primeiros socorros. De igual modo, produziram um estudo para efetuar o diagnóstico de situação, procurando identificar as necessidades formativas em SBV e primeiros socorros dos docentes: 50% têm conhecimentos sobre SBV/primeiros socorros; 16,1% fizeram já formação em SBV/primeiros socorros; 85,4% necessitam de formação teórica ou prática em SBV/primeiros socorros. Pela avaliação após a implementação do plano de formação, verifica-se que os conhecimentos prévios eram baixos e houve aumento dos conhecimentos e competências para atuar em SBV e primeiros socorros.

Abelairas-Gomez *et al* (2019), constatou, num estudo onde se pretendia avaliar os conhecimentos em primeiros socorros e SBV de professores primários e de pré-escolar, bem como dos pais, que existe uma geral falta de conhecimentos em primeiros socorros e suporte básico de vida, apesar de cerca de 57% referir ter formação em SBV e desses, cerca de metade tê-lo feito há menos de 2 anos. Cerca de 60% consideraram que esta é uma formação essencial. Os resultados ao questionário de conhecimentos sobre a temática foram muito fracos, com muitas respostas erradas. Quer os docentes, quer os pais concordam que se inclua esta temática nos currículos escolares.

### **1.1.1. Prevenção de Acidentes em Meio Escolar**

Da análise de literatura realizada, foi possível obter informação sobre quais as causas mais frequentes de acidente em meio escolar, bem como perceber quais as estratégias em curso para reduzir a sua incidência e consequências.

O sistema de vigilância EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes) de acidentes domésticos e de lazer, durante o ano de 2018 registou 106179 ADL, cerca de 47 casos em 1000 atendimentos no serviço de urgência são por ADL. A faixa etária (considerando apenas entre os 0 e os 19 anos) com maior incidência de acidentes é a igual ou inferior aos 14 anos. A queda é o mecanismo de lesão mais frequente com 66,9 % de registo de ocorrência. A casa é o local onde mais acontecem os ADL com 48,2% de ocorrências, em seguida temos a escola, área institucional e em recintos públicos com 18,3%, ao ar livre com 11,63% e em áreas de transporte, 7,5%. Quanto ao tipo de lesão verificou-se que as mais relevantes foram: hematoma/contusão (56,3%), seguido de lesões por ferida aberta (19,5%) e concussão (10,1%), o que vai ao encontro da realidade europeia (Alves *et al*, 2019).

No relatório de avaliação de segurança infantil em Portugal da APSI (2017), é feita uma análise dos últimos 25 anos. Entre 1992 e 2015 verifica-se uma diminuição significativa da Taxa de Mortalidade por Acidente entre os 0 e os 19 anos; também o número de internamentos por acidente no geral entre 2000 e 2016 diminuiu significativamente, no entanto, ainda muito há que fazer para que as crianças e jovens cresçam em segurança. Algumas das medidas adotadas em Portugal, contribuíram para esta melhoria dos indicadores são:

- A utilização de cadeiras no transporte de crianças no automóvel;
- A regulamentação para os Espaços de Jogo e Recreio;

- A alteração do Regulamento de Homologação de Cadeiras para o Automóvel, R44, nas Nações Unidas
- A redução do IVA das cadeiras para o automóvel
- A regulamentação para os Equipamentos Desportivos
- A legislação sobre o Transporte Coletivo de Crianças
- A publicação da Norma para Vedações para Piscinas
- A publicação da Norma para Guardas para Varandas

O relatório da APSI conclui que é essencial que se façam cumprir as normas e as regulamentações quer pela criação de legislação que a isso obrigue, com as devidas fiscalizações, mas também pela promoção da educação para a saúde da população em geral no sentido da prevenção das quedas e/ou outros acidentes, fomentando a inclusão da avaliação de risco pelos técnicos. Ainda é necessário continuar a trabalhar na segurança das nossas crianças, nomeadamente nas escolas, já que as crianças passam cerca de uma terça parte do seu dia na escola, sendo este um local de risco para a ocorrência de acidentes, o que vai ao encontro dos resultados apresentados nos relatórios do sistema de vigilância EVITA.

Num relato de uma intervenção numa unidade de ensino no Brasil (Silva *et al*, 2017), onde se pretendia descrever uma ação educativa com professores do ensino básico e identificar as possíveis situações de risco para acidentes, foi possível assinalar as zonas físicas mais problemáticas da escola e assim se tomarem as devidas medidas preventivas. De igual modo a intervenção também incluiu preparar, capacitar o corpo docente da unidade de ensino para intervir em primeiros socorros e suporte básico de vida se necessário. Tanto a reflexão sobre as áreas de potencial risco de acidente como a formação sobre como intervir caso sucedam (nomeadamente quedas e sangramentos) conferiu maior segurança à comunidade educativa em causa.

### **1.1.2. Conceito de Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida**

O *European Resuscitation Council* (ERC, 2015), baseado no consenso da conferência com o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), define primeiros socorros como comportamento de ajuda e cuidado inicial perante uma doença aguda ou ferimento.

Pode ser realizado por qualquer pessoa que aqui se designa como socorrista. Um socorrista deve ser uma pessoa com treino em primeiros socorros, que saiba reconhecer, avaliar e priorizar a necessidade de primeiros socorros. Deve também providenciar o cuidado

adequado à situação e saber pedir auxílio quando prevê o limite da sua intervenção procurando ajuda diferenciada para a vítima.

Os objetivos dos primeiros socorros são manter a vida, aliviar o sofrimento, prevenir mais doença ou ferimento e promover a recuperação. Existem duas categorias de primeiros socorros: As emergências médicas e as emergências traumáticas (ERC, 2015).

## Quadro 2 – Categorias de primeiros socorros

<b>Emergências Médicas</b>	<b>Emergências Traumáticas</b>
Perda de consciência (sem sinais de traumatismo e sem paragem respiratória ou cardiorrespiratória).	Hemorragia
Vítima de choque	Fraturas
Asma – Broncospasmo	Cortes, lacerações
Reconhecimento de AVC	Traumatismo vertebro-medular
Suspeita de enfarte	Traumatismo crânio-encefálico
Anafilaxia	Queimaduras
Hipoglicémia	Perda de dentes por trauma
Desidratação	
Lesão ocular por químicos	

O suporte básico de vida, consiste num conjunto de atitudes e manobras aplicadas perante uma paragem cardiorrespiratória (PCR) que podem ser importantes para recuperar a vítima ou ganhar tempo até que chegue ajuda diferenciada e melhorar as suas hipóteses de sobrevivência. Para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2017 a), que segue as orientações emanadas pelo ERC em 2015,

A PCR é um acontecimento súbito, constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América. Afeta entre 55-113 pessoas /100 000 habitantes, estimando-se entre 350 000-700 000 indivíduos afetados por ano, só na Europa. A análise efetuada aos equipamentos de DAE (desfibrilhadores, automáticos externos), utilizados logo após uma paragem cardíaca, indica uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular: Fibrilhação Ventricular (ERC, 2015, p.4).

Neste contexto, surge a cadeia de sobrevivência que é composta por quatro elos que orientam a rápida intervenção na PCR para os melhores resultados possíveis. As cadeias partem pelo elo mais fraco, desta forma na cadeia de sobrevivência todos os elos são igualmente importantes, “traduzem o conjunto de procedimentos vitais para recuperar uma vítima de paragem cardiorrespiratória” (INEM, 2017 a, p.5).

- 1º Elo – Reconhecer uma PCR e chamar ajuda;
- 2º Elo – Iniciar manobras de SBV o mais precocemente possível;
- 3º Elo – Desfibrilhação Automática Externa precoce;
- 4º Elo – Estabilizar - Cuidados pós-reanimação.

**Figura 4 – Cadeia de Sobrevivência**



INEM (2017a, p.5)

Existem outras causas de PCR, como asfixia ou o choque hipovolêmico por hemorragia grave. Em crianças a causa mais frequente de PCR é a hipoxia, na maior parte dos casos por asfixia assim, a cadeia de sobrevivência no suporte básico de vida em crianças é diferente.

Segundo o INEM (2017 b), em “crianças a prioridade é otimizar a oxigenação (com insuflações iniciais e SBV). A arritmia mais frequente é a bradicardia que evolui para assistolia, pelo que a prioridade é o SBV e não o rápido acesso a um desfibrilhador” (p.5).

- 1º Elo – Prevenir a situação que poderá levar a PCR;
- 2º Elo – Iniciar SBV com a permeabilidade das vias aéreas e insuflação;
- 3º Elo – Ligar 112 e pedir ajuda diferenciada;
- 4º Elo – Estabilizar, ou seja, cuidados pós- reanimação

**Figura 5 – Cadeia de Sobrevivência Pediátrica**



INEM (2017b, p.5)

Contextualizando os organismos que estabelecem as orientações, pela pesquisa constante da evidência científica ao seu mais alto nível, para a intervenção em situação de urgência/emergência, considera-se importante falar um pouco sobre a sua história e desenvolvimento:

Em 2005, a *American Heart Association* (AHA) em conjunto com a Cruz Vermelha Americana (ARC) formaram o *National First Aid Science Advisory Board* com o objetivo de avaliar a evidência científica associada aos primeiros socorros tendo publicado ainda em 2005 as orientações do AHA e ARC para os primeiros socorros. Este conselho consultivo rapidamente cresceu e incluiu representantes de várias organizações internacionais de primeiros socorros. Tornou-se então o *International First Aid Science Advisory Board* (IFASAB). Este organismo, avaliou a literatura científica com o mais elevado grau de evidência e publicou em 2010 com o ILCOR, recomendações para a reanimação.

Em 2012 o ILCOR convocou um grupo de trabalho internacional com representantes (revisores peritos na evidência científica) de todos os conselhos internacionais de primeiros socorros e ressuscitação, incluindo o ERC. No início de 2015, na conferência ILCOR, o grupo de trabalho tinha realizado extensas revisões de literatura que davam resposta a 22 questões PICO (população, intervenção, comparação e outcome/resultado), sobre tópicos de primeiros socorros. Às questões PICO foi aplicada uma metodologia GRADE (*Grading Recommendations Assessment, Development e Evaluation*) combinada com o ILCOR *scientific evidence evaluation and review system* (SEERS).

As recomendações do ERC 2015, vêm na sequência do consenso na conferência ILCOR, mas não abrangem todos os tópicos que eram previstos avaliar. À data do consenso, faltava dar resposta a 30 tópicos. O grupo de trabalho prosseguiu na resposta a outras questões baseando-se no mais alto nível de evidência científica.

Aguarda-se que em 2020 sejam revistas as recomendações para o cuidado urgente e emergente com base na mais recente evidência científica.

## **1.2. Primeiros Socorros e SBV como Ato de Cidadania – Reflexo da Capacitação Comunitária?**

Para o ERC (2015), treinar o “cidadão comum” (também designado por “leigo”) em reanimação cardiorrespiratória (RCP) é essencial para melhorar as hipóteses de sobrevivência de quem tem uma PCR, ou seja, existe evidência científica de que as manobras

de RCP e a desfibrilhação precoce são determinantes na sobrevivência a uma PCR num ambiente extra-hospitalar. Quanto maior for o número de “leigos” com esta formação, maior será a possibilidade de alguém intervir numa situação de PCR ou de noutra situação urgente/emergente. Todas as instituições com responsabilidade ao nível da investigação e formação sobre suporte de vida são unânimes – É fundamental e urgente preparar a comunidade para intervir. Só assim se consegue melhorar a taxa de sobrevivência e qualidade de vida após a PCR.

Existem diversos fatores potenciadores de medo de intervir numa situação real: medo de fazer mal; medo de adquirir alguma infeção ou até o medo de alguma implicação legal. O treino em manequins adequados é fundamental para a aquisição de competências em SBV e diminuição dos receios face à técnica (ERC, 2015).

O ensino de SBV, como defendido pela AHA e corroborado por outros autores, deve começar a ser ministrado a crianças e jovens adultos por forma a aumentar gradualmente as suas competências e diligência na aplicação de SBV se necessário na idade adulta.

Em Portugal, surge em 2013 uma resolução da Assembleia da República, a n.º 33/2013, que recomenda ao Governo que introduza no 3.º ciclo do ensino básico das escolas nacionais uma formação, de frequência obrigatória, em Suporte Básico de Vida. Isto verifica-se no programa curricular do 9ºano de escolaridade.

O ERC (2015) defende que o treino de SBV deveria ser repetido anualmente, já que a evidência científica nos diz que as competências adquiridas no momento da formação em SBV vão diminuindo nos 3 a 12 meses seguintes, se não houver prática.

As ações de atualização onde os conhecimentos e o treino são lembrados deverão ser realizadas a cada 12-24 meses, de acordo com o contexto. O AHA (2018), sugere que se programem sessões mais curtas e mais frequentes (por exemplo, 1 ou 2 horas de treino a cada 3 ou 6 meses). Também no treino de SBV para o cidadão comum, o AHA (2018) recomenda o envolvimento de líderes comunitários e regulação legislativa para que a formação em SBV se dissemine. Os líderes seriam elementos da comunidade com conhecimento dos recursos (materiais e humanos), com capacidade para intervir em caso de situação urgente/emergente e ser motivador para mais elementos da comunidade e assim aumentar o número de pessoas com conhecimento sobre primeiros socorros e SBV.

Sabendo que o PNSE, se destina “a toda a comunidade educativa, que compreende crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação (...)” (DGS, 2015b, p.19), ao capacitar os professores/educadores e o pessoal não-docente, tornamo-los mais conscientes e confiantes na sua atuação em situação de urgência.

Simultaneamente acabam por também envolver os alunos e as crianças, transmitindo-lhes essa capacidade e conhecimento. Estes, por sua vez, levarão a mensagem para casa para junto das suas famílias.

Relativamente aos possíveis obstáculos, resistências ou constrangimentos que impeçam os professores de transmitirem aos alunos os conteúdos de primeiros socorros e suporte básico de vida que queiram, como o queiram e no tempo letivo necessário, Bakke & Schwebs (2017) desenvolveram um estudo observacional do tipo descritivo, correlacional concluiu que:

- Os professores precisam de maior preparação para serem instrutores de primeiros socorros, sentem-se mal preparados para o desempenho desta função;
- Dão em média duas aulas sobre primeiros socorros por ano, o que é insuficiente para a consolidação de conhecimentos e treino de competências;
- Falta material como manequins para o treino de competências em SBV;
- O curriculum escolar definido não determina quais os conteúdos específicos que devem constar no ensino de primeiros socorros ficando estes ao critério do professor;
- Muitas medidas de primeiros socorros deveriam ser mais faladas em sala de aula;

Intervir junto dos profissionais de educação, numa ótica de prevenção de acidentes e intervenção precoce para minimizar consequências no imediato face ao acontecimento acidental, é essencial, dado que são estes os principais intervenientes dentro do meio escolar.

## **2. MAIEC: MODELO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO**

O modelo conceptual é definido por Fortin (2009) como “um conjunto de conceitos e proposições gerais enunciando relações e destinados a descrever ou a caracterizar fenómenos” (p.117). Segundo o mesmo autor, a conceptualização organiza os conceitos pertinentes conferindo-lhes um interesse particular que permite descrever o fenómeno em estudo e assim guiar toda a avaliação e intervenção no problema em análise. A utilização de modelos e teorias de enfermagem facilitam a compreensão de problemáticas de saúde e orientam nas soluções que respondem às necessidades e interesses do indivíduo ou indivíduos envolvidos. Uma vez que se pretende desenvolver um projeto para intervenção comunitária com base na metodologia de planeamento em saúde, optou-se pelo **Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário ou MAIEC:**

O MAIEC é um modelo teórico desenvolvido por Melo (2016) que tem a comunidade como alvo de cuidados, contrariamente aos restantes modelos teóricos que se orientam na sua maioria para o indivíduo enquanto centro dos seus cuidados. Este modelo foi desenvolvido segundo um paradigma construtivista em duas etapas: grupos focais (com enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública da zona norte de Portugal) e um painel Delphi para validação dos grupos focais (análise de consensos de uma amostra significativa de enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública de todo o país) (Melo, 2017) e (Melo & Alves, 2019).

Os conceitos deste modelo têm por base os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidado de Enfermagem. No MAIEC, são respetivamente: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidado de Enfermagem à Comunidade.

No quadro 3, são explicitados em detalhe os conceitos metaparadigmáticos do modelo MAIEC.

### Quadro 3 – Conceitos Metaparadigmáticos MAIEC

<b>CONCEITO</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	
<b>Comunidade</b>	<i>Conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico bem delimitado e com funções identificadas quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem. Exige um sentido de identidade que permite a partilha de objetivos comuns. É também um sistema relacional aberto, decorrente da interação das pessoas, grupos e organizações comunitárias. O todo e as partes interagem através da participação, liderança e processo comunitários.</i>	
<b>Ambiente Comunitário</b>	<b>Elementos Humanos</b>	<i>Membros Comunidade e pessoas externas à comunidade com quem é mantida interação.</i>
	<b>Elementos Físicos</b>	<i>Estruturas que conferem identidade às funções dos espaços onde os membros definem os seus papéis e a sua segurança e proteção.</i>
	<b>Elementos Económicos</b>	<i>Recursos da comunidade, incluindo os financeiros.</i>
	<b>Elementos Políticos</b>	<i>Decisões que norteiam a conduta global da comunidade em todos os seus setores e vetores de funcionamento.</i>
	<b>Macrossistema comunitário</b>	<i>Políticas comunitárias</i>
	<b>Mesosistema comunitário</b>	<i>Organizações comunitárias</i>
	<b>Microsistema comunitário</b>	<i>Pessoas e pequenos grupos comunitários</i>
	<b>Cronossistema comunitário</b>	<i>O tempo dá identidade à comunidade</i>
<b>Saúde Comunitária</b>	<i>Processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança comunitários se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da comunidade. Os determinantes de saúde comunitária interrelacionam a melhoria dos determinantes de saúde pública com os indicadores do empoderamento comunitário, potenciando a efetividade da intervenção comunitária numa perspetiva colaborativa.</i>	
<b>Cuidado de Enfermagem à Comunidade</b>	<i>Desenvolvimento de uma ação colaborativa e potenciadora da comunidade, alicerçando a abordagem da gestão comunitária como potenciadora dos ganhos em saúde comunitários sensíveis aos cuidados de enfermagem. Integra a abordagem do empoderamento comunitário como processo, na visão integrada e integradora da comunidade como um todo e como resultado na potenciação da comunidade para atingir o máximo nível de empoderamento comunitário.</i>	

Adaptado de (Melo, 2017, pp21-22)

Os pressupostos do modelo MAIEC são orientações que o estruturam e justificam a sua aplicação. Os postulados são verdades inquestionáveis sobre o MAIEC que devem ser respeitadas na utilização do modelo. Os quadros 4 e 5 retratam estes dois elementos.

#### **Quadro 4: Pressupostos MAIEC**

<b><i>PRESSUPOSTOS:</i></b>
<i>Os cuidados de enfermagem centrados na comunidade, enquanto alvo e unidade de intervenção, são regidos por um paradigma sistémico, enquadrando o todo e as partes num processo dinâmico de empoderamento comunitário;</i>
<i>Deve ser dada ênfase à abordagem colaborativa, tendencialmente orientada para a autonomia da comunidade para a identificação e resolução dos seus problemas numa perspetiva tendencialmente independente do agente externo;</i>
<i>A finalidade dos cuidados centra-se na potenciação das forças, recursos e competências da comunidade;</i>

Adaptado de (Melo, 2017, p23)

#### **Quadro 5: Postulados MAIEC**

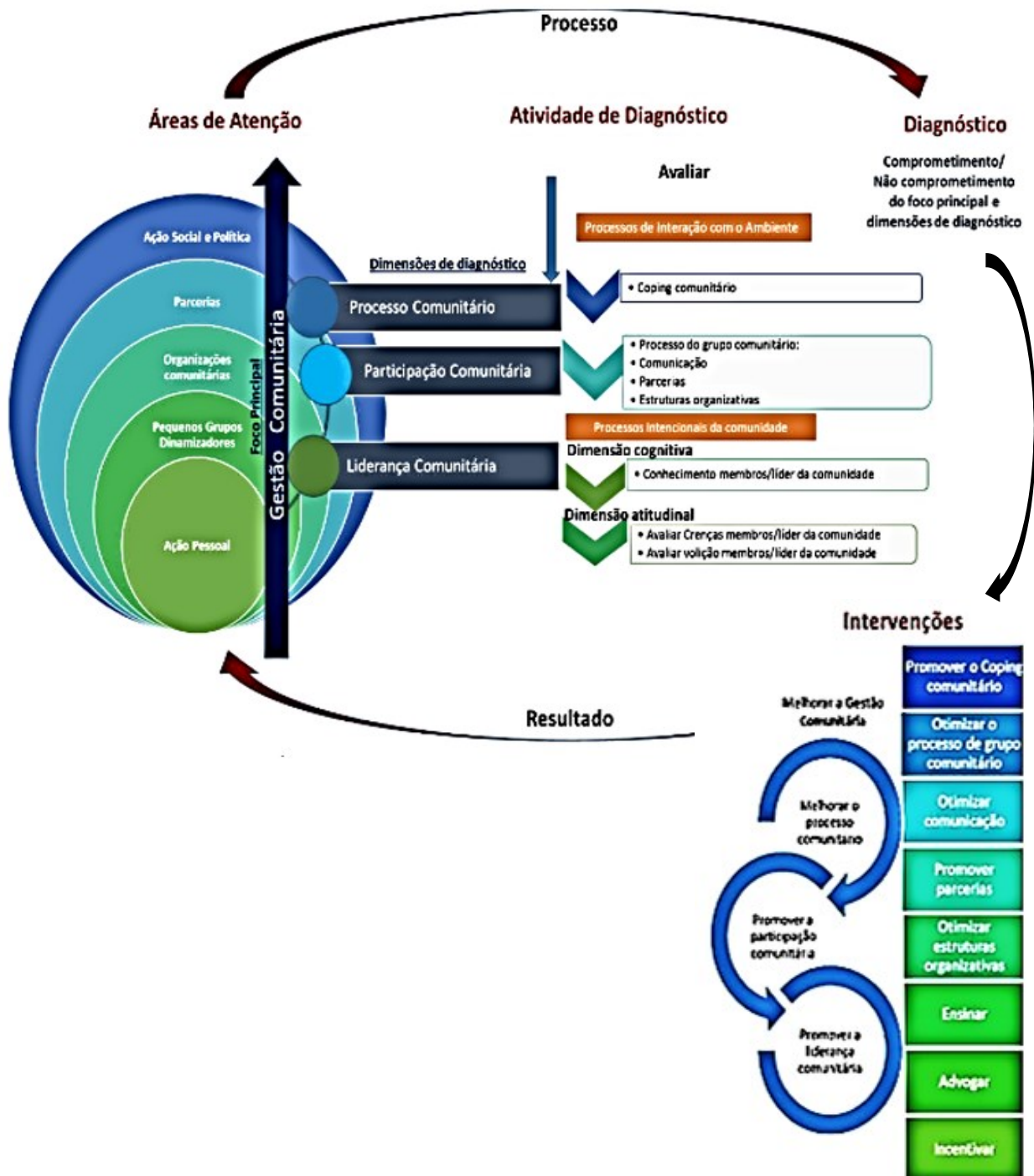
<b><i>POSTULADOS:</i></b>
<i>Independentemente da sua natureza, todas as comunidades são suscetíveis de avaliação e intervenção;</i>
<i>A abordagem da comunidade é desenvolvida quer no contexto da potenciação da saúde comunitária como na perspetiva da potenciação da saúde pública;</i>
<i>A avaliação da comunidade determina o planeamento de intervenção ajustadas às suas necessidades, de acordo com o ambiente comunitário em que se integra;</i>
<i>A comunidade, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de potenciar as respostas em empoderamento comunitário como processo e como resultado;</i>
<i>As intervenções centram-se no empoderamento comunitário em paralelo com as necessidades específicas da comunidade identificadas no processo de avaliação específico de cada projeto de intervenção comunitária;</i>

Adaptado de (Melo, 2017, pp23-24)

A matriz de decisão clínica do MAIEC é representada na Figura 6 e permite compreender como se operacionaliza o Modelo no sentido de empoderar as comunidades. O Foco central da atividade diagnóstica é a Gestão Comunitária, a qual compreende três dimensões de diagnóstico: Processo Comunitário, Participação Comunitária e Liderança Comunitária (Melo & Alves, 2019). As áreas de atenção alvo da Gestão Comunitária que conduzem a comunidade ao empoderamento comunitário são cinco: Área Pessoal; Pequenos

Grupos Dinamizadores; Organizações Comunitárias; Parcerias; Ação Social e Política (Melo, Silva & Figueiredo, 2018).

Figura 6 – Matriz de decisão clínica do MAIEC



(Melo, 2017 p.25)

A avaliação diagnóstica inicia-se pela definição da comunidade alvo, a que se segue a aplicação dos diferentes critérios diagnósticos. O quadro 6 que em seguida se apresenta, reflete as questões específicas de análise de cada dimensão diagnóstica e que permitem a sua avaliação. A cada resposta negativa corresponderá uma dimensão diagnóstica comprometida.

**Quadro 6 – Grelha de Avaliação Diagnóstica MAIEC**

<b>Atividade de diagnóstico/ Avaliação</b>		
Processo Comunitário	Coping comunitário	A comunidade tem experiências anteriores com o problema em análise (seja o líder ou os membros)?
		A comunidade tem a capacidade de questionar o “porquê” do seu diagnóstico face ao problema?
		A comunidade tem relação com agentes para a resolução do problema?
		A comunidade tem recursos com formação em planeamento em saúde?
Participação Comunitária	Parcerias	A comunidade tem conhecimentos suficientes para formar parcerias para a resolução do problema em análise?
		A comunidade efetivou parcerias formais com outras comunidades para a abordagem do problema em análise?
	Comunicação	A comunidade e o/s seu/s líder/es têm mecanismos eficazes de comunicação sobre o problema em análise?
		Os membros da comunidade consideram clara a comunicação com o/s líder/es e/ou o agente externo sobre o problema em análise?
	Estruturas organizativas	A comunidade tem estruturas organizativas (tais como comissões ou grupos de trabalho) para dar resposta ao problema em análise?
Liderança comunitária	Conhecimento	A comunidade e o/s líder/es têm conhecimento sobre os aspetos basilares do problema em análise?
	Crenças	A comunidade e o/s líder/es acreditam no projeto e na sua competência para a abordagem do problema em análise?
	Volição	A comunidade e o/s líder/es têm vontade/motivação para desenvolver um projeto no âmbito do problema em análise?

Adaptado de (Melo, 2017 pp31-33) e (Melo, Silva & Figueiredo, 2018)

O quadro seguinte (7), orienta-nos para o Diagnóstico segundo os critérios diagnósticos em cada dimensão. O Foco principal, que é a Gestão Comunitária, será determinado pela avaliação das outras dimensões diagnósticas. A determinação da intervenção comunitária necessária surge em função da dimensão diagnóstica comprometida.

**Quadro 7 – Critérios de Diagnóstico MAIEC**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Critérios de Diagnóstico</b>
Gestão Comunitária Comprometida	Se: Processo Comunitário comprometido e/ou Participação Comunitária comprometida e/ou Liderança Comunitária comprometida
Processo Comunitário Comprometido	Se: Coping comunitário comprometido
Participação Comunitária Comprometida	Se: Processo do grupo comunitário comprometido
Liderança Comunitária Comprometida	Se: Défice de conhecimentos no líder ou membros da comunidade sobre os aspetos basilares do problema em análise e/ou Défice de conhecimentos no líder ou membros da comunidade sobre o planeamento do projeto e/ou Crença no líder ou membros da comunidade sobre o projeto, dificultadora e/ou Volição do líder ou membros da comunidade para o projeto comprometida

(Melo, 2017, p.34 e Melo, Silva & Figueiredo, 2018)

### **2.1. Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário**

No âmbito do projeto MAIEC, com a finalidade de avaliar o impacto da aplicação do modelo em diferentes comunidades, está em curso um estudo quasi-experimental de desenho antes-após com utilização de um instrumento de medida proposto por Laverack – *Empowerment Assessment Rating Scale (EARS)*. Esta escala foi traduzida para a língua

portuguesa, por Melo *et al* (2020), passando a ser designada em português de **Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário** (EA<sub>v</sub>EC).

Este instrumento de avaliação permite medir o nível de empoderamento comunitário e assim validar todo o processo implementado para que se possa avaliar quais as áreas empoderadas e quais as que requerem uma outra intervenção. A EA<sub>v</sub>EC (Anexo I) é composta por 9 domínios e a cada um destes correspondem 5 depoimentos que determinarão o nível de empoderamento, uma vez que estão classificados de 1 a 5 (Melo *et al*, 2020).

**Figura 7 – Domínios da EA<sub>v</sub>EC**



Melo *et al*, 2020, p.444

Melo *et al* (2020), mantém a metodologia de aplicação da EA<sub>v</sub>EC segundo Laverack (2009), isto é, na comunidade alvo da avaliação é promovida uma sessão de grupo focal, com os seus representantes e com os líderes comunitários. Neste grupo focal são discutidos os 9 domínios individualmente e em relação a cada depoimento definido. O grupo terá de chegar a consenso sobre qual o depoimento que melhor se adequa à sua comunidade, sem ter conhecimento do número de classificação atribuído a cada um deles (Anexo II). Depois de se ter alcançado o consenso nos 9 domínios é aplicada a classificação dos depoimentos e transformada num gráfico radar (Anexo III). Os domínios, com pontuação mais baixa, apresentam um menor nível de empoderamento, estabelecendo-se um diagnóstico da situação em que é necessário intervir (Melo *et al*, 2020).

O MAIEC é um modelo de avaliação e intervenção comunitário que pelas estratégias que promove, conduz a um processo contínuo de empoderamento das comunidades onde é implementado. A EA<sub>v</sub>EC irá permitir que a própria comunidade se vá monitorizando periodicamente, por via de um intermediário que será o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, permitindo melhorar a Gestão Comunitária continuamente.



### **3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – SITUAÇÕES DE SAÚDE URGENTES: COMO AGIR!**

#### **3.1 A Metodologia de Planeamento em Saúde**

A resolução adequada, eficaz e eficiente de um problema e/ou necessidade, requer Planeamento: A metodologia de planeamento é extensível a inúmeros setores da sociedade, nomeadamente ao sector empresarial, económico, educacional, entre outros.

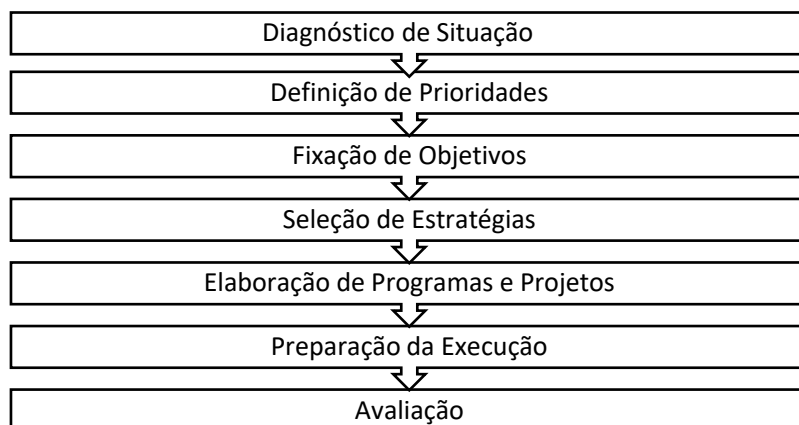
Imperatori e Giraldes (1993) define Planeamento em saúde como a racionalização de recursos escassos para alcançar os objetivos fixados, com a finalidade de reduzir os problemas de saúde considerados como prioritários, envolvendo a coordenação de esforços de diferentes setores socioeconómicos. Tavares (1990), defende que este “(...) é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida que permite escolher as melhores soluções entre as várias alternativas” (p.29) “(...) que procura [...] um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações(...)” (p. 37).

As etapas da metodologia de planeamento em saúde são vistas pelos autores como um processo contínuo e dinâmico, pois nunca as podemos entender como completamente terminadas. À medida que se reúne informação pode haver necessidade de ajustamento da etapa anterior. (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990)

De acordo com o Regulamento nº 428/2018, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Neste capítulo a mestranda vai relatar todo o processo de planeamento do projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante a unidade curricular Estágio Final e Relatório.

**Figura 8 – Etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde**



Adaptado de Imperatori e Giraldes (1993)

### **3.2. Contexto de Estágio -A Unidade Funcional Unidade de Cuidados na Comunidade**

A Unidade de Cuidados na Comunidade é uma unidade funcional da ARSLVT e iniciou a sua atividade a 13/09/2010. Desenvolve a sua atividade no âmbito comunitário com uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeuta e assistente técnico). A missão da UCC vai ao encontro da alínea 2 do artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro,

(...) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Decreto-Lei nº 28/2008, p.1184)

Desenvolve com a sua população alvo, atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, numa perspetiva integrada e em articulação com as instituições parceiras da mesma. Desde a sua génese que a visão da UCC tem sido melhorar o estado de saúde da população alvo, procurando ser equipa de referência de boas práticas na prestação de cuidados em proximidade, articulados, com respostas integradas e diferenciadas.

Os valores que guiam esta Unidade Funcional são, segundo a mesma, a qualidade, a equidade e a garantia da acessibilidade à saúde pela população alvo. Também o respeito pela individualidade e promoção da autonomia com salvaguarda dos direitos de cada cidadão. A equipa multidisciplinar da UCC, estabelece planos de intervenção conjuntos, integrados e

articulados, procurando envolver todos os visados. A UCC é composta pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), pela equipa da saúde escolar e pela equipa de saúde mulher/materna, como se sintetiza no quadro seguinte.

#### Quadro 8 - Mapa da equipa de enfermagem da UCC

Equipas UCC	Número de Profissionais	
ECCI	11 Enfermeiros	1 Enf. Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública
		3 Enf. Especialistas de Reabilitação
		1 Enf. Especialista em Saúde Mental
Saúde Escolar	4 Enfermeiras	2 Enf. Especialistas em Saúde Infantil;
		1 Enf. Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública
		1 Enf. Generalista perita em Saúde Escolar
Saúde Mulher/Materna	2 Enfermeiras	2 Enf. Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

Fonte: Informação fornecida pela Enf.<sup>a</sup> em Funções de Gestão da UCC.

O concelho tem, uma área geográfica de 71Km<sup>2</sup>. A população estimada no concelho alvo a 31 de dezembro de 2018 seria de 168.987 (Pordata, 2019).

O parque escolar do concelho alvo da intervenção da equipa de saúde escolar (ESE) da UCC é extenso, envolvendo uma vasta parcela da população: a comunidade educativa que engloba tanto os alunos como os funcionários das escolas (pessoal docente e não-docente) e respetivas famílias.

Segundo os dados obtidos a partir dos Mapas Anuais de Avaliação PNSE, no ano letivo de 2018/2019 no concelho, a comunidade educativa excluindo os pais seria de 29458 pessoas, ou seja, cerca de 17% da população.

#### Tabela 1 – População da comunidade educativa desde 2015:

Funções desempenhadas	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019
Educadoras de Infância	2308	2163	270	226
Professores			2004	1117
Assistentes Operacionais	1048	970	1032	726
Alunos	27258	27942	28195	27389
<b>TOTAL</b>	<b>30614</b>	<b>31075</b>	<b>31501</b>	<b>29458</b>

Fonte: Adaptado a partir dos Mapas Anuais de Avaliação PNSE de 2015 a 2019 - UCC

**Tabela 2 – Número total de equipamentos do Parque Escolar por tipologia do estabelecimento de ensino 2018/2019**

TIPOLOGIA DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO		Equipamentos incluídos
Agrupamentos de Escolas	13	58
Escolas não agrupadas	2	2
Escolas Profissionais	2	2
IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social)	19	36
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>98</b>

Fonte: Adaptado a partir dos Mapas Anuais de Avaliação PNSE desde 2015 - UCC

### **3.3. Diagnóstico de Situação**

A etapa diagnóstica, dá início a todo o processo de planeamento, com vista à redução de um problema ou à satisfação de uma necessidade identificada. Para a adequada avaliação a mestranda considerou importante distinguir problema de saúde de necessidade de saúde. Para Pineault (2016) entende-se estar perante um **problema de saúde** quando um estado de saúde é avaliado como deficiente pelo próprio, pelo profissional de saúde que o acompanha ou pelo coletivo, comparativamente às normas existentes. Já uma **necessidade de saúde**, representa, num determinado momento, uma lacuna entre uma situação desejada e uma situação real (em saúde). As necessidades de saúde podem ser reais ou sentidas (expressas ou não expressas) (Pineault, 2016).

O diagnóstico da situação estabelece-se primeiro pela identificação dos problemas e depois pela determinação das necessidades (Tavares, 1990).

#### 1 – Identificação do problema:

Na sequência de duas reuniões, com a enfermeira gestora na UCC e orientadora em conjunto com a enfermeira interlocutora da equipa de saúde escolar na unidade de cuidados na comunidade, para definir a área problemática, com necessidade de intervenção, procedeu-se à análise dos mapas de avaliação da implementação do programa nacional de saúde escolar desde 2015.

A partir desta análise, constatou-se que a formação em primeiros socorros e suporte básico de vida dos profissionais dos estabelecimentos educativos, foi uma das atividades cujo desenvolvimento não atingiu a meta proposta. O objetivo operacional de reduzir os acidentes escolares e peri-escolares e minimizar as suas consequências, do programa

nacional de saúde escolar 2015, estabelece como meta para 2020 que 20% dos profissionais dos estabelecimentos educativos tenham formação em primeiros socorros e SBV.

**Tabela 3 – Resultados do objetivo operacional: Reduzir os acidentes escolares e peri-escolares e minimizar as suas consequências entre 2015 e 2019**

OBJETIVO OPERACIONAL	INDICADORES	15/16	16/17	17/18	18/19
<i>Reduzir os acidentes escolares e peri-escolares e minimizar as suas consequências</i>	Percentagem de docentes abrangidos pelo PNSE, com formação em primeiros socorros e suporte básico de vida	<u>5%</u>	<u>11%</u>	<u>7,5%</u>	<u>5%</u>
	Percentagem de não-docentes abrangidos pelo PNSE, com formação em primeiros socorros e suporte básico de vida	21%	28%	21,2%	<u>7%</u>

Fonte: Adaptado a partir dos Mapas Anuais de Avaliação PNSE de 2015 a 2019 - UCC

São estes profissionais que farão a primeira abordagem numa situação de acidente em meio escolar vão acionar os meios de socorro adequados. Nos anos letivos anteriores a formação nesta área cumpria a meta definida para 2020 no caso da população não docente, já para os docentes não tem sido atingida a meta definida, verificando-se no último ano letivo uma diminuição da formação em ambos os grupos.

Atendendo às recomendações, quanto à frequência do treino e atualização dos conhecimentos em primeiros socorros e SBV pelas entidades de elevado reconhecimento neste campo de ação, assim como procurando cumprir as metas propostas no PNSE para 2020, torna-se importante reforçar a intervenção nesta área à comunidade educativa, nomeadamente aos professores/educadores.

O **problema de saúde** identificado foi o défice de conhecimentos sobre primeiros socorros e SBV nos profissionais dos estabelecimentos de ensino.

A **população alvo** foi selecionada segundo os seguintes critérios: Profissionais dos estabelecimentos educativos, públicos e privados do concelho alvo da intervenção da equipa de saúde escolar da UCC onde decorreu o Estágio Final, sem formação em SBV e primeiros socorros ou que tivessem tido a última formação há mais de 3 anos.

Na metodologia de planeamento em saúde, segundo Tavares (1990), quanto ao diagnóstico de situação é fundamental a recolha da informação junto do grupo alvo, para que a intervenção seja eficaz e otimizada o melhor possível pois “a concordância entre o diagnóstico e necessidades determina a pertinência do Plano (...), esteja este vocacionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde ou para a otimização ou aumento

da eficiência dos serviços prestadores de cuidados” (p.51). As necessidades da população e o diagnóstico de situação que as identifica têm de estar interligados.

## 2 – Determinação das necessidades:

Identificado o problema, optou-se por uma pesquisa de consenso junto de informadores-chave, para determinação das necessidades. Esta técnica, segundo Tavares (1990), “consiste numa entrevista pessoal a cada elemento considerado perito na área em estudo (informador-chave), conhecendo as suas respetivas impressões sobre um dado assunto” (p.69).

Integrado no plano de ação da equipa de saúde escolar, no início de cada ano letivo, têm lugar durante o mês de setembro e primeira quinzena de outubro reuniões de coordenação e planeamento com os professores e educadores responsáveis pelo projeto educativo de saúde (PES) e também com os coordenadores em cada equipamento educativo.

Os objetivos desta reunião são:

- Informar e esclarecer procedimentos e orientações relacionadas com o programa de saúde escolar;
- Identificar as necessidades formativas da comunidade educativa sobre saúde;
- Identificar alunos/crianças com necessidades de saúde específicas;
- Planear ações de educação para a saúde, incluídas em projetos PES já em curso;
- Planear outras ações de educação para a saúde que se considerem pertinentes face ao PNSE e às necessidades expressas pela comunidade educativa.

Para levantamento das necessidades da comunidade educativa, no decurso destas reuniões com os seus representantes/líderes, foi aplicada a técnica de entrevista a informadores-chave que decorreu em estabelecimentos de ensino de etapas distintas: 3 creches; 2 estabelecimentos do 1º ciclo do ensino básico e 1 estabelecimento de ensino secundário/profissional.

Não foi efetuada a gravação áudio das reuniões, uma vez que são debatidos outros temas não relevantes para a identificação das necessidades da comunidade, sujeitos à proteção de dados. As respostas obtidas foram escritas em assento de reunião e devidamente validadas por dois peritos. As questões colocadas encontram-se em apêndice (Apêndice IV).

O conteúdo das respostas foi submetido a análise segundo Bardin, que define a análise de conteúdo como “(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições

de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (2018, p.44). Após transcrição do verbatim segundo os assentos de reunião, foi estruturada uma análise de conteúdo, cujo quadro com categorização por assunto se encontra em apêndice (Apêndice V).

A maioria dos informadores-chave quando questionados sobre as necessidades formativas dos funcionários relativamente às questões de saúde no geral, para além das questões sobre atuação na doença aguda, referiram massivamente os primeiros socorros e o SBV como necessidade. Quando questionados diretamente sobre a necessidade de formação em primeiros socorros e SBV, reafirmavam a sua relevância como formação para a sua comunidade. Todos os informadores-chave referiram ser raro ocorrer situações urgentes, mas que sucedem. Com as informações obtidas, aplicou-se a grelha de avaliação diagnóstica MAIEC segundo Melo (2017) e Melo, Silva e Figueiredo (2018) com os resultados, que se explicitam nos seguintes quadros nº9 e nº10.

**Quadro 9 – Grelha de avaliação diagnóstica MAIEC**

Atividade de diagnóstico		Avaliação	SIM	NÃO
Avaliar Processo Comunitário	Avaliar Coping comunitário	A comunidade tem experiências anteriores com o problema em análise (seja o líder ou os membros)	X	
		A comunidade tem a capacidade de questionar o “porquê” do seu diagnóstico face ao problema	X	
		A comunidade tem relação com agentes para a resolução do problema	X	
		A comunidade tem recursos com formação em planeamento em saúde	X	
Avaliar Participação Comunitária/ Avaliar processo do grupo comunitário	Avaliar parcerias	A comunidade tem conhecimentos suficientes para formar parcerias para a resolução do problema em análise	X	
		A comunidade efetivou parcerias formais com outras comunidades para a abordagem do problema em análise	X	
	Avaliar comunicação	A comunidade e o/s seu/s líder/es têm mecanismos eficazes de comunicação sobre o problema em análise	X	
		Os membros da comunidade consideram clara a comunicação com o/s líder/es e/ou o agente externo sobre o problema em análise	X	
	Avaliar estruturas organizativas	A comunidade tem estruturas organizativas (tais como comissões ou grupos de trabalho) para dar resposta ao problema em análise		X

**Quadro 9 – Grelha de avaliação diagnóstica MAIEC – (continuação)**

Avaliar liderança comunitária	Avaliar conhecimento	A comunidade tem conhecimento sobre os aspetos basilares do problema em análise		X
		O/s líder/es da comunidade tem/têm conhecimento sobre os aspetos basilares do problema em análise		X
	Avaliar crenças	A comunidade acredita no projeto e na sua competência para a abordagem do problema em análise	X	
		O/s líder/es da comunidade acredita/m no projeto e na sua competência para a abordagem do problema em análise	X	
	Avaliar volição	A comunidade tem vontade/motivação para desenvolver um projeto no âmbito do problema em análise	X	
		O/s líder/es da comunidade tem/têm vontade/motivação para desenvolver um projeto no âmbito do problema em análise	X	

Adaptado de (Melo, 2017, pp.31-33) e (Melo, Silva & Figueiredo, 2018)

**Quadro 10 – Resultados da avaliação diagnóstica MAIEC**

Foco	Atividade de diagnóstico		Avaliação
Gestão Comunitária	Avaliar Gestão Comunitária	Avaliar liderança comunitária	<b>Liderança comunitária comprometida</b>
		Avaliar participação comunitária	<b>Participação comunitária comprometida por um processo de grupo comunitário comprometido</b>
		Avaliar processo comunitário	Processo comunitário não comprometido
Processo Comunitário	Avaliar Processo Comunitário	Avaliar Coping comunitário	Coping comunitário demonstrado
Participação Comunitária	Avaliar Participação Comunitária/ Avaliar processo do grupo comunitário	Avaliar parcerias	Parcerias demonstradas
		Avaliar comunicação	Comunicação demonstrada
		Avaliar estruturas organizativas	<b>Estruturas organizativas não demonstradas</b>
Liderança Comunitária	Avaliar liderança comunitária	Avaliar conhecimento	<b>Conhecimento não demonstrado</b>
		Avaliar crenças	Crenças demonstradas
		Avaliar volição	Volição demonstrada

Adaptado de (Melo, 2017, pp.31-33) e (Melo, Silva & Figueiredo, 2018)

Após a aplicação de grelha de avaliação diagnóstica do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário foi identificado o diagnóstico de:

**Gestão comunitária comprometida por:**

- **Liderança comunitária comprometida** por conhecimento não demonstrado sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros superior a 90% em docentes e não docentes dos equipamentos escolares do concelho.
- **Participação comunitária comprometida** por inexistência de estruturas organizativas não percecionada por 100% dos membros da comunidade.

As intervenções indicadas pelo MAIEC para conseguir dar resposta ao diagnóstico identificado e conseguir o empoderamento máximo da comunidade face ao problema em análise estão referenciadas no próximo quadro associadas à dimensão diagnóstica a que são sensíveis.

**Quadro 11 – Intervenções associadas à dimensão diagnóstica comprometida**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenções</b>
<b>Gestão comunitária comprometida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Melhorar a Gestão Comunitária</li> <li>– Promover a Participação Comunitária</li> <li>– Promover a Liderança Comunitária</li> </ul>
<b>Participação comunitária comprometida por um processo de grupo comunitário comprometido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promover a Participação Comunitária</li> <li>– Otimizar processos de grupo comunitário (criar comissão de promoção dos primeiros socorros)</li> </ul>
<b>Liderança comunitária comprometida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promover a Liderança Comunitária</li> <li>– Ensinar o líder e os membros da comunidade sobre as questões basilares do problema em análise</li> </ul>

Adaptado de (Melo, 2017, pp 35,36) e (Melo & Figueiredo, 2016)

**3.4. Priorização das Necessidades em Saúde**

A segunda fase do processo de planeamento em saúde é a seleção das prioridades. É nesta etapa que vão ser priorizados os problemas de saúde identificados pelo Diagnóstico de Situação. Nesta fase do planeamento, a priorização incidiu na seleção das temáticas a desenvolver com a população alvo, face às necessidades apresentadas, uma vez que o projeto irá abranger todos os problemas identificados.

Para Imperatori e Giraldes (1993), esta fase de planeamento, prende-se com a hierarquização da pertinência de intervenção e as estratégias para o conseguir. Para Pineault

a priorização “pode referir-se à análise dos problemas de saúde, de intervenção ou de ação a ser tomada para resolvê-los, ou, ainda, dos recursos a serem aplicados para realizar essas ações” (2016, p.40).

Após o Diagnóstico de Situação, a mestrandia recorreu também à pesquisa de consenso (Tavares, 1990) junto de informadores-chave, que conhecem a área de intervenção e a população incluída na amostra para efetivar a priorização das temáticas. Ao questioná-los sobre as temáticas de primeiros socorros e SBV que consideravam mais necessárias ou que tinham maior importância para as equipas, houve concordância entre os informadores-chave quanto à formação sobre todos os temas de primeiros socorros em geral, com incidência sobre atuação em traumatismos, controlo de hemorragia, técnica de suporte básico de vida e desobstrução das vias aéreas. Foi então estruturada uma grelha categorial definida pelas unidades de registo dos entrevistados, em consonância com o descrito na literatura (Apêndice VI).

Segundo Tavares (1990) existem várias técnicas para determinação das prioridades. Neste projeto foi utilizada a técnica da árvore de decisão de Pineault (2016) (Anexo III) com quatro critérios: importância do problema; relação entre o problema e o(s) determinantes; capacidade de intervenção e capacidade de realização do projeto.

#### Quadro 12 – Priorização de temas por aplicação de 4 critérios

Temas sugeridos pelos informadores-chave						Prioridade
Categoria	Subcategoria	Importância do problema	Relação entre Problema/ Determinantes	Capacidade de Intervenção	Capacidade de Realização	
Primeiros Socorros	Hemorragias	+	+	+	+	Prioridade de ação
	Traumatismos	+	+	+	+	Prioridade de ação
	Convulsões	+	-	+	+	Prioridade de ação
SBV		+	+	+	+	Prioridade de ação
Doença Aguda	Febre Vômitos e Diarreia	-	-	+	+	Sem prioridade de ação
Saúde Oral		-	-	+	+	Sem prioridade de ação

Adaptado de Pineault, 2016

Foram excluídas duas categorias que se classificaram como sem prioridade de ação (doença aguda – febre e vômitos; saúde oral), logo menos pertinente face ao diagnóstico de situação determinado anteriormente, não obstante, “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no Diagnóstico de Situação (...) Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.” (Tavares, 1990, p.101). Os temas selecionados como mais pertinentes e necessários face às necessidades foram: Primeiros socorros (Hemorragias, Traumatismos e Convulsões) e Suporte básico de vida.

### 3.5. Fixação de Objetivos

Os objetivos correspondem “aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo” (Tavares, 1990, p. 113). Na formulação os objetivos devem conter: a população-alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido.

No planeamento deste projeto foi determinado como prioritário intervir na promoção da aquisição de conhecimentos que contribuam para o empoderamento da comunidade educativa para a intervenção em primeiros socorros e SBV, uma vez que o valor do indicador de avaliação do programa nacional de saúde escolar nesta área é muito inferior às metas estabelecidas. Também foi uma necessidade formativa manifestada pelos informadores-chave (professores responsáveis pelo projeto de educação em saúde – PES e diretores de IPSS).

Por sua vez, este projeto pretende de igual modo, sensibilizar para que os profissionais alvo das sessões, se organizem em grupos de partilha que motivem a restante equipa, no sentido da formação contínua e intervenção em primeiros socorros e suporte básico de vida, divulgando os conteúdos debatidos na sessão junto dos restantes elementos da comunidade: alunos, crianças e pais.

O **objetivo geral** da intervenção comunitária será: Contribuir para potenciar os profissionais da comunidade educativa a atingir o máximo nível de empoderamento comunitário no âmbito da intervenção em primeiros socorros e o SBV até ao final do ano letivo 2019/2020.

Como objetivos específicos e seguindo a linha conceptual do MAIEC, pretende-se: Promover a liderança comunitária da comunidade educativa para os primeiros socorros e o

SBV e otimizar processos de grupo comunitário. O quadro 13 sistematiza as intervenções associadas a cada objetivo específico.

### Quadro 13 – Fixação de Objetivos e Intervenções

Objetivos Específicos	Intervenções
Promover a liderança comunitária da comunidade educativa para os primeiros socorros e o suporte básico de vida.	Ensinar o líder e os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
	Instruir o líder e os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
	Treinar os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
Otimizar processos de grupo comunitário.	Incentivar o líder e os membros da comunidade alvo da intervenção a constituírem uma comissão de avaliação e intervenção em primeiros socorros e SBV.
	Instruir o líder e os membros da comunidade alvo a disseminar os conteúdos debatidos na sessão junto dos restantes elementos da comunidade: alunos, crianças e pais.

No sentido de avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas, foram estabelecidos os **indicadores de atividade ou de execução**. Para cada indicador é identificada uma meta que permite medir com maior precisão se o indicador foi cumprido e assim contribuir para a consecução do objetivo proposto. As metas para cada indicador estão definidas no quadro 14a.

- Taxa de equipamentos de ensino intervencionados – N.º de equipamentos de ensino alvo do projeto de intervenção / N.º total de equipamentos de ensino
- Taxa de adesão à sessão de educação para a saúde - N.º de profissionais que assistiram à sessão / N.º total de profissionais dos estabelecimentos de ensino alvo
- Cumprimento do plano formativo – N.º sessões realizadas/ N.º sessões previstas.

#### Quadro 14a – Indicadores de Atividade e Metas

Indicadores de atividade	Metas
Taxa de equipamentos de ensino intervencionados	10 % do total de equipamentos de ensino
Cumprimento do plano formativo	7 sessões - 100%
Taxa de adesão à sessão de educação para a saúde pelos profissionais	20% dos profissionais

Para avaliar em que medida as intervenções realizadas conduziram a alteração no problema de saúde diagnosticado, estabeleceram-se **indicadores de impacto, ou de resultado**. As respetivas metas encontram-se no quadro 14b.

- Ganho de conhecimento após intervenção comunitária – Diferença entre o total de respostas certas no inquérito após a sessão / N° total de respostas e o total de respostas certas no inquérito antes da sessão / N° total de respostas
- Nível de importância para o desempenho profissional - N° de formandos que estiveram na sessão de educação para a saúde que consideraram muito importante a sessão para o seu desempenho profissional/ N° total de formandos
- Taxa de satisfação da sessão - N° de formandos que ficaram muito satisfeitos com a temática e a sessão/ N° total de formandos
- Nível de importância atribuído à temática - N° de formandos que estiveram na sessão de educação para a saúde que consideraram muito importante a temática / N° total de formandos
- Nível de perceção de aumento de conhecimento - N° de formandos que consideraram ter aumentado conhecimento com a sessão/ N° total de formandos
- Nível de Empoderamento comunitário - Aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EA vEC) a um grupo representativo da comunidade alvo de 6 meses a 1 ano a partir da intervenção realizada a fim de se verificar o nível de empoderamento obtido.

## Quadro 14b – Indicadores de Impacto e Metas

Indicadores de impacto	Metas
Ganho de conhecimento após intervenção comunitária	Ganho de conhecimento após intervenção comunitária igual ou superior a 20%
Nível de importância para o desempenho profissional	> 75% dos formandos considerem muito importante
Taxa de satisfação da sessão	> 75% dos formandos muito satisfeitos
Nível de importância atribuído à temática	> 75% dos formandos considerem muito importante
Percepção de aumento de conhecimento	> 75% dos formandos percecionem aumento de conhecimento
Nível de Empoderamento comunitário	Máximo nível de empoderamento comunitário no âmbito da intervenção em primeiros socorros e SBV.

### 3.6. Seleção de Estratégias

Definidos os objetivos, atividades a desenvolver e metas a atingir, tem início a quarta fase do processo de planeamento – a seleção de estratégias.

Nesta etapa, é definido “qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (...) pretende-se propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde” (Imperator, 1993, p87).

Imperator (1993) sugere oito fases de elaboração de estratégias, em seguida, explicitam-se as mais relevantes atendendo ao planeamento em curso:

#### 3.6.1. Fase de elaboração de estratégia

##### Estabelecimento de Critérios de Conceção:

- Atender à disponibilidade dos profissionais dos estabelecimentos de ensino;
- Atender ao tempo disponível para a implementação das estratégias;

##### Enumeração das modificações necessárias:

- Modificações nos processos de trabalho - Flexibilização dos horários de trabalho para permitir uma maior disponibilidade entre equipa de saúde escolar e

profissionais dos estabelecimentos de ensino para concretização dos objetivos face ao problema.

- Modificações no meio-ambiente e social (incluindo as modificações de atitudes)
  - Entender este problema como algo essencial a minorar.
- Modificações de ordem organizacional – Permitindo a criação de uma comissão de prevenção de acidentes e primeiros socorros nos estabelecimentos de ensino.
- Modificações no equipamento – Aquisição de mala de primeiros socorros ou verificação da existente; aquisição de *pocket mask* individual.

#### Esboço das estratégias potenciais:

- Reunir com os líderes dos estabelecimentos de ensino;
- Realizar sessões de educação em saúde sobre como atuar em situações de saúde urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV
- Incentivar o líder e os membros da comunidade alvo da intervenção a constituírem uma comissão de avaliação e intervenção em primeiros socorros e SBV.
- Instruir o líder e os membros da comunidade alvo a disseminar os conteúdos debatidos na sessão junto dos restantes elementos da comunidade: alunos, crianças e pais.

#### Escolha das estratégias mais realizáveis:

- Todas as estratégias foram exequíveis, não se tendo preterido nenhuma.

#### Descrição detalhada das estratégias escolhidas:

- Reuniões com responsáveis pela formação, direção e/ou professores PES (projeto educativo de saúde), dos profissionais em diferentes estabelecimentos de ensino;
- Sessão de educação para a saúde sobre as temáticas priorizadas: como atuar em situações de saúde urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;

#### Revisão das estratégias e dos objetivos:

- Não houve necessidade de revisão de estratégias e objetivos.

### **3.7. Elaboração e execução do projeto: Situações de Saúde Urgentes: Como Agir!**

A mestranda optou por relatar as etapas de elaboração do projeto e execução do projeto em conjunto porque considera que mais que as anteriores etapas, estas são

interdependentes e indissociáveis. Também Tavares (1990), considera existir apenas uma etapa de Preparação Operacional.

O projeto é, para Imperatori e Giraldes (1993), uma atividade que decorre num período temporal definido, com vista a alcançar um objetivo específico. Como parte integrante de um programa a concretização de um projeto contribui para a sua execução.

O âmbito deste projeto está diretamente relacionado com o cumprimento do programa nacional de saúde escolar, pela equipa de saúde escolar da UCC, que será revisto em 2020.

As estratégias definidas para cumprir os objetivos propostos foram: Reuniões com responsáveis pela formação, direção e/ou professores PES (projeto educativo de saúde), dos profissionais em diferentes estabelecimentos de ensino; Sessão de educação para a saúde sobre as temáticas priorizadas: como atuar em situações de saúde urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;

A operacionalização da primeira estratégia tem início com as reuniões de avaliação das necessidades da comunidade educativa e planeamento do ano letivo. A mestranda em conjunto com a sua enf.<sup>a</sup> orientadora, definiram que em todas as reuniões de acompanhamento do cumprimento do programa de saúde escolar, haveria uma sensibilização dos líderes para a importância da Prevenção de acidentes e formação em Primeiros Socorros a fim de constituírem uma comissão em cada unidade de ensino de avaliação e intervenção em primeiros socorros e SBV.

Para a segunda estratégia foi planeada uma sessão de educação para a saúde com o seguinte tema: **Situações de Saúde Urgentes: Como agir!** Esta sessão foi replicada 7 vezes em 5 unidades de ensino, dinamizada pela mestranda e pela enf.<sup>a</sup> interlocutora da equipa de saúde escolar.

A população alvo integrou os professores, educadores de Infância e pessoal não docente de diferentes estabelecimentos de ensino, incluindo também os líderes comunitário.

Foi previsto decorrer uma sessão por unidade de ensino com os profissionais de vários equipamentos, sendo a seleção dos participantes determinada pelos responsáveis da unidade de ensino, respeitando os nossos critérios de inclusão (*sem formação em SBV e primeiros socorros ou que tivessem tido a última formação há mais de 3 anos*), em função da disponibilidade para estar presente.

A programação da sessão foi estabelecida em concordância com os responsáveis das instituições, adequando à sua disponibilidade, de forma a abranger um maior número de profissionais possíveis. Em duas unidades foi-nos solicitado realizar a sessão em dois

momentos para que houvesse possibilidade de um maior número de profissionais assistir à formação. Noutro estabelecimento, a limitação do horário de funcionamento do estabelecimento, implicou a divisão da sessão em dois momentos. Cada sessão tinha um tempo de duração previsto de 120 minutos que foi cumprido.

Os recursos materiais necessários ao decurso da sessão foram: computador; projetor; manequim de reanimação (adulto e bebé), equipamento de proteção individual (pocket mask, luvas), material hemostático, manta.

Cada sessão tinha como objetivo geral promover a aquisição de conhecimentos que contribuam para capacitar a comunidade educativa para os primeiros socorros e o SBV. Como objetivos específicos:

1. Ensinar os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
2. Instruir os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
3. Treinar os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
4. Avaliar interesse e importância da sessão de educação para a saúde e do tema para todos os membros da comunidade que estiveram na sessão de educação para a saúde, com um questionário de avaliação de sessão no final de cada uma;
5. Instruir os membros da comunidade alvo a disseminar os conteúdos debatidos na sessão junto dos restantes elementos da comunidade: alunos, crianças e pais.

No apêndice VII pode ser consultada a planificação da sessão “Situações de Saúde Urgentes: Como agir!”. A sessão decorreu em 3 etapas (Introdução, Desenvolvimento e Avaliação da sessão), numa dinâmica de educação para adultos, respeitando o conhecimento e experiências dos formandos integrando-os nas estratégias formativas. Para além de utilização do método expositivo e interrogativo, foi incluída a componente prática com a demonstração de técnicas e treino das mesmas. O quadro 15 sintetiza este plano.

No apêndice VIII, a mestranda apresenta os conteúdos utilizados em PowerPoint durante a sessão de educação para a saúde. A componente prática teve como suporte, para além do conhecimento sólido na área resultante do desempenho profissional de 5 anos da mestranda em cuidados intensivos neonatais e pediátricos, o recurso a vídeos demonstrativos das técnicas a utilizar cuja fonte foi o INEM (2017a, 2017b).

**Quadro 15 – Plano da sessão de Educação para a Saúde: Situações de Saúde Urgentes:  
Como agir!**

<b>Etapas SES</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Método</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação formadores;  Breve introdução ao tema da sessão;  Avaliar os conhecimentos já adquiridos sobre a temática.	Apresentação dos formadores;  Explicação do tema da sessão;  Questionário com questões de resposta fechada  Validação de experiências pessoais.	Expositivo  Interrogativo	Questionário de avaliação conhecimentos  Equipamento multimédia;	10 min
<b>Desenvolvimento da Sessão</b>	Cuidados de saúde urgentes e modo de atuação  Síntese da temática  Esclarecimento de dúvidas.	Exploração dos conceitos  Sensibilização para a importância da temática  Colocação de questões ao longo da apresentação  Visualização de vídeos ilustrativos da temática	Expositivo Interrogativo  Demonstrativo  Treino de competências	Equipamento Multimédia  Manequim adulto para SBV  Manequim bebé para SBV	100 min
<b>Avaliação da sessão</b>	Avaliar os conhecimentos adquiridos	Questionário com questões de resposta fechada  Inquérito de avaliação da sessão	Interrogativo	Questionário de avaliação conhecimentos  Inquérito de avaliação da sessão.	10 min

Um dos indicadores que permitia avaliar o impacto da sessão correspondia à comparação entre as respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos em PS/SBV (apêndice IX) que se aplicou antes e após a sessão. Além do questionário de conhecimentos, no final aplicou-se aos formandos um inquérito de avaliação da sessão (apêndice XI).

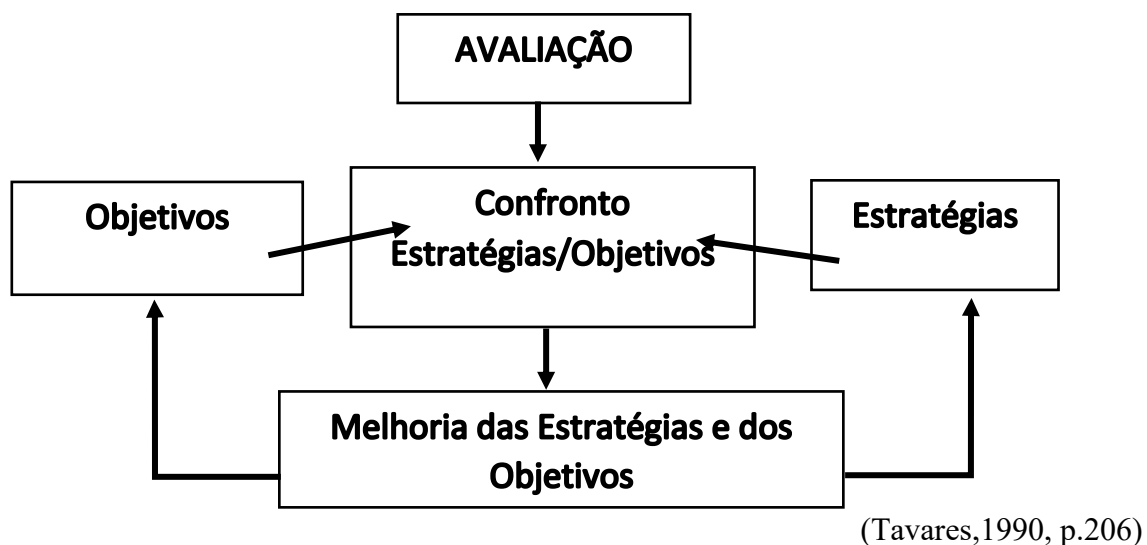
A mestranda, ao desenhar este protocolo de operacionalização do projeto, pretendeu,

em concordância com a sua orientadora de estágio e dado o limite temporal do estágio da mestranda, que este seja replicado por toda comunidade educativa alvo dos cuidados da UCC, no âmbito do desempenho profissional da Sr.<sup>a</sup> enf.<sup>a</sup> orientadora. A etapa de Avaliação que se segue é a última do planeamento deste projeto de intervenção comunitária, mas será também o ponto de partida para novos projetos.

### 3.8. Avaliação

Para Imperatori e Giraldes (1993) “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (p.173). Nesta fase, são analisados os dados obtidos face ao pretendido, refletindo sobre todo o processo e adequação das estratégias e dos objetivos face à resolução do problema e/ou a mitigação das necessidades. Assim, temos um processo em constante dinamismo, porque nunca se encerra em si mesmo, como defende Tavares (1990), esta etapa integra-se em todas as outras, estabelecendo um mecanismo de retroação como se observa na Figura 9:

**Figura 9 – Mecanismo de Retroação motivado pela avaliação**



Avaliar está intimamente relacionado com a garantia de qualidade (Imperatori & Giraldes 1993). Isto é, pretende-se que a avaliação do planeado e implementado, traduza os ganhos em saúde, pela contribuição na redução de um problema de saúde, mas também pelo impacto que teve na população alvo da ação. Quando se avalia, perspetiva-se uma melhoria contínua do plano, para que os objetivos identificados, possam ser revistos e ajustados, de forma a dar a melhor resposta aos contextos identificados na comunidade.

Para dar resposta ao objetivo: Contribuir para potenciar os profissionais da comunidade educativa a atingir o máximo nível de empoderamento comunitário no âmbito da intervenção em primeiros socorros e o SBV até ao final do ano letivo 2019/2020, desenvolveram-se estratégias (anteriormente descritas) cuja avaliação se reflete o nível do cumprimento dos indicadores. Assim foi avaliada a intervenção comunitária desenvolvida, com sentido crítico e tendo em vista a melhoria contínua da qualidade começando por validar se foram cumpridos os **Indicadores de atividade**.

O primeiro indicador de atividade analisado (tabela 4) refere-se ao número de equipamentos de ensino onde decorreram reuniões com os líderes da comunidade e se desenvolveu a SES, como estratégias de empoderamento comunitário, face ao número total de equipamentos de ensino.

**Tabela 4 – Equipamentos onde se realizaram reuniões de sensibilização aos líderes e sessões de educação para a saúde aos membros da comunidade**

Total de Equipamentos do Parque Escolar	Equipamentos intervencionados
98	18
100%	<b>18,37%</b>

A meta proposta foi de 10% do total de equipamentos do parque escolar desta comunidade educativa, cumprindo o indicador. Também o nº de sessões proposto para cada instituição foi cumprido (tabela 5): Foi proposto realizar 1 sessão por unidade de ensino que incluía profissionais de vários equipamentos. Em duas unidades foi-nos solicitado realizar a sessão em dois momentos para que houvesse possibilidade de um maior número de profissionais assistir à formação. Noutro estabelecimento, em virtude de termos uma limitação horária, foi proposto dividir a sessão em dois momentos.

**Tabela 5 – Número de sessões realizadas**

Estabelecimento de Ensino	A1	A2	A3	A4	A5	TOTAL	Taxa
Número de Sessões previstas por instituição	2	1	1	1	2	7	100%
Número total de sessões realizadas por instituição	2	1	1	1	2	7	

Relativamente ao número de profissionais que assistiram à sessão, face ao número total de profissionais dos estabelecimentos de ensino, foi um indicador cumprido no global

(tabela 6), mas ao analisarmos as instituições individualmente, verificamos que na instituição A1 a adesão à SES ficou aquém das expectativas, provavelmente pela baixa divulgação da sessão, já que foi a primeira instituição a ser intervencionada.

**Tabela 6 – Taxa de profissionais no total de unidades de ensino intervencionadas que frequentaram as SES**

<b>Estabelecimento de Ensino</b>	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>A3</b>	<b>A4</b>	<b>A5</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Taxa</b>
Número total de profissionais	76	23	41	12	89	<b>241</b>	
Número de profissionais que frequentaram as sessões	10	19	13	6	25	<b>73</b>	<b>30%</b>

O quadro 16 agrega a informação acerca dos indicadores de atividade, dos resultados reais obtidos face às expectativas. Em síntese, os indicadores de atividade foram cumpridos.

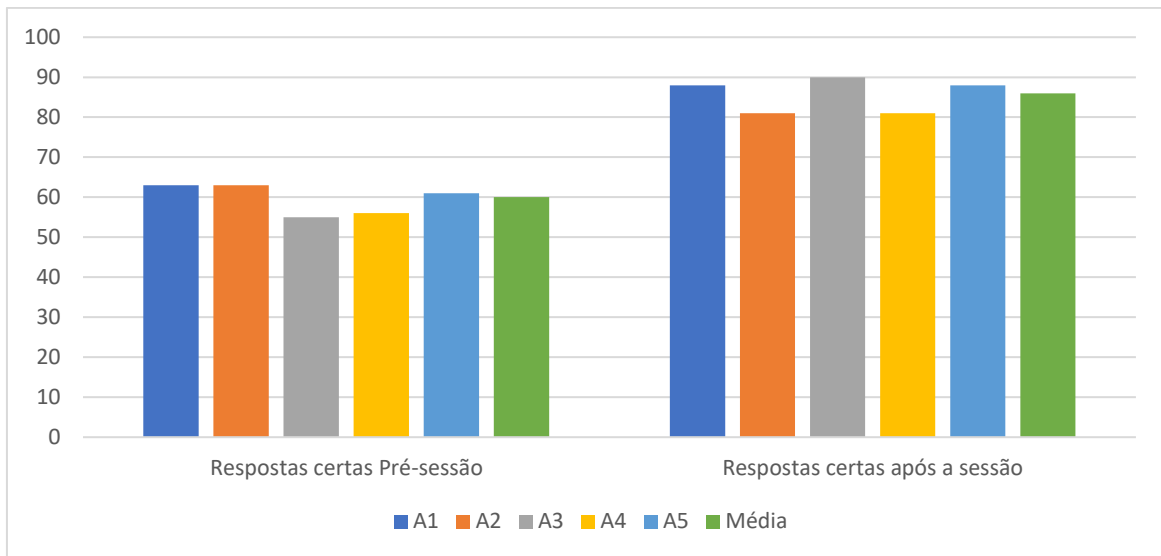
**Quadro 16 - Avaliação da Intervenção Comunitária pelos indicadores de atividade propostos**

<b>Indicadores de atividade</b>	<b>Metas Proposta</b>	<b>Meta Atingida</b>
Taxa de equipamentos de ensino intervencionados	10 % do total de equipamentos de ensino	<b>18,37%</b>
Taxa de cumprimento do plano formativo	7 sessões	<b>7 sessões - 100%</b>
Taxa de adesão à sessão de educação para a saúde pelos profissionais	20% dos profissionais	<b>30%</b>

Para avaliar o efeito da intervenção comunitária na população foram definidos seis **Indicadores de impacto** anteriormente identificados. Destes, cinco foram avaliados após a SES, o último será avaliado num período temporal de 6 a 12 meses desde o término da operacionalização do projeto.

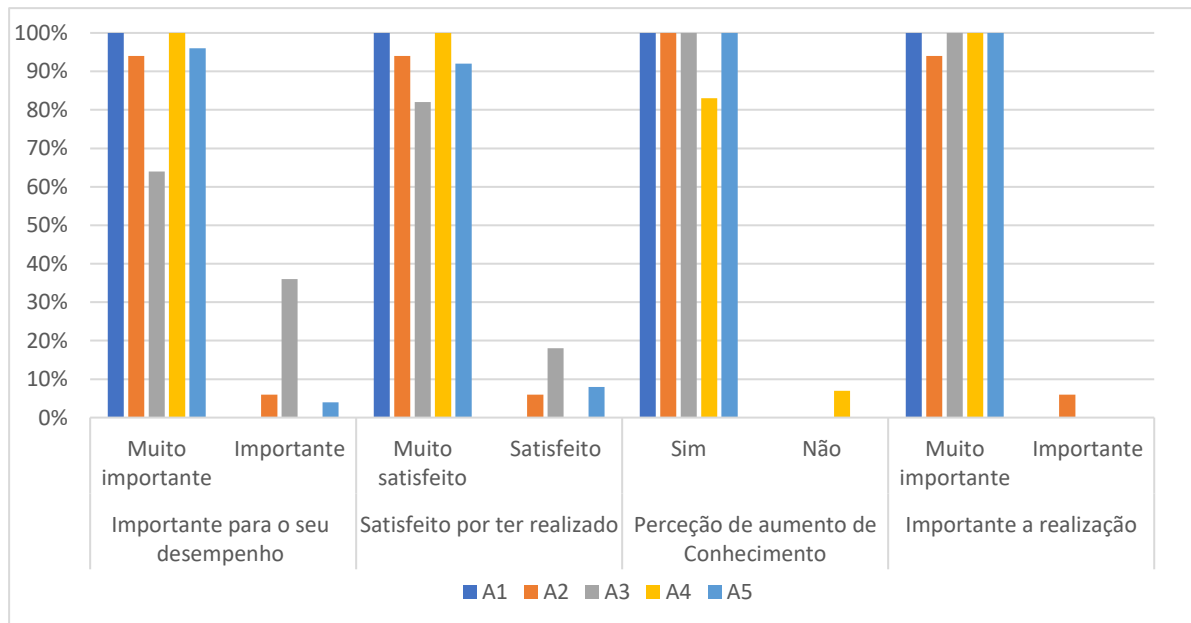
Relativamente ao ganho de conhecimento após intervenção comunitária, houve um claro aumento, traduzido nos resultados do questionário de conhecimento em PS/SBV. Quando se estabelece a comparação entre as respostas adequadas ou corretas antes e após a SES, os formandos, em média, acertaram em mais 26% de respostas após a sessão (Gráfico 1). Pode-se inferir destes resultados que a sessão de educação para a saúde conseguiu “passar a mensagem”, com resultado de um aumento dos conhecimentos do grupo comunitário.

**Gráfico 1 – Comparação dos resultados do Questionário de conhecimento de PS/SBV**



O grau de satisfação quanto às sessões desenvolvidas e a confirmação de que a temática desenvolvida é importante para esta comunidade surge espelhada pelos resultados obtidos no Inquérito de satisfação preenchido no final de cada sessão (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Resultado do Inquérito de Satisfação após as sessões**



O quadro 17, resume a avaliação dos indicadores de impacto propostos, contendo as respetivas metas propostas e as atingidas. Também aqui se constata que todos os indicadores de impacto foram globalmente atingidos.

**Quadro 17 - Avaliação da Intervenção Comunitária pelos indicadores de impacto propostos**

<b>Indicadores de impacto</b>	<b>Meta proposta</b>	<b>Meta atingida</b>
Ganho de conhecimento após intervenção comunitária	Ganho de conhecimento após intervenção comunitária igual ou superior a 20%	Em média os formandos acertaram em mais 26% das questões após a SES;
Nível de importância para o desempenho profissional	> 75% dos formandos considerem muito importante	91%
Taxa de satisfação da sessão	> 75% dos formandos muito satisfeitos	94%
Nível de importância atribuído à temática	> 75% dos formandos considerem muito importante	98,8 %
Perceção de aumento de conhecimento	> 75% dos formandos percecionem aumento de conhecimento	97%

O último indicador de impacto, remete para a aplicação da escala EAvEC, que permitirá avaliar o nível de empoderamento comunitário e que se propõe a ser avaliado entre 6 a 12 meses após o fim da aplicação da intervenção, para que daí se identifique um outro diagnóstico de situação ou uma atualização deste, na contínua promoção do empoderamento comunitário. A meta deste indicador será sempre o máximo nível de empoderamento comunitário no âmbito da intervenção em primeiros socorros e SBV.

Desta forma foi sugerido à equipa de saúde escolar que em futuros planeamentos deste âmbito e noutras áreas em que intervenham a apliquem, para que possam avaliar os 9 domínios distintos e interdependentes do empoderamento comunitário, tendo por base a perceção de uma comunidade e não de um agente externo.



#### **4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO**

A Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019) designa enfermeiro especialista “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (p.4744) por si (OE) definidas. A mestranda propõe-se adquirir a Especialidade de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública. O grau de Mestre é atribuído aquele que, tenha aprovação em todas as unidades curriculares do curso de mestrado concomitantemente com a aprovação no ato público de defesa da dissertação, do relatório de estágio (Decreto-Lei nº65/2018).

##### **4.1. Competências Comuns do Enfermeiros Especialista**

Para além das competências atribuídas a cada especialidade, o Enfermeiro Especialista, tem de ser competente em áreas de grande especificidade, comuns a todas as especialidades. Assim, a OE estabeleceu no **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Durante todo o Mestrado de Especialização, a mestranda teve oportunidade de desenvolver as competências propostas, mas em particular no decurso da unidade curricular Estágio Final e Relatório. Alguns dos domínios das competências comuns dos enfermeiros, tem vindo a desenvolver desde o 1º ciclo de estudos (março 1999 a fevereiro 2003) e prática profissional da mestranda desde 2003 em diferentes contextos clínicos: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (2003-2008); Consulta Externa (2008-2013); Unidade de Saúde Familiar (2013- 2020).

Relativamente ao domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, a mestranda desenvolveu adequadamente a sua competência, demonstrando “(...) um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (...) respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento n.º 140/2019, p.4746), ou seja, da comunidade educativa.

Deodato diz-nos, referindo-se à decisão ética em enfermagem, que esta é uma decisão fundamentada em “diversos domínios do saber [éticos, deontológicos, científicos, profissionais, jurídicos, sociais e culturais], mas assumem uma predominância ética.” (2014, p.291). Este conhecimento que serve de base à tomada de decisão ética, ou seja, do agir perante um problema ético, foi adquirido na formação de base, desenvolvido na prática profissional e consolidado nas unidades curriculares do curso de mestrado em que a mestranda teve aprovação.

A **melhoria contínua da qualidade** foi também um dos domínios, onde a mestranda teve oportunidade de desenvolver as suas competências para se especializar. Durante esta unidade curricular, a mestranda promoveu uma reflexão da equipa relativamente à administração de terapêutica em contexto de visita domiciliária e o risco de anafilaxia, com recurso à análise e discussão pela equipa de toda a legislação e orientações emanadas acerca da temática pelas entidades responsáveis, cumprindo com os critérios de avaliação relativos às unidades de competência deste domínio. De igual modo, todo o processo de planeamento do projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido no sentido da **melhoria contínua da qualidade**, colaborando na génese e operacionalização de projetos institucionais, participando na sua divulgação pela equipa e parceiros comunitários.

O domínio da **gestão de cuidados** foi uma competência desenvolvida, no âmbito do processo de planeamento em saúde, no cumprimento do programa de saúde escolar, para dar resposta às necessidades sentidas pela comunidade alvo. Desta forma, foi possível direcionar o plano para o conhecimento e perceção da equipa de enfermagem de saúde escolar sobre essas necessidades. Fundamental, a elevada experiência destes profissionais ao nível da gestão de cuidados em contextos comunitários e que foram uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência pela mestranda.

As competências: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 140/2019, p.4748) foram também desenvolvidas adequadamente, dentro do que seria exetável dada a etapa de crescimento profissional e académico da mestranda.

Por último, mas não menos importante, o domínio do **desenvolvimento de aprendizagens profissionais**, foi fundamental para a mestranda nesta gestão de conhecimento. Durante todo o Mestrado de especialização estas competências foram desenvolvidas de forma constante e permanente. As competências deste domínio – o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e a apoiar a praxis clínica especializada em evidência científica – é reconhecidamente o que a mestranda tem vindo a desenvolver desde o 1º ciclo de estudos e da sua vida profissional enquanto pessoa, enfermeira de cuidados gerais e que continuará na prática de cuidados especializados.

#### **4.2. Competências Específicas do Enfermeiros Especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de especialização de Saúde Comunitária e Saúde Pública**

Para além dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, a OE definiu também as competências específicas para cada especialidade. Na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de especialização de Saúde Comunitária e Saúde Pública, as competências específicas enquadram-se, de igual modo, em quatro domínios (Regulamento n.º 428/2018):

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade: Durante a unidade curricular de estágio final e relatório, foi planeada uma intervenção com base na metodologia de planeamento em saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993). Todas as etapas preconizadas foram realizadas, cumprindo-se os critérios de avaliação de cada unidade de competência deste domínio.
2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades: Na consecução do processo de planeamento em saúde o modelo conceptual escolhido para sustentar, conduzir e orientar a atuação da mestranda foi o MAIEC. Este modelo teórico tem por base o empoderamento comunitário com um foco principal na Gestão Comunitária (Processos Comunitário, Participação Comunitária e Liderança Comunitária como dimensões diagnósticas). A seleção deste guia conceptual levou a que a mestranda cumprisse as competências inerentes a este domínio.
3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde: Todo o planeamento e intervenção realizados durante a unidade curricular estágio final e relatório foram desenvolvidos no âmbito do programa de saúde escolar, que é considerado um instrumento de operacionalização do plano nacional de saúde.

4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico: No cumprimento do programa de saúde escolar, a mestranda colaborou com a interlocutora da equipa de saúde escolar para o levantamento das necessidades da comunidade educativa e assim planear a sua intervenção no decurso do ano letivo. Também participou na recolha de dados demográficos da comunidade educativa e informação relevante em saúde, que requeresse a realização de um plano saúde individual, em todos os estabelecimentos de ensino, bem como da sua sistematização nos mapas de controlo e avaliação da equipa de saúde escolar.

### 4.3. Competências Atribuídas ao Grau de Mestre

Cumpridos os requisitos para aquisição e/ou desenvolvimento de competências especializadas, é importante lembrar que também neste 2º ciclo de estudos são desenvolvidas as **competências atribuídas ao grau de mestre**. Estas são definidas pelo nº1 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006, que se mantém sem alterações desde a sua criação, apesar das cinco revisões a que este Decreto-Lei foi sujeito. São cinco as alíneas que determinam o que, aos mestres, é exigido que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

(Decreto-Lei nº65/2018, nº1 artigo 16º)

No desempenho das competências especializadas enquanto mestranda da especialidade, todos estes descritores foram cumpridos. Houve oportunidade para aprofundar conhecimento que fundamente a prática baseada na evidência, como se comprova pelas revisões de literatura e recensões críticas realizadas, que permitiram à mestranda agir em situações complexas na tentativa de colmatar e responder às necessidades da comunidade alvo do cuidar específico almejado pela mestranda.

A capacidade comunicativa foi um motivo de alguma inquietude, já que a experiência da mestranda se limitava à comunicação em grupos profissionais e no decurso da sua prática profissional de intervenção junto de um cliente, indivíduo ou família e não toda uma comunidade. A comunicação também se considera um desafio superado.

A qualificação profissional, independentemente do grau académico, pressupõe a aprendizagem ao longo da vida. Um curso não se esgota em si mesmo e a constante procura de conhecimento novo que reflita a evidência científica tem ainda mais relevância quando nos é atribuído o grau de mestre.

#### **4.4. Produção associada ao desenvolvimento de competências**

Durante todo este percurso académico, a mestranda foi desenvolvendo várias atividades, que permitiram fundamentar a prática com base na evidência, as quais, neste ponto do relatório, faz sentido especificar.

No âmbito da unidade curricular de métodos de investigação a mestranda desenvolveu uma revisão em coautoria com o título “Intervenções de enfermagem na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis nos adolescentes: a *Scoping Review*”. De igual modo foi realizada uma revisão sistemática de literatura intitulada “A Eficácia das Tecnologias de Informação e Comunicação no processo de Capacitação do Cuidador Informal: a *Systematic Review*”, no âmbito da unidade curricular de enfermagem comunitária II. Ambas as revisões foram alvo de divulgação científica pela apresentação de Poster em seminário. Durante o estágio final, como referi anteriormente, relacionado com o desenvolvimento de competências especializadas comuns no domínio da melhoria contínua da qualidade, promovi uma reflexão da equipa da UCC relativamente à administração de terapêutica em contexto de visita domiciliária e o risco de anafilaxia pela análise e discussão pela equipa de toda a legislação e orientações emanadas acerca da temática pelas entidades responsáveis.

Como enfermeira em aquisição de competências especializadas a mestranda fez duas recensões críticas onde elaborou juízos críticos, fundamentados, sobre dois artigos da qual resultaram avaliações globais de ambos.

No exercício de planeamento da intervenção comunitária a mestranda também realizou uma revisão da literatura (estilo narrativa), com o fim de a fundamentar e guiar segundo a evidência científica mais recente.

#### 4.5. Implicações para a Profissão e para a Disciplina de Enfermagem

A Enfermagem, enquanto profissão, surgiu da necessidade de cuidar do próximo quando este não o consegue fazer por si ou desconhece como fazê-lo. As raízes deste cuidado inserem-se num contexto de humanismo feminino (índole maternal) e com influência cristã. É após a industrialização das grandes cidades que emerge a disciplina de enfermagem enquanto ciência, por via da sistematização da investigação (qualitativa e quantitativa) nesta área de saber (Vieira, 2017).

Craig e Smith (2004), descrevem a prática baseada na evidência como o “fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis (...) assegurar que o que é feito é feito “bem” - para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos” (p.4). Para estes autores, “os cuidados de enfermagem necessitam mobilizar uma vasta gama de bases de evidência, dentro e para além (...)” e “(...) avaliar criticamente a qualidade da investigação” (p.12), respeitando as diferentes metodologias e áreas de saber.

A Deontologia Profissional, incluída em 2015 nos Estatutos da OE, determina no artigo 99º, os Princípios gerais subjacentes à profissão de enfermagem:

- 1 — As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.
- 2 — São valores universais a observar na relação profissional: a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.
- 3 — São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Lei n.º 156/2015, p.8078)

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 348/2015), num documento que pretende ser “um referencial para a prática profissional de enfermeiro especialista e como guia de recolha de informação sobre evidências dessas mesmas práticas” (p.16481). Identificaram-se sete categorias de enunciados descritivos, os quais devem ser cumpridos sempre na procura da permanente da excelência no exercício profissional: “satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica” (Regulamento n.º 348/2015, p.16482). Estes enunciados visam explicitar a natureza da profissão de enfermagem.

Ser Enfermeiro é hoje um processo complexo, resultado de uma articulação entre a ciência e o humanismo personalista que nem sempre decorre facilmente (Vieira, 2017). A mestrandanda considera que cada um e todos os enfermeiros são responsáveis pelo crescimento e maturação consubstanciada da Enfermagem enquanto profissão e disciplina. O caminho da “*Compaixão à Proficiência*” (Vieira, 2017) faz-se levando o início da caminhada até à meta, pois de nada nos serve ser proficiente se a compaixão não nos acompanhar.



## 5. CONCLUSÃO

Num exercício de síntese de todo o percurso efetuado desde o início do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, a mestranda considera que conseguiu adquirir as competências necessárias ao exercício de uma prática especializada atuando durante o estágio final, no regular funcionamento da prática profissional especializada da enfermeira orientadora.

Por sua vez, houve um crescente investimento pessoal e profissional em direcionar a prática para a procura da evidência científica de um modo sistemático e não apenas empírico. A mestranda sentiu necessidade, de além de consultar a evidência científica que lhe é dirigida diariamente pelos veículos profissionais habituais, da constante procura, junto das entidades e nas bases de dados científicas, dessa evidência.

A comunidade é um “cliente” próximo do contexto de desempenho profissional da mestranda enquanto enfermeira, mas o empoderamento comunitário, entendendo a comunidade como um todo foi uma novidade, já que a experiência de promoção e capacitação para a saúde se limitava ao contato com o utente e família. Planear os cuidados na comunidade tendo em vista o empoderamento comunitário surgiu como um desafio muito agradável que a mestranda considera ter conseguido realizar.

Refletindo um pouco acerca da temática do problema de saúde identificado, a prevenção de acidentes e a atuação em primeiros socorros, é transversal a qualquer comunidade logo, enquanto ato de cidadania, temos de investir no empoderamento de todos e qualquer um de nós enquanto elemento da sociedade, dentro das limitações individuais.

O empoderamento comunitário, em especial da comunidade educativa pode-se considerar um dos maiores valores para a nossa sociedade já que é nesta comunidade que se moldam os cidadãos do futuro, em parceria, como não poderia deixar de ser, com a sua família. Para a mestranda este é o casamento perfeito entre a prática de enfermagem que conhece e a que veio conhecer durante o estágio final.

Os objetivos propostos foram na sua globalidade conseguidos, na certeza, porém, que esta formulação de planeamento será replicada de novo no próximo ano letivo nas instituições agora intervencionadas (segundo as orientações do ERC e AHA, entre outras

entidades responsáveis pela investigação e emissão de orientações em SBV e primeiros socorros) e também ampliada a outras unidades de ensino desta comunidade.

O modelo conceptual MAIEC é de elevado interesse enquanto ferramenta científica estratégica que fundamenta e orienta o planeamento em saúde quando o contexto dos cuidados de enfermagem é o empoderamento comunitário. Deve ser promovida a sua divulgação científica para que as equipas comecem a integrar este modelo nas suas práticas.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelairas-Gómez, C. Carballo-Fazanes, A. Martinez-Isasi, S. López-Garcia, S. Rico-Diaz & J. Rodriguez-Núñez, A. (2019), *Conocimiento y actitudes sobre los primeros auxilios y soporte vital básico de docentes de Educación Infantil y Primaria y los progenitores*. Anales de Pediatría (Barc). 2019, consultado em 2019, 6 de novembro, disponível em <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.010>

Alves, T. Rodrigues, E; Mexia, R. Neto, M. Matias-Dias, C. (2019), *Acidentes Domésticos e de Lazer: uma ocorrência em Portugal com necessidade de abordagem interdisciplinar*, Observações – Boletim Epidemiológico, n.º11; Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal, consultado em 2020, 31 de janeiro, disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/category/informacao-e-cultura-cientifica/publicacoes/boletim-epidemiologico-observacoes/>

American Heart Association, (2018). *Resuscitation Education Science: Educational Strategies to Improve Outcomes From Cardiac Arrest*, Circulation, 7 de agosto de 2018, vol 138, pp.e82-e122 consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIR.0000000000000583>

Associação Portuguesa de Segurança Infantil - APSI, (2017), *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal - Relatório de Avaliação*, consultado em 2020, 23 de janeiro, disponível em: [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)

Bakke, H. Steinvik, T. Angell, J. & Wisborg, T. (2017), *A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway*, BMC - Emergency Medicine, Noruega, consultado em 2019, 06 de outubro, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28228110>

- Bakke, H. Bakke, H. Schwebs, R. (2017), *First-aid training in school: amount, content and hindrances*, Noruega, consultado em 2019, 06 de outubro, disponível em <https://doi.org/10.1111/aas.12958>
- Bardin, L. (2018), *Análise de Conteúdo* (5ª Ed.), Lisboa, Edições70, Lda
- Branquinho, C. & Gaspar, P. (2017). *Competência em suporte básico da vida nas comunidades escolares: uma perspectiva de cidadania*. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica* (pp. 29-47). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria 978-989-99793-9-0, consultado em 2019, 05 de outubro, disponível em <http://hdl.handle.net/10400.8/2879>
- Cabral, G. Pereira, M. & Barroso, I. (2017) *Capacitação dos assistentes operacionais em primeiros socorros: intervenção de enfermagem comunitária*, Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, consultado em 2019, 05 de outubro, disponível em <http://hdl.handle.net/10348/7538>
- Craig, J. Smyth, R. (Ed), (2004), *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*, Lusodidata.
- Dadaczynski, K., Jensen, B.B. Grieg Viig, N., Sormunen, M., von Seelen, J., Kuchma, V., Vilaça, M.T. on behalf of the conference participants (2019). *Health, well-being and education: building a sustainable future. The Moscow Statement on Health Promoting Schools*. Consultado em 2020, 31 de janeiro, disponível em: <https://www.schoolsforhealth.org/resources/conference-statements/moscowstatement>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007); *Policies and strategies to promote social equity in health; Background document to WHO – Strategy paper for Europe*; consultado em 2020, 21 de janeiro, disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, Alterado pelo Artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 239/2015 de 14 de outubro, *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de*

*Saúde*, consultado em 2019, 20 de julho, disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril, *Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde* consultado em 2019, 20 de julho, disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/81/2009/04/02/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto, *alterações ao regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior*, a partir do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto, pelo Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, consultado em 2020, 09 de janeiro, disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Deodato, S. (2014); *Decisão Ética em Enfermagem – Do problema aos fundamentos para o Agir*; consultado em 2020, 15 de abril, Coimbra, Edições Almedina

Direção Geral de Educação (2009a) *Construindo Escolas Promotoras de Saúde: directrizes para promover a saúde em meio escolar - Guidelines 2009*, consultado em 2020, 30 de janeiro, disponível em <https://www.dge.mec.pt/schools-health-europe-she-escolas-promotoras-de-saude>

Direção Geral de Educação (2009b) *Resolução de Vilnius - Terceira Conferência Europeia sobre Escolas Promotoras de Saúde* - consultado em 2020, 30 de janeiro, disponível em <https://www.dge.mec.pt/schools-health-europe-she-escolas-promotoras-de-saude>

Direção Geral de Saúde (2015a); *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa; consultado em 2019, 19 setembro, disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

Direção Geral de Saúde (2015b); *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa; consultado em 2019, 19 de setembro; disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>

- Dixie, M. & Gomes, J. (2015). *Conhecimento da população portuguesa sobre suporte básico de vida e disponibilidade para realizar formação*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 49(4), 640-649, consultado em 2019, 05 de outubro, disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt\\_0080-6234-reeusp-49-04-0640.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0640.pdf)
- European Resuscitation Council, Bossaert, L. Perkins, G. Askitopoulou, H. Raffay, V. Greif, R. Haywood, K. (...) & Xanthos, T. (2015), *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, in Resuscitation, 15 outubro de 2015, nº95, pp.1-311 consultado em 2019, 4 de Outubro, disponível em <https://cprguidelines.eu/>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Porto: Lusodidacta.
- Ferreira, J. Barreira, I. & Barroso, I. (2018), *Intervenção de Enfermagem Comunitária: Capacitar os Docentes em Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros*, Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro- Portugal, consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em <http://hdl.handle.net/10348/8873>
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Ed. Lisboa: Obras Avulsas.
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 a). *Manual de Suporte Básico de Vida – Adulto*, consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-Básico-de-Vida-Adulto.pdf>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 b). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*, consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-Básico-de-Vida-Pediátrico.pdf>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde - Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro – Anexo I, *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16 consultado em 2020, 25 de janeiro, disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde – Dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina
- Melo, P. & Figueiredo, M.H. (2016) “*As intervenções de Enfermagem e o empoderamento comunitário: um estudo com Focus Group*”. 10 International Seminar on Nursing Research Proceedings. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, 2016, consultado em 2019, 02 de novembro, disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/27214>
- Melo, P (2017). MAIEC – *Manual do Utilizador*. Porto. ISBN:978-989-97154-1-7, consultado em 2019, 20 de setembro, disponível em [https://issuu.com/pedro.a.melo/docs/maiec-manual\\_do\\_utilizador](https://issuu.com/pedro.a.melo/docs/maiec-manual_do_utilizador)
- Melo, P. Silva, R. & Figueiredo, M.H. (2018). *Os focos de atenção em enfermagem e o empoderamento comunitário- Um estudo qualitativo*. Revista de Enfermagem Referência.Série IV - n.º 19 - out./nov./dez: 81 – 90;
- Melo, P. & Alves, O. (2019) “*Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making*.” *Healthcare*, 2019, 7, 76, consultado a 20 de setembro, disponível em <https://doi.org/10.3390/healthcare7020076>
- Melo, P. Teixeira, A. Fernandes, C. Ferreira, L.V. Santos, S. Sousa, I. Pereira, A. Ferreira, A. Maciel, C. Pinto, D. Pinto, C. Sousa, S. Cardoso, T. Telles de Freitas, C. Dimande, M. (2020) *Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale*. Suplemento digital Rev ROL Enferm; 43(1): 441-446
- Organização Mundial de Saúde (1978); *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários: Declaração de Alma Ata*; Alma Ata; consultado em 2019, 19 de setembro, disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

- Organização Mundial de Saúde (1986); *Carta de Ottawa para a promoção da saúde 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986; consultado em 2019, 19 de setembro; disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Organização Mundial de Saúde (1998), *Health Promotion – Glossary*, Geneve, Switzerland, consultado em 2020, 22 de janeiro, disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2014); *Constitution of the World Health Organization- Basic documents*, (48ª Ed), (Geneve, Switzerland), consultado em 2019, 19 de setembro; disponível em <http://apps.who.int/gb/bd>
- Organização Mundial de Saúde (2015); *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development declaration*; consultado em 2020, 21 de janeiro; disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2016); *The Sustainable Development Goals (SDGs) logo, including the colour wheel and 17 icons*; consultado em 2020, 21 de janeiro; disponível em: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/news/communications-material/>
- Organização Mundial de Saúde (2018); *Conferência Global de Cuidados de Saúde Primários*; Astana, Cazaquistão, 25-26 de outubro de 2018; consultado em 2020, 20 de janeiro; disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- Pordata (2019). *Retrato de Portugal na Europa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, consultado em 2020, 17 de janeiro, disponível em <https://www.pordata.pt/Retratos/2019/Retrato+de+Portugal+na+Europa-84>
- Rappaport, J. & Hess, R. (1984). *Studies in Empowerment – Steps Toward Understanding and Action*; New York. The Haworth Press, Inc

Regulamento n.º 348/2015, *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*, Diário da República n.º 118/2015, Série II de 2015-06-19, consultado em 2019, 6 de dezembro, disponível em Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf)

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*: Diário da República, 2ª série, n.º135.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019- *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*: Diário da República, 2.ª série, n.º26 – 4744-4750.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 33/2013, Diário da República, 1ª série, 53, consultado em 2019, 29 de setembro; disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/32/2013/03/15/p/dre/pt/html>

Silva, L. Costa, J. Furtado, L. Tavares, L. & Costa, J. (2017), *Primeiros Socorros e Prevenção de Acidentes no Ambiente Escolar: Intervenção em Unidade de Ensino*, Brasil consultado em 2019, 05 de outubro, disponível em <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.893>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Universidade Católica Portuguesa (2012) – *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional*. DESPACHO NR/C/1072/2012. 2012

Vieira, M. (2017), *Ser Enfermeiro – Da Compaixão à Proficiência*, 3ªEd, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa

Zambrano, A. Bustamante, G. & García, M. (2009), *Trayectorias Organizacionales y Empoderamiento Comunitario: un Análisis de Interfaz en dos Localidades de la Región de la Araucanía*, PSYKHE, Vol. 18, N°2, 65-78, consultado em 2020, 9 de janeiro, disponível em <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v18n2/art05.pdf>

## **DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS**

Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada (2019), *Mapas Anuais de Avaliação PNSE de 2015 – 2019*; consultado em 2019, 06 de outubro

Universidade Católica Portuguesa (2015) - *Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem* (natureza profissional).

Universidade Católica Portuguesa (2016) – *Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano*. Mestrado de natureza profissional. 2016/2017

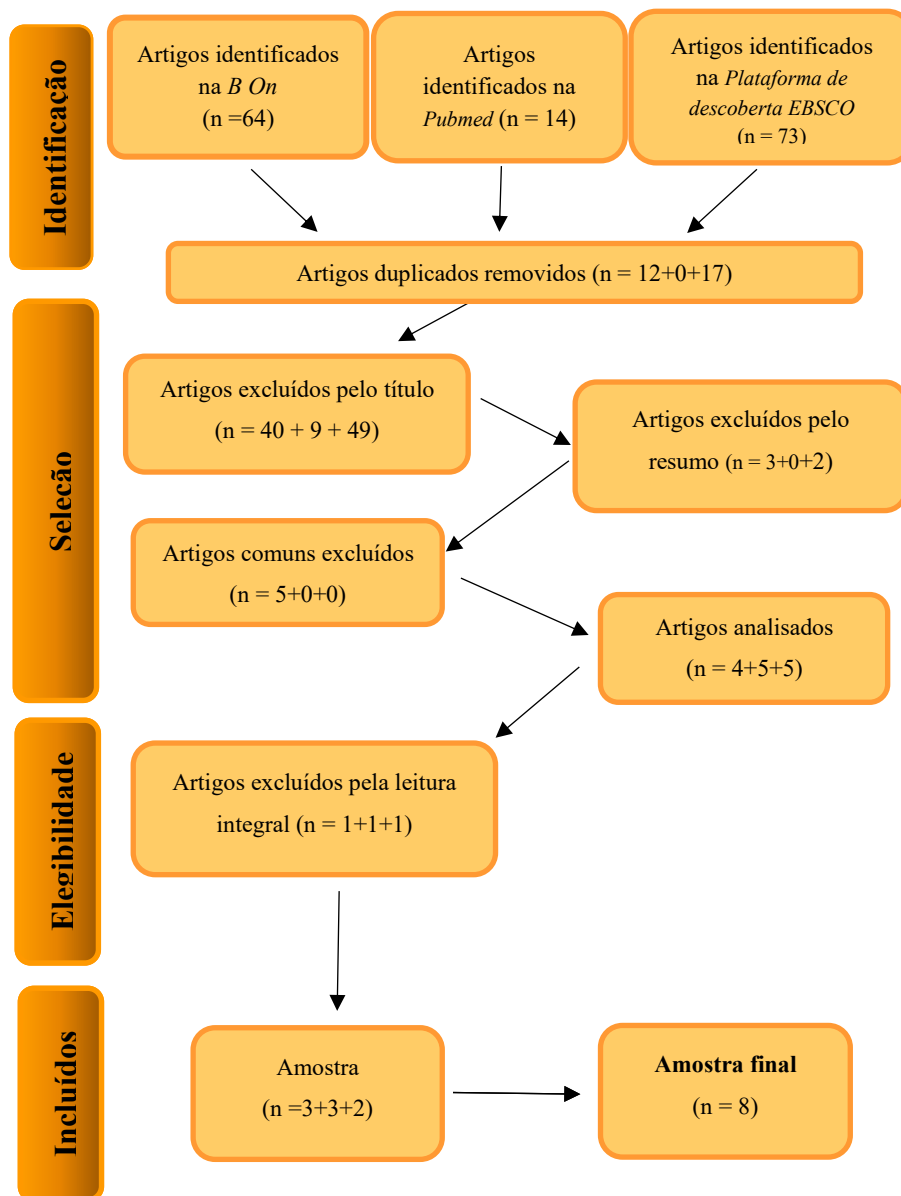
Universidade Católica Portuguesa (2019) - *Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório* no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional).

# APÊNDICES



## **Apêndice I – Fluxograma Prisma**

## Fluxograma Prisma



## **Apêndice II - Quadros de Extração de Resultados da Revisão de Literatura**

<b>Título</b>	<b>Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação.</b>
<b>Autor/ País</b>	Dixe, M. Gomes, J. - Portugal
<b>Ano</b>	2015
<b>Objetivo</b>	Avaliar o nível de conhecimento da população portuguesa sobre SBV; Conhecer a disponibilidade da população portuguesa para realizar formação sobre SBV; Identificar os fatores relacionados com o nível de conhecimento sobre SBV (idade, sexo, frequência anterior de curso em SBV e experiência anterior em SBV).
<b>Metodologia</b>	Estudo observacional do tipo descritivo, correlacionado.
<b>População</b>	Portuguesa, residente em Portugal Continental e ilhas dos Açores e Madeira, com idade igual ou superior a 18 anos que sabia ler e escrever e trabalhasse numa instituição pública e privada. Amostra do tipo não probabilístico.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Formação em Suporte Básico de Vida
<b>Contexto</b>	População portuguesa
<b>Resultados</b>	Os níveis de conhecimento da população portuguesa são baixos; Existe disponibilidade para realizar formação em SBV; É essencial continuar a desenvolver cursos de formação e treino para melhorar os conhecimentos da população portuguesa. Os resultados do estudo reforçam a necessidade da capacitação da população leiga em SBV com vista à diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade em situações urgentes de acidente/doença súbita fora do contexto hospitalar.

<b>Título</b>	<b>Primeiros Socorros e Prevenção de Acidentes no Ambiente Escolar: Intervenção em Unidade de Ensino</b>
<b>Autor/ País</b>	Silva, L. Costa, J. Furtado, L. Tavares, L. Costa, J. - Brasil
<b>Ano</b>	2017
<b>Objetivos</b>	Descrever uma ação educativa com professores do ensino básico e identificar possíveis situações de risco para acidentes.
<b>Metodologia</b>	Relato de Experiência (Observação); técnica delphi (reunião com peritos para priorização de temáticas);
<b>População</b>	Professores Ensino Básico
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Formação em prevenção de acidentes, primeiros socorros e suporte básico de vida.
<b>Contexto</b>	Ambiente Escolar
<b>Resultados</b>	<p>As crianças passam cerca de 1/3 do seu dia na escola, sendo este um local de risco para a ocorrência de acidentes; A intervenção na escola passou por assinalar as zonas físicas mais problemáticas da escola para assim se tomarem as devidas medidas preventivas, assim como, preparar o corpo docente para intervir caso aconteça algum acidente;</p> <p>A intervenção decorreu com um grupo de professores a quem foi dada formação sobre suporte básico de vida e primeiros socorros;</p> <p>Tanto a reflexão sobre as áreas de potencial risco de acidente como a formação sobre como intervir caso sucedam (nomeadamente quedas e sangramentos) conferiu maior segurança à comunidade educativa em causa.</p>

<b>Título</b>	<b>Capacitação dos Assistentes Operacionais em Primeiros Socorros: Intervenção de Enfermagem Comunitária</b>
<b>Autor/ País</b>	Cabral, G. Pereira, M. Barroso, I. - Portugal
<b>Ano</b>	2017
<b>Objetivo</b>	Capacitar os Assistentes Operacionais para prestação de primeiros socorros em contexto escolar;
<b>Metodologia</b>	Estudo quantitativo, do tipo descritivo e correlacional
<b>População</b>	Assistentes Operacionais de estabelecimentos de ensino;
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Formação em suporte básico de vida e primeiros Socorros
<b>Contexto</b>	Ambiente Escolar
<b>Resultados</b>	<p>No estabelecimento do diagnóstico de situação, constatou-se que cerca de 55 % da população inquirida apresentava formação em primeiros socorros, contudo os resultados do questionário de conhecimentos sobre primeiros socorros foram insuficientes.</p> <p>O estudo e posterior intervenção teve resultados positivos, dado que se verificou aumento do conhecimento das assistentes operacionais relativamente ao tema. A população em que se interveio ficou mais capacitada para atuar em SBV e primeiros socorros;</p> <p>É fundamental continuar a desenvolver-se este tipo de intervenção comunitária por forma a capacitar um maior número de profissionais.</p>

<b>Título</b>	<b>Competências em Suporte Básico de Vida nas Comunidades Escolares: Uma perspetiva de cidadania.</b>
<b>Autor/ País</b>	Branquinho, C. Gaspar, P. - Portugal
<b>Ano</b>	2017
<b>Objetivo</b>	Estudo A - Analisar o nível de conhecimentos em SBV e a motivação para SBV da comunidade escolar; Estudo A - Avaliar o reconhecimento da comunidade educativa do Enfermeiro como formador nesta área; Estudo B - Verificar se existe um padrão de formação em SBV para as profissões de saúde nas Escolas Superiores de Saúde;
<b>Metodologia</b>	Estudo A - Estudo quantitativo, analítico e descritivo-correlacional; Estudo B - Estudo quantitativo, descritivo, exploratório simples;
<b>População</b>	Professores, auxiliares de ação educativa e alunos do 3º ciclo de ensino e ensino secundário; Escolas Superiores de Saúde de Portugal Continental e Ilhas.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Conhecimentos, Interesse e Formação em suporte básico de vida
<b>Contexto</b>	Ambiente escolar
<b>Resultados</b>	Estudo A – Nível de conhecimento e competências em SBV preocupantes dado que apenas 9,9% da amostra tem formação em SBV e os conhecimentos são insuficientes. Os alunos apresentam mais conhecimentos, seguindo-se os auxiliares e no fim os professores. Os auxiliares manifestam maior necessidade de formação, mas são os professores que revelam maior motivação para a prática de SBV A comunidade escolar reconhece competência ao enfermeiro como formador em SBV, seguindo-lhe o médico e o bombeiro. Estudo B – As estratégias de aulas utilizadas nas Escolas Superiores de Saúde analisadas estão adequadas.

<b>Título</b>	<b>A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway; Uma pesquisa nacional sobre treino e reuniões em primeiros socorros na Noruega</b>
<b>Autor/ País</b>	Bakke, H. Steinvik, T. Angell, J. Wisborg, T. – Noruega
<b>Ano</b>	2017
<b>Objetivo</b>	Estabelecer a prevalência e a distribuição do treino de SBV pela população; Frequência com que as competências em SBV são necessárias; Frequência com que se presencia o comportamento de ajuda;
<b>Metodologia</b>	Pesquisa telefônica - Estudo observacional do tipo descritivo, correlacional.
<b>População</b>	População Norueguesa com 15 anos ou mais. Amostra representativa da população constituída por 1000 indivíduos.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Conhecimento e atuação em SBV
<b>Contexto</b>	População Norueguesa
<b>Resultados</b>	Uma grande parte da população tem treino em SBV e existe uma elevada vontade de atuar em SBV se necessário; O conhecimento teórico sobre SBV foi pior que o esperado; Embora o SBV seja lecionado nas escolas desde 2003, poucos dos entrevistados mencionaram a escola como fonte do treino em SBV.

<b>Título</b>	<b>First-aid training in school: amount, content and hindrances; Formação em primeiros socorros na escola: quantidade, conteúdo e obstáculos</b>
<b>Autor/ País</b>	Bakke, H.K. Bakke, H.K. Schwebs, R. - Noruega
<b>Ano</b>	2017
<b>Objetivo</b>	Determinar quanto tempo é dedicado ao treino em primeiros socorros e quais os níveis de ensino abrangidos; Qual o conteúdo sobre primeiros socorros ensinado; Como o conteúdo sobre primeiros socorros é ensinado; Se existem obstáculos que impeçam os professores de ensinarem todo o treino que queiram ou que causem uma diminuição na qualidade do que é ensinado.
<b>Metodologia</b>	Pesquisa por questionário – Estudo observacional do tipo descritivo, correlacional.
<b>População</b>	Professores de Educação Física no ensino primário e ensino secundário baixo; Professores das disciplinas vocacionais no nível secundário alto.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Ensino e treino de SBV
<b>Contexto</b>	Ambiente escolar
<b>Resultados</b>	Os professores precisam de maior preparação para serem instrutores de primeiros socorros; A falta de manequins e outros equipamentos para treino das competências em SBV e primeiros socorros. Os professores dão em média duas aulas sobre primeiros socorros por ano; Muitas medidas de primeiros socorros deveriam ser mais faladas em sala de aula; O curriculum escolar definido não especifica quais os conteúdos que devem constar no ensino de primeiros socorros;

<b>Título</b>	<b>Intervenção de Enfermagem Comunitária: Capacitar os Docentes em Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros:</b>
<b>Autor/ País</b>	Ferreira, J. Barreira, I. Barroso, I. - Portugal
<b>Ano</b>	2018
<b>Objetivo</b>	Capacitar os Docentes para atuar em suporte básico de vida e primeiros socorros em contexto escolar;
<b>Metodologia</b>	Estudo descritivo transversal
<b>População</b>	Docentes;
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Formação em suporte básico de vida e primeiros Socorros
<b>Contexto</b>	Ambiente Escolar
<b>Resultados</b>	<p>Na determinação do diagnóstico de situação, procurando identificar as necessidades formativas em SBV e primeiros socorros dos docentes, percebeu-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 50% têm conhecimentos sobre SBV/primeiros socorros;</li> <li>b. 16,1% fizeram já formação em SBV/primeiros socorros;</li> <li>c. 85,4% necessitam de formação teórica ou prática em SBV/primeiros socorros;</li> </ul> <p>Pela avaliação após a implementação do plano de formação, verifica-se que os conhecimentos prévios eram baixos e houve aumento dos conhecimentos e competências para atuar em SBV e primeiros socorros.</p> <p>A população em que se interveio ficou mais capacitada para atuar em SBV e primeiros socorros;</p>

<b>Título</b>	<b>Conocimiento y actitudes sobre los primeros auxilios y soporte vital básico de docentes de Educación Infantil y Primaria y los progenitores</b>
<b>Autor/ País</b>	Abelairas-Gómez, C. Carballo-Fazanes, A. Martínez-Isasi, S. López-García, S. Rico-Díaz, J. Rodríguez-Núñez, A.
<b>Ano</b>	2019
<b>Objetivo</b>	Avaliar os conhecimentos em primeiros socorros e SBV de professores primários e de pré-escolar, bem como dos pais.
<b>Metodologia</b>	Estudo observacional do tipo descritivo, correlacional.
<b>População</b>	Professores primários e pré-escolar e pais de 681 centros da Comunidade Autónoma da Galiza;
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Conhecimento e atitudes sobre primeiros socorros e suporte básico de vida
<b>Contexto</b>	Ambiente escolar
<b>Resultados</b>	Constata-se uma geral falta de conhecimentos em primeiros socorros e suporte básico de vida, apesar de cerca de 57% referir ter formação em SBV e desses, cerca de metade tê-lo feito há menos de 2 anos. 60% consideraram ser uma formação essencial. Os resultados ao questionário de conhecimentos sobre a temática foram muito fracos, com muitas respostas erradas. Quer os docentes, quer os pais concordam que se inclua esta temática os currículos escolares. É necessário então, formar todo o corpo docente incluindo estes conteúdos também nos planos de estudos universitários



## **Apêndice III – Projeto Individual de Aprendizagem**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

## **12º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Especialização em Enfermagem Comunitária:**

**Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública –**

# **UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO**

## **PROJETO INDIVIDUAL DE APRENDIZAGEM**

Cláudia Alexandra Bacalhau Ramalho

**Prof.<sup>a</sup> Tutora:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Amélia Simões Figueiredo

**Lisboa, 14 de outubro 2019**

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na unidade curricular Estágio Final e Relatório, foi solicitado um projeto de aprendizagem que incluía a planificação das atividades a desenvolver durante o seu decurso.

Durante o estágio pretende-se adquirir competências comuns do enfermeiro e também “atingir um nível adequado de desenvolvimento das competências específicas nesta área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros” (UCP,2019)

Um projeto, segundo Tavares (1990) “(...) é um conjunto de atividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (p.39)

Durante cerca de 15 semanas (de 09/09/2019 a 19/12/2019) a mestranda ir-se-á propor desenvolver atividades que lhe confirmem as competências necessárias para se tornar especialista na saúde das comunidades e saúde pública. A maioria destas atividades serão realizadas no sentido de desenvolver um projeto de intervenção na comunidade que prevaleça para além do limite temporal deste estágio.

A metodologia de planeamento em saúde segundo Imperatori (1993), será o fio condutor que irá guiar a mestranda nestas 15 semanas.

Este projeto individual de aprendizagem procura delinear as atividades a realizar pela mestranda, durante o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade, na equipa de saúde escolar, definindo o objetivo geral e respetivos objetivos específicos. Tem também incluído o cronograma com a previsão dos momentos em que cada atividade decorrerá. Este poderá ser sujeito a alterações face às condicionantes encontradas no decurso do estágio.

## **Cidadania em Saúde e a importância da capacitação da comunidade educativa em primeiros socorros**

Refletindo sobre o eixo Cidadania em Saúde do Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020, verifica-se que este é um conceito que surge já na Declaração de Alma-Ata (1978), como o “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde” (p.1). Esta, vem afirmar que os cuidados de saúde primários são o elemento essencial na promoção, prevenção, cura e reabilitação dos problemas de saúde da comunidade, de acordo com as necessidades. Pela proximidade às comunidades, promovem a autoconfiança e a participação comunitária e individual na educação. Esta, contribui para o desenvolvimento da capacidade das comunidades de se envolverem na melhoria da sua saúde.

Na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, surge a Carta de Ottawa (1986), que reforça a ideia que emergiu na declaração de Alma-Ata, estabelecendo o seguinte conceito de Promoção de Saúde:

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; (p.1)

Ficou também definido na Carta de Ottawa (1986), o conceito de Capacitar como pré-requisito na promoção da saúde, reforçando que “as populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam” (p2). As intervenções para a capacitação da comunidade, passam por reforçar a ação comunitária e desenvolver competências pessoais, ou seja, agir tanto no grupo como individualmente.

O PNS (DGS,2015a), volta a entender o cidadão como elemento central no Sistema de Saúde e “importante agente de participação e mudança” (p.14). Nesta linha de pensamento, o PNS defende que para que seja agente de mudança o cidadão tem de ser capacitado por forma a conseguir responsabilizar-se pelas decisões que toma face à sua saúde e de quem está ao seu redor. A capacitação dos cidadãos é conseguida, pelas ações de literacia em saúde, no sentido do crescimento e desenvolvimento da autonomia e responsabilização individual e coletiva, o *Empowerment*. Segundo o PNS, “a capacitação

dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços” (DGS,2015a, p.21).

A implementação do PNS é conseguida por programas e projetos mais dirigidos a necessidades e áreas específicas que surgem como instrumentos de operacionalização inseridos numa lógica de planeamento em saúde.

A declaração de Vilnius em 2009 foi a terceira conferência europeia das Escolas Promotoras da Saúde. “A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) foi criada em 1991 pela OMS Europeia, o Conselho da Europa e a União Europeia. A experiência nesta rede revelou um desenvolvimento sustentado da promoção da saúde nas escolas” (Ministério da Educação, 2009, p.3). Um dos 5 valores desta rede é a sustentabilidade, que vai ao encontro do objetivo da capacitação do cidadão, tendo como fim último a capacitação de toda a comunidade e assim a efetiva promoção e ganhos em saúde:

As Escolas promotoras de saúde reconhecem que a saúde, a educação e desenvolvimento estão estritamente ligados. As escolas atuam como centros de aprendizagem académica. Apoiam e desenvolvem uma visão positiva e responsável do papel dos alunos no futuro da sociedade. (Ministério Educação, 2009, p.4)

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), foi atualizado em 2015 e remete para as medidas a implementar em meio escolar, tendo como ponto de partida o PNS alinhado com a estratégia Health 2020, apresentado pela OMS em 2014. O seu limite temporal enquanto plano estratégico é 2020. Citando o PNSE (DGS, 2015b),

Os conhecimentos, os comportamentos e as crenças estabelecidas no início da vida tendem a persistir na vida adulta. (...) o longo ciclo de vida escolar, que decorre dos 3 aos 18 anos, é, reconhecidamente, um marco para a estruturação da saúde física e mental (p22).

O PNSE,

(...) destina-se a toda a comunidade educativa, que compreende crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação e desenvolve-se nos Estabelecimentos de Educação e Ensino (EEE) do Ministério da Educação: Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas (AE) com atividade em Jardim de infância, Ensino Básico e Secundário (EBS), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) com intervenção na população escolar e, sempre que os recursos humanos o permitam, em instituições privadas com acordo de cooperação. (DGS, 2015b, p.19)

No âmbito deste projeto de planeamento em saúde, ir-se-á intervir junto do pessoal docente e não docente, no sentido em que numa ótica de prevenção de acidentes e intervenção

precoce para minimizar consequências no imediato face ao acontecimento acidental, são estes os principais intervenientes dentro do meio escolar.

Em concordância com um dos objetivos gerais definidos no PNSE 2015, ir-se-á “Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa” (DGS, 2015b, p.20); De entre os seis eixos de intervenção do PNSE 2015, a mestranda vai focar-se no 2º Eixo - Ambiente escolar e saúde - cujas áreas de Intervenção são o desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde e **prevenção dos acidentes e primeiros socorros**.

O sistema de vigilância EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes) de acidentes domésticos e de lazer (ADL), durante o ano de 2018 registou 106179 ADL, cerca de 47 casos de ADL em 1000 atendimentos no serviço de urgência são por ADL. A faixa etária (considerando apenas entre os 0 e os 19 anos) com maior incidência de acidentes é a igual ou inferior aos 14 anos. A queda é o mecanismo de lesão mais frequente com 66,9 % de registo de ocorrência. A casa é o local onde mais frequentemente ocorrem os ADL com 48,2% de ocorrências, em seguida temos a escola, área institucional e em recintos públicos com 18,3%, ao ar livre com 11,63% e em áreas de transporte, 7,5%. Quanto ao tipo de lesão verificou-se que as mais relevantes foram: hematoma/contusão (56,3%), seguido de lesões por ferida aberta (19,5%) e concussão (10,1%), o que vai ao encontro da realidade europeia (Alves *et al*, 2019).

O PNSE 2015 defende, relativamente à área de intervenção de prevenção de acidentes e primeiros socorros que “A Saúde Escolar deve promover a aquisição de competências básicas necessárias ao socorro imediato enquanto ato de cidadania” (DGS, 2015b, p.38). Também a Saúde Escolar, “(...) No que se refere à prestação de primeiros socorros e SBV pode capacitar aluno/as e profissionais de educação para intervirem em situações de emergência.” (p. 39). A necessidade da capacitação da comunidade educativa em suporte básico de vida e primeiros socorros, surge tanto no âmbito da prevenção da doença como da promoção da saúde.

O ERC (2015), baseado no consenso na conferência de ILCOR, define primeiros socorros como comportamento de ajuda e cuidado inicial perante uma doença aguda ou ferimento. Pode ser realizado por qualquer pessoa que aqui se designa como socorrista. Um socorrista deve ser uma pessoa com treino em primeiros socorros, que saiba reconhecer, avaliar e priorizar a necessidade de primeiros socorros. Deve também providenciar o cuidado adequado à situação e saber pedir auxílio quando prevê o limite da sua intervenção procurando ajuda diferenciada para a vítima. Os objetivos dos primeiros socorros são manter

a vida, aliviar o sofrimento, prevenir mais doença ou ferimento e promover a recuperação. O suporte básico de vida, consiste num conjunto de atitudes e manobras aplicadas perante uma paragem cardiorrespiratória (PCR) que podem ser importantes para recuperar a vítima ou ganhar tempo até que chegue ajuda diferenciada e melhorar as suas hipóteses de sobrevivência.

Treinar o cidadão comum em reanimação cardiorrespiratória (RCP) é para o ERC (2015), essencial para melhorar as hipóteses de sobrevivência de quem tem uma PCR, ou seja, existe evidência científica de que as manobras de RCP e a desfibrilhação precoce são determinantes na sobrevivência a uma PCR num ambiente extra-hospitalar. É neste contexto utilizado o termo leigo, para definir o cidadão comum que pode ter formação em SBV. Quanto maior for o número de leigos com esta formação, maior será a possibilidade de alguém intervir numa situação de PCR ou de noutra situação urgente/emergente. Todas as instituições com responsabilidade ao nível da investigação e formação sobre suporte de vida são unânimes – É fundamental e urgente preparar a comunidade para intervir. Só assim se consegue melhorar a taxa de sobrevivência e qualidade de vida pós PCR. Contudo, existem diversos fatores potenciadores de medo de intervir numa situação real: medo de fazer mal; medo de adquirir alguma infeção ou até o medo de alguma implicação legal. O treino em manequins adequados é fundamental para a aquisição de competências em SBV e diminuição dos receios face à técnica (ERC, 2015).

O ERC (2015) defende que o treino de SBV deveria ser repetido anualmente, já que a evidência científica nos diz que as competências adquiridas no momento da formação em SBV vão diminuindo nos 3 a 12 meses seguintes, se não houver prática. As ações de atualização onde os conhecimentos e o treino são lembrados deverão ser realizadas a cada 12-24 meses, de acordo com o contexto. O AHA (2018), sugere que se programem sessões mais curtas e mais frequentes (por exemplo, 1 ou 2 horas de treino a cada 3 ou 6 meses). Também no treino de SBV para o cidadão comum, o AHA (2018) recomenda o envolvimento de líderes comunitários e regulação legislativa para que a formação em SBV se dissemine. Os líderes seriam elementos da comunidade com conhecimento dos recursos (materiais e humanos), com capacidade para intervir em caso de situação urgente/emergente e ser motivador para mais elementos da comunidade e assim aumentar o número de pessoas com conhecimento sobre primeiros socorros e SBV.

Na análise documental aos dados de avaliação do PNSE, constata-se que no ano letivo 2018/2019 a percentagem de professores/educadores e assistentes operacionais alvo de formação em primeiros socorros e SBV foi muito inferior à meta estabelecida para 2020

que é de 20%. É este grupo de profissionais que fará a primeira abordagem numa situação de acidente em meio escolar e acionará os meios de socorro se necessário.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) desenvolve a sua atividade no âmbito comunitário com uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeuta e assistente técnico). Desenvolve com a sua população alvo, atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, numa perspetiva integrada e em articulação com as instituições parceiras da mesma. A equipa multidisciplinar da UCC, estabelece planos de intervenção conjuntos, integrados e articulados, procurando envolver todos os visados. A micro equipa da saúde escolar é composta por quatro enfermeiras, duas a tempo inteiro e duas enfermeiras a tempo parcial. O parque escolar alvo da intervenção da equipa de saúde escolar (ESE) da UCC é extenso, envolvendo uma vasta parcela da população.

A missão da UCC vai ao encontro da alínea 2 do artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro,

(...) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (p.1184)

Desde a sua génese que a visão da UCC tem sido melhorar o estado de saúde da população alvo, procurando ser equipa de referência de boas práticas na prestação de cuidados em proximidade, articulados, com respostas integradas e diferenciadas.

Os valores que guiam esta Unidade Funcional são, segundo a mesma, a qualidade, a equidade e a garantia da acessibilidade à saúde pela população alvo. Também o respeito pela individualidade e promoção da autonomia com salvaguarda dos direitos de cada cidadão.

## OBJECTIVOS

**Objetivo Geral:** Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na equipa multidisciplinar da Unidade Cuidados Comunidade (UCC).

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"><li>Integrar a equipa multidisciplinar da UCC de 09 de setembro a 18 de dezembro;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Realizar reunião de apresentação na UCC com a enfermeira chefe da UCC e também enfermeira orientadora;</li><li>Conhecer as instalações da UCC de Almada;</li><li>Conhecer a equipa multidisciplinar;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Conhecer a dinâmica e funcionamento da equipa multidisciplinar da UCC de Almada no período de 09 a 18 de setembro de 2019;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Conhecer os projetos/áreas de intervenção da UCC de Almada;</li><li>Consultar o Plano de Ação da UCC de Almada;</li><li>Reunir com Enf.<sup>a</sup> Orientadora para definição do projeto individual de aprendizagem de acordo com as necessidades sentidas pela equipa de Enfermagem que integra a Saúde Escolar;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Elaborar o diagnóstico de situação das necessidades de intervenção no âmbito da Saúde Escolar e priorizá-las entre 09 de setembro e 15 de outubro;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Reunir com Enf.<sup>a</sup> Orientadora para definição da problemática do diagnóstico de situação, relacionada com a Saúde Escolar da UCC de Almada;</li><li>Identificar a metodologia a adotar: instrumentos de recolha de dados, amostra, cronograma, avaliação</li><li>Proceder à análise documental dos dados de avaliação do cumprimento dos indicadores do Plano Nacional de Saúde Escolar;</li><li>Participar em reuniões com as direções de Agrupamentos e IPSS para identificação e priorização das necessidades de formação em cuidados de saúde urgentes para docentes e não docentes.</li><li>Interpretar e analisar dos dados obtidos nas reuniões realizadas;</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Planear estratégias de intervenção e elaborar um programa de sensibilização e informação para capacitação da comunidade educativa (docente e não-docente) na intervenção em situações de saúde urgentes de 15 a 23 de outubro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Reunir com a enf.<sup>a</sup> orientadora para com os dados obtidos da priorização das necessidades, definir a melhor estratégia de capacitação das equipas e como intervir;</li> <li>✚ Preparar as sessões de educação para a saúde com o objetivo de capacitar a comunidade educativa para intervir numa situação de saúde urgente;</li> <li>✚ Agendar com as equipas alvo de intervenção as sessões de educação para a saúde;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Executar o programa de sensibilização e informação para capacitação da comunidade educativa (pessoal docente e não docente) na intervenção em situações de saúde urgentes de 28 de outubro a 29 de novembro;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Realizar sessão de educação para a saúde: “Como intervir em situações de saúde urgentes”; para a equipa de pessoal docente e não docente, repartida em dois períodos;</li> <li>✚ Elaborar questionário de avaliação de conhecimento dos formandos pré e pós formação em todas as sessões;</li> <li>✚ Elaborar questionário de avaliação da sessão realizada;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Avaliar a Intervenção realizada de 02 a 17 de dezembro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Analisar as respostas obtidas nos questionários pré e pós-formação;</li> <li>✚ Analisar o questionário de avaliação da sessão realizada;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica da prática de cuidados especializados;</li> <li>✚ Desenvolver a capacidade de comunicação oral e escrita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Elaborar Relatório de Estágio;</li> <li>✚ Apresentar os resultados do projeto à equipa de saúde escolar.</li> </ul>

## CRONOGRAMA ESTÁGIO: UC ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

9 de setembro a 18 de dezembro 2019

Mês \ Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Setembro																															
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															

Legenda:

- Integração Equipa UCC – Saúde Escolar
- Diagnóstico de Situação e Priorização das necessidades
- Planear estratégias e elaborar um programa de intervenção
- Reunião de Orientação Tutorial com Enf.<sup>a</sup> Orientadora e Professora Tutora
- Orientação Tutorial da UC Estágio Final e Relatório
- Sessões Formativas para a Comunidade Escolar (Docente e Não-Docente)
- Intervenção na Comunidade Escolar
- Avaliação da Intervenção realizada

## CONCLUSÃO

Este projeto, a desenvolver na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, será realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade e irá contribuir para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de especialização de saúde comunitária e saúde pública.

A utilização da metodologia de Planeamento em Saúde será fundamental para a prossecução dos objetivos, permitindo estruturar e gerir os recursos disponíveis e as estratégias a desenvolver.

Neste estágio a mestranda será orientada por uma enfermeira mestre e especialista em enfermagem saúde comunitária e saúde pública, detentora de um vasto leque de conhecimentos e experiência ao nível da intervenção comunitária, mais concretamente no âmbito da saúde escolar, considerando assim uma mais valia na aquisição de competências como enfermeira especialista. Acreditamos que este estágio irá propiciar grandes momentos de grande aprendizagem, crescimento e de reflexão extremamente importantes no desempenho da prática profissional.

Dada a fase inicial de planificação deste projeto, este é um processo que vai sendo construído ao longo do estágio, próprio da dinâmica da metodologia de planeamento em saúde, sendo efetuados ajustes segundo as necessidades e avaliações contínuas. Algumas limitações poderão vir a condicionar este projeto, não sendo possível neste momento identificá-las.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association, (2018). *Resuscitation Education Science: Educational Strategies to Improve Outcomes From Cardiac Arrest*, *Circulation*, 7 de agosto de 2018, vol 138, pp.e82-e122 consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIR.0000000000000583>
- Assembleia da República (2013). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 33/2013*, Diário da República, 1ª série, 53, consultado em 2019, 29 de setembro; disponível em <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/32/2013/03/15/p/dre/pt/html>
- Alves, T. Rodrigues, E; Mexia, R. Neto, M. Matias-Dias, C. (2019), *Acidentes Domésticos e de Lazer: uma ocorrência em Portugal com necessidade de abordagem interdisciplinar*, Observações – Boletim Epidemiológico, n.º11; Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal, consultado em 2020, 31 de janeiro, disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/category/informacao-e-cultura-cientifica/publicacoes/boletim-epidemiologico-observacoes/>
- Câmara Municipal de Almada (2014), *Território e População: Retrato de Almada segundo os Censos 2011*, consultado em 2019, 28 de setembro, disponível em [https://www.m-almada.pt/xportal/xmain?xpid=cmav2&xpgid=genericPage&genericContentPage\\_qry=BOUI=5771022&actualmenu=5770956](https://www.m-almada.pt/xportal/xmain?xpid=cmav2&xpgid=genericPage&genericContentPage_qry=BOUI=5771022&actualmenu=5770956)
- Câmara Municipal de Almada (2019), *Almada num minuto*, consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em [https://www.m-almada.pt/xportal/xmain?xpid=cmav2&xpgid=genericPage&genericContentPage\\_qry=BOUI=5771022&actualmenu=5770956](https://www.m-almada.pt/xportal/xmain?xpid=cmav2&xpgid=genericPage&genericContentPage_qry=BOUI=5771022&actualmenu=5770956)
- Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto e pelo Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro; Diário da República, 1ª série, pp 1182 - 1189; consultado em 2019, 28 de setembro; disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Direção Geral de Saúde (2015a); *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa; consultado em 2019, 19 setembro; disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

- Direção Geral de Saúde (2015b); *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa; consultado em 2019, 19 de setembro; disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- European Resuscitation Council, Bossaert, L. Perkins, G. Askitopoulou, H. Raffay, V. Greif, R. Haywood, K. (...) Xanthos, T. (2015), *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, in Resuscitation, 15 outubro de 2015, nº95, pp.1-311 consultado em 2019, 4 de Outubro, disponível em <https://cprguidelines.eu/>
- Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 a). *Manual de Suporte Básico de Vida – Adulto*, consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Adulto.pdf>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 b). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*, consultado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Melo P, Figueiredo MH. (2016) “*As intervenções de Enfermagem e o empoderamento comunitário: um estudo com Focus Group*”. 10 International Seminar on Nursing Research Proceedings. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, 2016, Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/27214>
- Melo, P (2017). MAIEC – *Manual do Utilizador*. Porto. ISBN:978-989-97154-1-7;
- Melo P, Silva RC & Figueiredo MH (2018). *Os focos de atenção em enfermagem e o empoderamento comunitário- Um estudo qualitativo*. Revista de Enfermagem Referência.Série IV - n.º 19 - out./nov./dez: 81 – 90;
- Melo, P.; Alves, O. (2019) “*Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making.*” Healthcare, 2019, 7, 76
- Ministério da Educação (2009), *Declaração de Vilnius: Melhores Escolas, Escolas mais saudáveis – Terceira conferência Europeia das escolas promotoras da saúde, tradução em português*, consultado em 2019, 06 de outubro, disponível em [https://www.dge.mec.pt/files/ficheiros/vilnius\\_resolucao\\_portugues](https://www.dge.mec.pt/files/ficheiros/vilnius_resolucao_portugues)

Organização Mundial de Saúde (1978); *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários: Declaração de Alma Ata*; Alma Ata; consultado em 2019, 19 de setembro; disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (1986); *Carta de Ottawa para a promoção da saúde 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986; consultado em 2019, 19 de setembro; disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Pordata (2018). Retrato de Portugal na Europa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Internet] [consultado em 2019, 28 de setembro]. Disponível em <https://www.pordata.pt/Retratos/2018/Retrato+de+Portugal+na+Europa-75>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2016) – Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado de natureza profissional. 2016/2017

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2015) - “Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional).

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2012) – Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional. DESPACHO NR/C/1072/2012. 2012

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2019) - “Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional).

**Apêndice IV – Guião para levantamento de  
necessidades em reunião com informadores –  
chave**



## **Guião para levantamento de necessidades em reunião com informadores – chave**

**Data:**

**Local:**

**Nº Participantes:**

### **Elementos Presentes:**

1. Quais as necessidades de formação em saúde para os profissionais da escola para o corrente ano letivo?
2. Consideram as ações de formação em primeiros socorros uma necessidade?
3. Existe algum tema que seja mais relevante ou que gostassem que fosse abordado com maior ênfase numa ação de formação em primeiros socorros?
4. Já fizeram alguma formação neste sentido e há quanto tempo?
5. Já tiveram ou têm tido de intervir numa situação de saúde urgente?



**Apêndice V – Análise Conteúdo - Organização  
das unidades de registo por assunto**



## Análise de conteúdo - Organização das unidades de registo por assunto

Assunto	Unidade de Registo
Necessidades de formação em saúde	<p><i>“bochechos de fluor e sobre modo de atuação na doença”</i></p> <p><i>“primeiros cuidados na doença”</i></p> <p><i>“o que fazer na febre, diarreia, vômitos”</i></p> <p><i>“primeiros socorros e SBV”</i></p> <p><i>“primeiros socorros”</i></p> <p><i>“primeiros socorros e SBV.”</i></p> <p><i>“primeiros socorros e SBV”</i></p>
Necessidade em PS/SBV	<p><i>“Sim, sem dúvida”</i></p> <p><i>“ Fizemos no ano passado, mas queremos de novo; já há coisas que esquecemos”</i></p> <p><i>“Sim, A equipa continua a querer a formação”</i></p> <p><i>“Eu acho que é importante.”</i></p> <p><i>“estamos todas interessadas em fazer”</i></p> <p><i>“É muito importante porque as coisas vão mudando”</i></p> <p><i>“Sim, era importante”</i></p>
Temas sugeridos para formação em PS/SBV	<p><i>“Noções básicas de tudo”</i></p> <p><i>“Todos no geral”</i></p> <p><i>“Todos os temas gerais”</i></p> <p><i>“Hemorragias nasais.</i></p> <p><i>“Atuação em fraturas”</i></p> <p><i>“Primeiros socorros pediátricos”</i></p>
Formação Anterior em PS/SBV	<p><i>“alguns nunca fizeram.</i></p> <p><i>“já há muito tempo”</i></p> <p><i>“Sim, no ano passado”</i></p> <p><i>“fizeram, mas já há algum tempo”</i></p> <p><i>“Eu fiz essa formação no ano passado, mas não foi aqui”;</i></p> <p><i>“ Fizemos há 3 anos. Faria outra vez porque não pratiquei”</i></p> <p><i>“Já há muito tempo que não fazemos”</i></p> <p><i>“Eu nunca fiz”</i></p>
Já tiveram necessidade de atuar em PS/SBV	<p><i>“Felizmente não;</i></p> <p><i>“temos situações de febre e vômitos”</i></p> <p><i>“Felizmente, não é frequente”</i></p> <p><i>“Sim, quedas, pancadas, crianças que vão contra árvores a correr”</i></p> <p><i>“Não temos tido situações urgentes”</i></p>



**Apêndice VI – Análise Categorial – Grelha de  
análise categorial**



### Análise Categorical – Grelha de análise categorial

Temáticas sugeridas pelos informadores-chave		
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Primeiros Socorros	Hemorragias	<i>“primeiros socorros”</i> <i>“Noções básicas (primeiros socorros e SBV) de tudo”</i>
	Traumatismos	<i>“Todos (temas de primeiros socorros) no geral”</i> <i>“Hemorragias nasais.”</i> <i>“Tratamento de hemorragias.”</i>
	Convulsões	<i>“Sangramento do nariz”</i> <i>“Atuação em fraturas.”</i> <i>“quedas”</i> <i>“pancadas”</i> <i>“Primeiros Socorros pediátricos”</i>
SBV		<i>“Fazer também outra sessão sobre primeiros socorros e SBV”</i> <i>“Primeiros socorros e SBV”</i> <i>“Treino de manobras de reanimação;</i>
Doença Aguda	Febre Vómitos e Diarreia	<i>“(…) sobre modo de atuação na doença. Nunca trabalharam com crianças e precisam saber os primeiros cuidados na doença”</i> <i>“(…) também o que fazer na febre, diarreia, vómitos.”</i>
Saúde Oral		<i>“(…) formação sobre os bochechos de fluor (…)”</i>



## **Apêndice VII – Plano de Sessão de Educação em Saúde (SES)**



## **Plano de Sessão de Educação em Saúde (SES)**

**Tema:** Situações de Saúde Urgentes: Como agir!

**Fundamentação do tema:** O programa nacional de saúde escolar (2015) defende, relativamente à área de intervenção de prevenção de acidentes e primeiros socorros, que “a Saúde Escolar deve promover a aquisição de competências básicas necessárias ao socorro imediato enquanto ato de cidadania”(p.38) e “(...) no que se refere à prestação de primeiros socorros e SBV pode capacitar aluno/as e profissionais de educação para intervirem em situações de emergência.” (p. 39).

O sistema de vigilância EVITA (Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes) de acidentes domésticos e de lazer (ADL), durante o ano de 2018 registou 106179 ADL, cerca de 47 casos de ADL em 1000 atendimentos no serviço de urgência são por ADL. A faixa etária (considerando apenas entre os 0 e os 19 anos) com maior incidência de acidentes é a igual ou inferior aos 14 anos. A queda é o mecanismo de lesão mais frequente com 66,9 % de registo de ocorrência. A casa é o local onde mais frequentemente ocorrem os ADL com 48,2% de ocorrências, em seguida temos a escola, área institucional e em recintos públicos com 18,3%, ao ar livre com 11,63% e em áreas de transporte, 7,5%. Quanto ao tipo de lesão verificou-se que as mais relevantes foram: hematoma/contusão (56,3%), seguido de lesões por ferida aberta (19,5%) e concussão (10,1%), o que vai ao encontro da realidade europeia (Alves et al, 2019).

Na análise documental aos dados de avaliação do PNSE, constata-se que no ano letivo 2018/2019 a percentagem de professores/educadores e assistentes operacionais alvo de formação em primeiros socorros e SBV foi de 5 e 7% respetivamente, valores muito inferiores à meta estabelecida para 2020 que é de 20%. É este grupo de profissionais que fará a primeira abordagem numa situação de acidente em meio escolar e acionará os meios de socorro se necessário. É fundamental e urgente preparar a comunidade para intervir. Contudo, existem diversos fatores potenciadores de medo de intervir numa situação real: medo de fazer mal; medo de adquirir alguma infeção ou até o medo de alguma implicação legal. O treino em manequins adequados é fundamental para a aquisição de competências em SBV e diminuição dos receios face à técnica (ERC, 2015).

Relativamente ao treino de suporte básico de vida do cidadão comum, o AHA (2018) recomenda o envolvimento de líderes comunitários e regulação legislativa para que a formação em SBV se dissemine. Os líderes seriam também elementos da comunidade com conhecimento dos recursos (materiais e humanos), com capacidade para intervir em caso de situação urgente/emergente e ser motivador para mais elementos da comunidade e assim aumentar o número de pessoas com conhecimento sobre primeiros socorros e SBV. Atendendo às recomendações do ERC e AHA quanto à frequência do treino em suporte básico de vida e atualização dos conhecimentos em primeiros socorros, assim como procurando cumprir as metas propostas no programa nacional de saúde escolar 2015 para 2020, torna-se importante reforçar a intervenção nesta área à comunidade educativa, nomeadamente aos profissionais de educação.

**População alvo / destinatários da sessão:** Professores, educadores de Infância e pessoal não docente.

**Local:** 5 estabelecimentos de ensino

**Dinamizadores da sessão:** Cláudia Ramalho

**Datas das sessões:**

<b>Data</b>	<b>Hora</b>
29/10/2019	16:00 (1º grupo)
07/11/2019	16:00 (2º grupo)
12/11/2019	19:30
25/11/2019	15:30
28/11/2019	14:00 (1º grupo)
04/12/2019	15:30 (1ª parte)
05/12/2019	15:30 (2ª parte)
06/12/2019	14:00 (2º grupo)

**Tempo previsto em cada sessão:** 120 min

**Objetivo Geral da Sessão:** Promover a aquisição de conhecimentos que contribuam para capacitar a comunidade educativa para os primeiros socorros e o suporte básico de vida.

### **Objetivos Específicos**

- I. Ensinar o líder e os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
- II. Instruir o líder e os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
- III. Treinar os membros da comunidade como atuar em situações urgentes, aplicando conhecimentos de primeiros socorros e SBV;
- IV. Avaliar interesse e importância da sessão de educação para a saúde e do tema para todos os membros da comunidade que estiveram na sessão de educação para a saúde, com um questionário de avaliação de sessão no final de cada uma.
- V. Incentivar o líder e os membros da comunidade alvo da intervenção a constituírem uma comissão de avaliação e intervenção em primeiros socorros e suporte básico de vida.
- VI. Instruir o líder e os membros da comunidade alvo a disseminar os conteúdos debatidos na sessão junto dos restantes elementos da comunidade: alunos, crianças e pais.

### Indicadores e metas

Indicadores	Meta
Taxa de equipamentos de ensino intervencionados	10 % do total de equipamentos de ensino
Cumprimento do plano formativo	7 sessões - 100%
Taxa de adesão à sessão de educação para a saúde pelos profissionais	20% dos profissionais
Ganho de conhecimento após intervenção comunitária	Ganho de conhecimento após intervenção comunitária igual ou superior a 20%
Nível de importância para o desempenho profissional	> 75% dos formandos considerem muito importante
Taxa de satisfação da sessão	> 75% dos formandos muito satisfeitos
Nível de importância atribuído à temática	> 75% dos formandos considerem muito importante
Perceção de aumento de conhecimento	> 75% dos formandos percecionem aumento de conhecimento
Nível de Empoderamento comunitário	Máximo nível de empoderamento comunitário no âmbito da intervenção em primeiros socorros e SBV.

### Recursos:

- I. Materiais: sala de formação; computador; projetor; manequim de reanimação (adulto e bebé);
- II. Humanos: 2 formadores
- III. Outros: Equipamento de proteção individual (pocket mask, luvas); material hemostático; manta.

### PLANO DA SESSÃO:

**Tema:** Situações de Saúde Urgentes: Como agir!

**Objetivo Geral:** Promover a aquisição de conhecimentos que contribuam para melhorar a liderança comunitária da comunidade educativa para os primeiros socorros e o suporte básico de vida (SBV).

**População Alvo / destinatários:** Professores, educadores de Infância e pessoal não docente.

<b>Etapas SES</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias /Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Apresentação Introdução</b>	Apresentação formadores; Breve introdução ao tema da sessão; Avaliar os conhecimentos já adquiridos sobre a temática.	Apresentação dos formadores; Explicação do tema da sessão; Questionário com questões de resposta fechada (Verdadeiro ou Falso). Validação de experiências pessoais relacionadas com a temática.	Expositivo Interrogativo	Questionário de avaliação conhecimentos; Equipamento multimédia;	10 min
<b>Desenvolvimento da Sessão</b>	Quais os cuidados de saúde urgentes e modo de atuação: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Traumatismos;</li> <li>➤ Tratamento de feridas;</li> <li>➤ Perda de consciência;</li> <li>➤ Hemorragias;</li> <li>➤ Convulsões;</li> <li>➤ Intoxicações;</li> <li>➤ Obstrução das vias aéreas;</li> <li>➤ SBV (adulto e pediátrico).</li> </ul> Síntese da temática abordada e esclarecimento de dúvidas.	Exploração dos conceitos; Sensibilização para a importância da temática para diminuir a probabilidade de problemas associados; Colocação de questões ao longo da apresentação; Visualização de vídeos ilustrativos da temática.	Expositivo Interrogativo Demonstrativo Treino de competências	Equipamento Multimédia Manequim adulto para SBV Manequim bebé para SBV	100 min
<b>Avaliação da sessão</b>	Avaliar os conhecimentos adquiridos sobre a temática com a sessão	Questionário com questões de resposta fechada (Verdadeiro ou Falso); Inquérito de satisfação da sessão.	Interrogativo	Questionário de avaliação conhecimentos; Inquérito de satisfação da sessão.	10 min

## 1. Referências:

- American Heart Association (AHA), (2018). Resuscitation Education Science: Educational Strategies to Improve Outcomes From Cardiac Arrest, *Circulation*, 7 de agosto de 2018, vol 138, pp.e82-e122 citado em 2019, 04 de outubro, disponível em <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIR.0000000000000583>
- Alves, T. Rodrigues, E; Mexia, R. Neto, M. Matias-Dias, C. (2019), Acidentes Domésticos e de Lazer: uma ocorrência em Portugal com necessidade de abordagem interdisciplinar, *Observações – Boletim Epidemiológico*, n.º11; Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal, consultado em 2020, 31 de janeiro, disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/category/informacao-e-cultural-cientifica/publicacoes/boletim-epidemiologico-observacoes/>
- Direção Geral de Saúde (2015); Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa; citado em 2019, 19 setembro; disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direção Geral de Saúde (2015); Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa; citado em 2019, 19 de setembro; disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- European Resuscitation Council, Bossaert, L. Perkins, G. Askitopoulou, H. Raffay, V. Greif, R. Haywood, K. (...) Xanthos, T. (2015), European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015, in *Resuscitation*, 15 outubro de 2015, n.º95, pp.1-311 citado em 2019, 4 de outubro, disponível em <https://cprguidelines.eu/>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 a). Manual de Suporte Básico de Vida – Adulto, citado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Adulto.pdf>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 b). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico, citado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2012). NORMAS, EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS MANUAL TAS, citado em 2019, 19 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%AAncias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf>
- INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2012). MANUAL TAS EMERGÊNCIAS DE TRAUMA, citado em 2019, 19 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%AAncias-Trauma.pdf>



**Apêndice VIII – Diapositivos Apresentados  
nas Sessões de Educação para a Saúde**

## Diapositivos Apresentados nas Sessões de Educação para a Saúde

### Situações de Saúde Urgentes: Como agir!

#### O que são primeiros socorros?

- **Objetivos dos Primeiros Socorros**
  - **P**revenir
  - **A**lertar
  - **S**ocorrer
- 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 o sofrimento.

#### Como pedir socorro?

- 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;
- Informar quem somos;
- 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

112

Número Europeu Emergência

#### Temas a abordar

- **Cuidados de Saúde Urgentes**
  - Traumatismos;
    - Tratamento de feridas;
  - Perda de consciência;
  - Hemorragias;
  - Convulsões;
  - Intoxicações
  - Engasgamento;
  - SBV (adulto e pediátrico).

#### Cuidados de Saúde Urgentes

##### Traumatismos

As vítimas de quedas podem sofrer lesões na sequência de múltiplos impactos. Quedas de altura superior a três vezes a altura da vítima são frequentemente quedas das quais resultam lesões graves.

- Traumatismos Vertebral-Medulares;
- Traumatismos Crânio-encefálicos;
- Traumatismos Torácicos e Abdominais;
- Traumatismos das Extremidades.

##### Modo de Atuação

- **NÃO MOBILIZAR A VÍTIMA**, exceto se houver risco de vida no local onde se encontram (ex. desabamento, explosão, fogo) ou se houver necessidade de iniciar manobras de suporte de vida;
- O objetivo fundamental é impedir que a vítima se mova, mantendo um perfeito alinhamento da coluna (segundo o eixo nariz, umbigo e pés).
- Avaliar perda de força em algum membro ou incapacidade de movê-lo;

112

## Cuidados de Saúde Urgentes

### Trauma das Extremidades e Tecidos Moles

As principais lesões das extremidades e dos tecidos moles são:

- Equimoses e Hematomas;
- Queimaduras;
- Fraturas;
- Escalcos;
- Escoriações;
- Feridas;

### Modo de Atuação

- **Hematomas ou equimoses:** aplicações frias sobre o local, para diminuir o edema, a hemorragia e a dor.
- **Fraturas:** imobilização da área afetada. Esta imobilização evita o agravamento do hematoma e estabiliza a fratura, reduzindo as lesões provocadas pelos topos ósseos e a dor.
- **Lesão penetrante:** Nunca se deve tentar a remoção de um objeto empalado. Deve-se controlar a hemorragia estabilizar o objeto da melhor maneira envolvendo os com compressas e tapando tudo com um copo de plástico invertido e adequadamente fixado.

## Cuidados de Saúde Urgentes

### Prevenção Infecção



Material Esterilizado  
Equipamento Proteção Individual

### Controlo de Hemorragia



Garrote se hemorragia extensa

112

## Cuidados de Saúde Urgentes

### Tratamento de Feridas e Escoriações

### Modo de Atuação



Limpeza

Desinfecção

Penso

Se necessário suturar

112

## Cuidados de Saúde Urgentes

### Controlo de Hemorragia

### Modo de Atuação

Hemorragia Nasal



Exercer pressão no nariz  
Manter a cabeça direita  
Respirar pela boca  
Aplicar gelo

Usar Esponja hemostática



Se a hemorragia persistir mais do que 10/15 minutos, transportar a vítima para o Hospital

## Cuidados de Saúde Urgentes

### Perda de Consciência/ desmaios

A alteração do estado de consciência, que pode ir desde o estado de alerta até à ausência de resposta, passando pela desorientação no tempo e no espaço pode ser devida a:

- Traumatismos Cranianos (quedas, pancadas);
- Hipoglicémias (diabetes, jejum prolongado alimentação insuficiente);
- Excesso de calor;
- Fadiga, permanência de pé durante muito tempo;
- 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.



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Perda de Consciência/ desmaios

#### Modo de Atuação

#### Se nos apercebermos de que uma pessoa está prestes a desmaiar:

- Sentá-la e colocar-lhe a cabeça entre as pernas ou deitá-la com as pernas elevadas;
- Refrescar com água fria;
- Dar-lhe de beber chá ou café açucarados.

#### Se a pessoa já estiver desmaiada e a causa não for traumática:

- Deitá-la com a cabeça de lado e as pernas elevadas;
- Mantê-la confortável, sempre que possível, em local arejado;
- Logo que recupere os sentidos, dar-lhe uma bebida açucarada.



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Posição Lateral de Segurança



POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA

## Cuidados de Saúde Urgentes

As Emergências Médicas mais frequentes em Pediatria são:

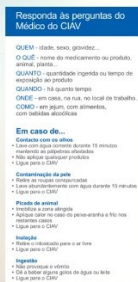
- **Convulsões;**
- **Obstrução da via aérea superior por corpo estranho;**
- **Intoxicações;**
- Patologia respiratória, nomeadamente mal asmático e bronquite agudizada;
- Desidratação.



## Cuidados de Saúde Urgentes



### Intoxicações



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Convulsões

As crises convulsivas podem ter como causas: epilepsia, lesões cerebrais, febre.

#### Como identificar? Aqui ficam alguns sinais e sintomas:

- Perda súbita da consciência;
- Movimentos involuntários de parte ou de todo o corpo, tipo tremores;
- Cor avermelhada da face;
- Maxilares cerrados;
- Mordedura da língua (poderá aparecer sangue na boca);
- Incontinência urinária;
- Após acordar, a vítima recupera a consciência mas poderá apresentar-se desorientada;
- Possível sonolência e sem memória do episódio, que gradualmente vai recuperando.



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Convulsões

#### Modo de Atuação

- Durante a convulsão não forçar a entrada de qualquer objeto na cavidade oral, com o objetivo de permeabilizar a via aérea ou evitar a mordedura da língua;
- Evitar que a criança se magoe (sobretudo prevenir eventual traumatismo);
- Manter a permeabilidade da via aérea após a convulsão;
- Manter em PLS até recuperar totalmente;
- Fazer medicação SOS caso tenha.



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Engasgamento - Adulto

### Engasgamento - Pediátrico



1. Estimular a tosse;
2. Pancadas interescapulares (5x);
3. Compressões abdominais (manobra Heimlich); ou nos latentes (até 1 ano) compressões torácicas(5x).



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Suporte Básico de Vida - Pediátrico

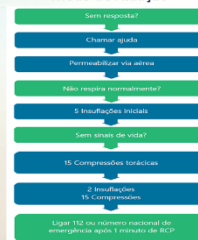
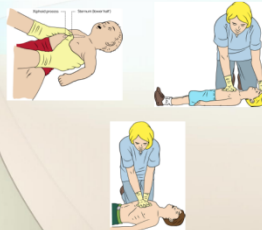
#### Modo de Atuação



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Suporte Básico de Vida - Pediátrico

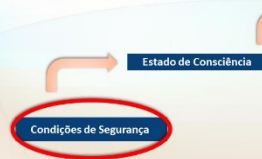
#### Modo de Atuação



## Cuidados de Saúde Urgentes

### Suporte Básico de Vida - Adulto

#### Modo de Atuação



VOS – Ver, Ouvir e Sentir durante 10 seg.  
Se respira PLS (não mais de 30 min)



## Referências Bibliográficas

European Resuscitation Council, Bossaert, L., Perkins, G., Askitopoulou, H., Raffay, V., Greif, R., Hayward, K. (...) Xanthos, T. (2015), *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*, in *Resuscitation*, 15 outubro de 2015, nº95, pp.1-311 citado em 2019, 4 de outubro, disponível em <https://www.resuscitation.org/>

INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 a), *Manual de Suporte Básico de Vida – Adulto*, citado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-Basico-de-Vida-Adulto.pdf>

INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2017 b), *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*, citado em 2019, 04 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-Basico-de-Vida-Pediatrico.pdf>

INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2012), *NORMAS, EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS E OBSTÉTRICAS MANUAIS*, citado em 2019, 19 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emergencias-Saancias-Pediatricas-Obstetricas.pdf>

INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) AND DFEM (Departamento de Formação em Emergência Médica) (2012), *MANUAL TAS EMERGENCIAS DE TRAUMA*, citado em 2019, 19 de outubro, disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Manual-Tas-Accidentes-Trauma.pdf>

**Apêndice IX– Questionário de Avaliação de  
Conhecimentos em SBV/PS**



### Questionário de Avaliação de Conhecimentos em SBV/PS

Assinale com (X) no respectivo espaço, se as afirmações são Verdadeiras (V), Falsas (F) ou Não sabe/Não responde (NS/NR)	V	F	NS/ NR
1. Diante de uma vítima com suspeita de fratura devemos imobilizar o membro afetado.			
2. Em hematomas é importante aplicar gelo.			
3. Num corte profundo, devemos primeiro lavar a ferida.			
4. Num hematoma nasal devemos manter a cabeça para trás e pressionar a narina até parar a hemorragia.			
5. A observação geral e as condições de segurança são a primeira coisa a fazer ao socorrer uma vítima.			
6. Num ataque convulsivo devemos colocar um objeto ou os dedos na boca da vítima para esta não asfixiar.			
7. Num paciente consciente com obstrução parcial devemos estimular a tosse para desobstruir a via aérea.			
8. A técnica das pancadas interescapulares é usada na desobstrução da via aérea.			
9. A manobra de Heimlich consiste na compressão rápida e relativamente forte ao nível do estômago e diafragma (pulmões), é usada para situações de Engasgamento.			
10. Na sequência de uma queda de uma altura significativa devemos socorrer a vítima transportando-a de imediato ao hospital.			
11. Ao telefonar para o 112 é importante estarmos preparados para responder: Onde? O quê? Quem?			
12. A avaliação de uma vítima em paragem cardiorrespiratória é feita através da avaliação da permeabilidade da via aérea, da avaliação da respiração (ver; ouvir; sentir) durante 5 segundos e da avaliação do pulso.			
13. A relação de compressões torácicas e ventilações num adulto é de 30:2 respetivamente.			
14. Num paciente em paragem cardiorrespiratória devemos realizar 5 ciclos de compressões / ventilações até nova avaliação da respiração e do pulso.			



**Apêndice X – Grelha de Respostas ao  
Questionário de Avaliação de Conhecimentos  
em SBV/PS**



## Grelha de Respostas ao Questionário de Avaliação de Conhecimentos em SBV/PS

<b>Grelha de respostas</b>	V	F
1. Perante uma vítima com suspeita de fratura devemos imobilizar o membro afetado.	X	
2. Em hematomas é importante aplicar gelo.	X	
3. Num corte profundo, devemos primeiro lavar a ferida.		X
4. Numa hemorragia nasal devemos manter a cabeça para trás e pressionar a narina até parar a hemorragia.		X
5. A observação geral e as condições de segurança são a primeira coisa a fazer ao socorrer uma vítima.	X	
6. Numa crise convulsiva devemos colocar um objeto ou os dedos na boca da vítima para esta não asfixiar.		X
7. Numa vítima consciente com obstrução parcial devemos estimular a tosse para desobstruir a via aérea.	X	
8. A técnica das pancadas interescapulares é usada na desobstrução da via aérea.	X	
9. A manobra de Heimlich consiste na compressão rápida e relativamente forte ao nível do estômago e diafragma (pulmões), é usada para situações de Engasgamento.	X	
10. Na sequência de uma queda de uma altura significativa devemos socorrer a vítima transportando-a de imediato ao hospital.		X
11. Ao telefonar para o 112 é importante estarmos preparados para responder: Onde? O quê? Quem?	X	
12. A avaliação de uma vítima em paragem cardiorrespiratória é feita através da avaliação da permeabilidade da via aérea, da avaliação da respiração (ver; ouvir; sentir) durante 5 segundos e da avaliação do pulso.		X
13. A relação de compressões torácicas e ventilações num adulto é de 30:2 respetivamente.	X	
14. Numa vítima em paragem cardiorrespiratória devemos realizar 5 ciclos de compressões / ventilações até nova avaliação da respiração e do pulso.		X



# **Apêndice XI– Questionário de Avaliação da Sessão**



## **Questionário de Avaliação da Sessão**

Para que seja possível avaliar esta consulta, por favor preencha este breve questionário, assinalando com uma cruz a resposta que considera mais adequada. Não existem respostas certas ou erradas, o que conta é a sua opinião.

### **1. Considera importante para o desempenho do seu trabalho o conteúdo da sessão de formação que acabou de realizar?**

Muito importantes

Importantes

Pouco importantes

Nada importantes

### **2. Ficou satisfeito por ter realizado esta sessão de formação sobre primeiros socorros e suporte básico de vida?**

Muito satisfeito

Satisfeito

Pouco satisfeito

Nada satisfeito

### **3. Considera que esta sessão de formação permitiu aumentar os seus conhecimentos sobre os temas abordados?**

Sim

Não

### **4. Considera importante a realização de sessões de formação neste âmbito?**

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nada importante

*Muito obrigada pela sua participação!*



# **ANEXOS**



**Anexo I**

**Escala de Avaliação do Empoderamento**  
**Comunitário - EAvEC**



## Anexo I – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário - EAveC

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens)	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	Não existe avaliação do problema desenvolvida pela comunidade	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras na comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são justamente distribuídos.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhoramentos para a comunidade.
Habilidade para "questionar porquê"	Não existem discussões de grupo para questionar sobre os assuntos da comunidade.	São desenvolvidas discussões por pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar a sabedoria adquirida.	Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, auto-testar e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm habilidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.

(Melo *et al*, 2020, p. 443-444)

**Anexo I – Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário - EAveC  
(continuação)**

Gestão de programas	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Regras e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvido um sentido de pertença da comunidade.	A comunidade autogere independente do agente. A gestão é responsabilizável.
Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

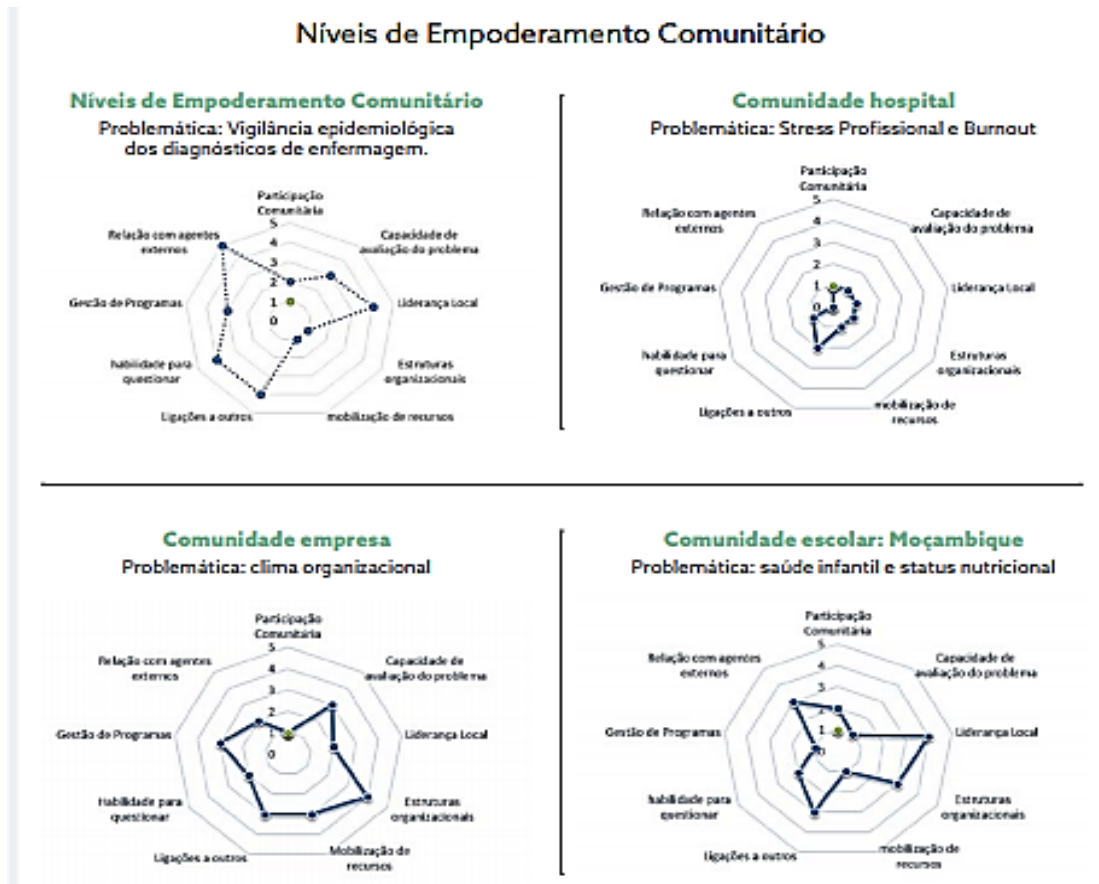
(Melo *et al*, 2020, p. 443-444)

## **Anexo II**

# **Gráfico Radar que reflete os níveis de empoderamento de comunidades avaliadas pela EAvEC**



Anexo II – Gráfico Radar que reflete os níveis de empoderamento de comunidades avaliadas pela EAveC



(Melo *et al*, 2020, p. 445)

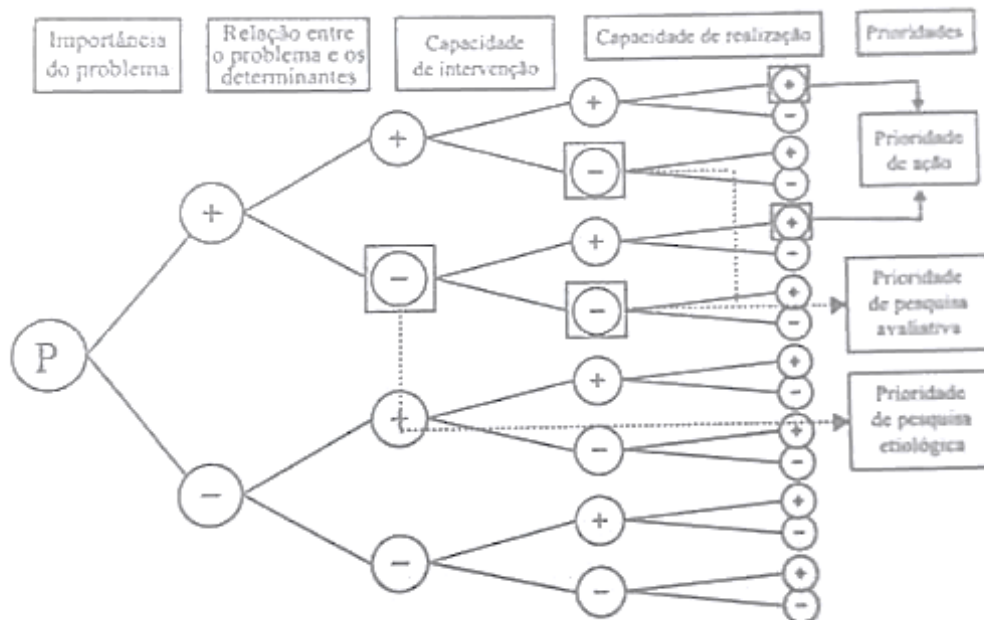


## **Anexo III**

### **Árvore de decisão para formular as recomendações sobre as prioridades**



**Anexo III- Árvore de decisão para formular as recomendações sobre as prioridades.**



(Pineault, 2016, Figura 1.10, p.42)