

# **Manual de Operacionalização da Área de Intervenção na Promoção da Saúde em Contexto Escolar**

**Normalização de procedimentos para:**

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2014/2015**

**PASE 2015/2016**



plano regional de  
**SAÚDE AÇORES**

## SUMÁRIO

1 – ENQUADRAMENTO .....	4
1.1. População alvo .....	4
1.2. Gabinetes de Apoio à Promoção da Saúde (GAPS) .....	4
1.3. Consentimento informado .....	4
2 – CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPAS .....	6
2.1. Equipas das USI/CS .....	6
2.2. Equipas das UO .....	7
2.3. Competências dos coordenadores .....	7
3 – ELABORAÇÃO DO PASE E RELATÓRIO DE ATIVIDADES .....	8
3.1. PASE .....	8
3.1.1. Organização do PASE .....	8
3.1.2. Prazos .....	10
3.2. Relatório de Atividades ano letivo 2014/2015 .....	10
3.2.1. Organização dos relatórios .....	11
3.2.2. Prazos .....	14
4 – ÁREAS ESPECÍFICAS DE INTERVENÇÃO .....	15
4.1 – SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA .....	15
4.1.1 – Exame global de saúde .....	15
4.1.1.1 – Rastreios .....	16
4.1.2. Plano Regional de Vacinação .....	21
4.1.3 – Eviscção escolar .....	22
4.1.4 – Promoção da saúde mental .....	22
4.2 – INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM NSE .....	23
4.3 – PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE SEGURO .....	23
4.3.1. Acidentes .....	24
4.4 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA LITERACIA EM SAÚDE .....	25

## Siglas

CS/USI – Centro de Saúde/Unidade de Saúde de Ilha

DRE – Direção Regional da Educação

DRS – Direção Regional da Saúde

EGS – Exame Global de Saúde

EPS – Educação para a Saúde



direção regional da saúde

ESE – Equipas de Saúde Escolar

GAPS – Gabinete de Apoio à Promoção da Saúde

NEE – Necessidades Educativas Especiais

M1 – MedicineOne

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

PASE – Plano de Atividades de Saúde para a Escola

PEI – Programa Educativo Individual

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PRS – Plano Regional de Saúde

PRV – Plano Regional de Vacinação

RAA – Região Autónoma dos Açores

SE – Saúde Escolar

SRS – Serviço Regional de Saúde

SReS – Secretaria Regional da Saúde

UO – Unidade Orgânica

USP – Unidade de Saúde Pública

## 1 – ENQUADRAMENTO

O presente manual, à semelhança do ano anterior, tem como principal objetivo a normalização de procedimentos para todas as equipas de saúde escolar da Região Autónoma dos Açores (RAA).

As equipas de saúde escolar devem basear-se nas definições e orientações do presente manual tendo em conta dois enquadramentos temporais: *Atividades a desenvolver para o próximo ano letivo (2015/2016)*, definidas em **PASE 15/16**, e *compêndio de atividades desenvolvidas no ano letivo transato (2014/2015)*, definidas em **Relatório de Atividades 14/15**.

### 1.1. População alvo

Mantém-se o objetivo de abranger todas as crianças e jovens da RAA em idade escolar, da educação pré-escolar ao ensino básico, secundário e profissional do Sistema Educativo Regional. Sempre que possível, e considerando os recursos humanos disponíveis, poderão ser abrangidas as crianças e jovens que frequentam os estabelecimentos de educação e de ensino dos setores particular, cooperativo e solidário, incluindo as escolas profissionais ou outros estabelecimentos/instituições de apoio a crianças em situação considerada mais vulnerável ou de risco.

### 1.2. Gabinetes de Apoio à Promoção da Saúde (GAPS)

Devem ser cumpridas as indicações descritas no artigo 8º do Decreto Legislativo Regional nº 8/2012/A de 16 de março.

### 1.3. Consentimento informado

Considerando o ano de ação transato e tendo em conta as propostas apresentadas pelos vários intervenientes na área da promoção da saúde em contexto escolar relativamente ao procedimento adotado para a obtenção dos consentimentos informados, foi definido conjuntamente pela DRS e pela DRE que seriam necessárias alterações no sentido de não prejudicar o desenvolvimento de competências por parte dos alunos.

Atualmente, a Direção Geral da Saúde define a aplicação do Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito pela NORMA 015/2013 de 03 de outubro. Considerando as situações de obrigatoriedade de Consentimento informado estabelecidas na referente Norma, as ações definidas e realizadas no âmbito da área de intervenção na promoção da saúde em contexto escolar não exigem o mesmo. Contudo, será pertinente a disponibilização de Informação aos Encarregados de Educação (**anexo I**) e a possibilidade de recusa de participação nas respetivas ações (**anexo V**). Assim:

1. A informação disponibilizada inclui todas as atividades previstas para a saúde escolar não fazendo distinção entre elas, isto porque:

- As temáticas da educação para a saúde estão previstas em Portaria Regional e a maioria delas faz parte dos conteúdos programáticos.
- Os rastreios ocorrem sempre em meio escolar e são práticas habituais em algumas disciplinas (p.e. avaliação do IMC em Educação Física);
- O sistema de vigilância é um questionário online e à semelhança de outros aplicados durante o ano letivo, não necessita de uma autorização individual. De salientar que é sempre salvaguardado, no preenchimento do questionário, a opção da não autorização pelos pais, terminando de imediato o preenchimento deste.

2. A entrega da Informação aos pais/encarregados de educação deve ser realizada na ocasião que a Escola, conjuntamente com os Diretores/Titulares de Turma e respetivas Equipas de Saúde Escolar, acharem mais pertinente. (Ex: matriculas, entrega das avaliações, reuniões ou no início do ano letivo).

Pretende-se que esta Informação seja dada de modo presencial (quando necessário poderão utilizar o documento de tomada de conhecimento) contudo deverão ser utilizados o máximo de meios de comunicação possível (página web da escola, afixação nos locais comuns,...).

3. Aquando da recusa do pai/enc. de educação na participação do aluno nas atividades da saúde escolar este deve deslocar-se ao Conselho Executivo para assinatura de um documento (**anexo V**) com a justificação da mesma.

4. Cada escola deverá elaborar, através do Conselho Executivo ou Equipa de Saúde Escolar, uma listagem de alunos que não tem autorização para participar nas atividades de saúde escolar no início de cada ano letivo. Sendo possível introduzir estes dados informaticamente, deverão fazê-lo de modo a que nas listagens de turmas os alunos estejam devidamente sinalizados.

## 2 – CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPAS

### 2.1. Equipas das USI/CS

As ESE continuarão a dispor de coordenadores nomeados por cada Conselho de Administração da USI/CS.

Aos **coordenadores das ESE das USI/CS** devem ser atribuídas **4 horas semanais de dispensa** para as atividades no âmbito da coordenação.

Nas USI/CS cada ESE é composta por pelo menos um enfermeiro. Deve constar na equipa um médico que terá 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos. O cálculo do número de enfermeiros também obedece ao mesmo princípio, no entanto importa lembrar que estes profissionais têm um papel fundamental na articulação escola/serviço de saúde, não devendo ser absorvidos para outras atividades. Assim, o médico e enfermeiro da equipa deverão dispor de igual número de horas semanais. Se isso não acontecer, para o cálculo do número de alunos a abranger por enfermeiro deverá considerar-se o maior número de horas disponível. Alocar 24 horas semanais ao enfermeiro a cada 2500 alunos significa apenas a possibilidade de respostas atomizadas, não permitindo o trabalho contínuo de aconselhamento e educação para a saúde. O rácio deverá ter em conta o número de crianças saudáveis, crianças que requeiram apoio diário de enfermagem escolar e o número de crianças com necessidades de saúde especiais na área de abrangência da equipa.

Nas ilhas em que existem extensões de saúde em várias freguesias, os enfermeiros alocados a estas colaboram diretamente com a equipa de saúde escolar, nomeadamente nas escolas do 1º ciclo. Estes profissionais têm uma relação privilegiada com a população que abrangem e devem ser sempre considerados os elos prioritários para todas as intervenções, rentabilizando assim o trabalho das equipas de saúde escolar, que na maior parte das vezes não conseguem dar cobertura de qualidade a toda a população escolar.

Importa salientar que a maior **responsabilidade no PASE** é da **ESE da USI/CS** uma vez que é apenas feito um PASE por equipa e não um PASE por unidade orgânica. Cabe assim aos elementos da ESE da USI/CS fazer a compilação das UO da sua área de abrangência e o envio para a DRS.

Outros profissionais da USI/CS, tais como o médico dentista, técnico de saúde ambiental, técnico de serviço social, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, dietista/nutricionista, assistente operacional ou outro, devem integrar a ESE, sempre que

necessária a sua intervenção, devendo a USI/CS, determinar o número de horas semanais para a saúde escolar para cada um dos profissionais, em conformidade com a solicitação/justificação de recursos humanos necessários do coordenador da equipa.

É da responsabilidade de cada USI/CS a aquisição de todo o material considerado necessário para as intervenções da ESE do USI/CS, nomeadamente para a realização dos rastreios, bem como a nomeação de uma assistente operacional e de um assistente técnico de referência para a equipa.

Face à criação das **Unidades de Saúde Pública (USP)**, nomeadamente em São Miguel, importa esclarecer qual o papel destas nas atividades da SE.

As ESE da USI/CS devem reunir com as USP no início do ano letivo, para que a USP possa participar na elaboração do PASE, ou então, reúnem após a elaboração e aprovação deste, para concretização de quais as atividades em que a USP pode colaborar.

## 2.2. Equipas das UO

As ESE das UO são coordenadas por um docente designado pelo conselho executivo, tendo em conta a sua formação bem como a experiência no desenvolvimento de projetos e atividades no âmbito da educação para a saúde.

Por uma questão de consolidação de competências é pertinente que a nomeação dos coordenadores das UO seja, sempre que possível, por um período mínimo de 3 anos.

Aos **coordenadores das UO** devem ser atribuídas as **reduções estabelecidas no ponto 5 do art. 6º do DLR nº 8/2012/A de 16 de março.**

Cada unidade orgânica cria a sua ESE, com uma dimensão adequada ao número de turmas existentes, nos termos do respetivo regulamento interno, podendo incluir, para além dos docentes, assistentes técnicos, psicólogos, nutricionistas/dietistas e terapeutas da fala, entre outros.

Aos docentes que integrem as ESE não são distribuídas tarefas no âmbito da respetiva componente não letiva de estabelecimento até ao máximo de quatro horas, como previsto no ponto 6 do art. 6º do DLR nº 8/2012/A de 16 de março.

## 2.3. Competências dos coordenadores

Aos coordenadores dos USI/CS e das UO compete a operacionalização do PASE e a sua avaliação, consubstanciada no relatório de atividades, bem como a ligação entre a DRS e a DRE.

## 3 – ELABORAÇÃO DO PASE E RELATÓRIO DE ATIVIDADES

### 3.1. PASE

Os PASE devem ser elaborados pela ESE da USI/CS. Cada ESE realiza 1 PASE, onde reúne as intervenções planeadas para todas as escolas da sua área de abrangência.

Todos os projetos da área da saúde das UO devem ser contemplados/mencionados no PASE, mesmo que da responsabilidade de outros intervenientes externos à ESE das UO. Caso haja a solicitação de participação em projetos da área da saúde ao longo do ano letivo, as UO devem contemplar os mesmos no respetivo relatório de atividades de SE.

#### 3.1.1. Organização do PASE

Os PASE para o ano letivo 2015/2016 devem ser organizados da seguinte forma:

---

##### 1. Introdução:

- Descrição dos elementos que constituem a equipa de saúde escolar (da saúde e da educação) e as escolas sobre a sua área de abrangência;
- 

##### 2. Objetivos/intervenções:

- **Preenchimento das Fichas de Plano de Atividades (anexo II).** O preenchimento das fichas do plano de atividades deve ter em conta as seguintes linhas de ação:
    1. Para a **educação pré-escolar** são obrigatórias ações de educação-para a saúde sobre alimentação saudável, saúde oral e saúde afetivo-sexual e reprodutiva. Estas devem ser adequadas à idade e fase de desenvolvimento de cada criança.
    2. Para o **1.º ciclo** é obrigatória a monitorização do Exame Global de Saúde (EGS) nas crianças com 5 anos (apesar de estar definido aos 5 anos, o mesmo irá ser efetuado às crianças nascidas em **2009** por ser mais legível identificar os alunos); a verificação do PRV nas crianças que realizam o EGS; o cumprimento da legislação de evicção escolar; o apoio à Inclusão Escolar de Crianças e Jovens com NSE; a monitorização de acidentes; e as ações de educação para a saúde sobre: saúde oral, saúde afetivo-sexual e reprodutiva, alimentação saudável e violência em meio escolar.
    3. Para o **2.º e 3.º ciclo** é obrigatória a monitorização do EGS nas crianças com 12 e 13 anos (nascidas em **2002** e **2003**); a verificação do PRV nas crianças que realizam o EGS; o cumprimento da legislação de evicção escolar; o apoio à Inclusão Escolar de Crianças e Jovens com NSE; a monitorização de acidentes; a saúde afetivo-sexual e
-



reprodutiva; e as ações de educação para a saúde, que devem ser planeadas segundo os resultados (necessidades detetadas) do sistema de vigilância de comportamentos de risco relacionados com a saúde dos alunos do 6.º ao 12.º ano das escolas da RAA, e devem incluir igualmente os alunos do 5º ano e de outros programas não abrangidos no questionário do sistema de vigilância.

**4.** Para o **ensino secundário** é obrigatório o cumprimento da legislação de evicção escolar; o apoio à Inclusão Escolar de Crianças e Jovens com NSE; a monitorização de acidentes; a saúde afetivo-sexual e reprodutiva; e as ações de educação para a saúde, que devem ser planeadas segundo os resultados (necessidades detetadas) do sistema de vigilância de comportamentos de risco relacionados com a saúde dos alunos do 6.º ao 12.º ano das escolas da RAA, e devem incluir igualmente os alunos de outros programas não abrangidos no questionário do sistema de vigilância.

- Promoção do cumprimento do PRV, junto da comunidade escolar, nomeadamente o pessoal docente e o pessoal não docente (assistentes operacionais, assistentes técnicos, outros) em todas as UO.
- Verificação de inconformidades de higiene, segurança e saúde em estabelecimentos de ensino da RAA – previsão da realização dos autos de vistoria.

---

### 3. Cronograma

- Paralelamente ao preenchimento da Ficha do Plano de Atividades deve ser efetuada a elaboração do cronograma, que deve seguir anexo à mesma, e do qual devem constar os seguintes itens: a calendarização das atividades e os responsáveis pela concretização das mesmas. No cronograma deve constar igualmente a calendarização prevista para a aplicação do questionário referente ao sistema de vigilância de comportamentos de risco relacionados com a saúde dos alunos do 6.º ao 12.º ano. Esta calendarização será determinada por cada UO.

---

### 4. Conclusão

Identificação de todos os fatores/intervenientes necessários para a concretização dos objetivos e quais as possíveis dificuldades à realização dos mesmos

---

### 3.1.2. Prazos

Após parecer dos respetivos órgãos de gestão dos CS/USI e das UO, os **Planos de Atividades e Cronogramas devem ser remetidos à DRS** - Divisão de Planeamento e Prevenção, [carla.nc.silva@azores.gov.pt](mailto:carla.nc.silva@azores.gov.pt), impreterivelmente até ao dia **6 de novembro**, para apreciação e homologação pela DRS.

Cabe à DRS comunicar a homologação dos PASE aos Coordenadores USI/CS e à DRE, até ao dia **20 de novembro**.

Cabe à DRE comunicar a homologação dos PASE aos Coordenadores das UO para conhecimento dos Conselhos Pedagógicos até **21 de novembro**.

#### ***Informação às ESE das USI/CS***

*O PASE, aquando da elaboração do plano de atividades da unidade de saúde de ilha, deve ser remetido em anexo a este, uma vez que os timings para a sua elaboração são distintos (ano civil/ano escolar).*

### 3.2. Relatório de Atividades ano letivo 2014/2015

O relatório anual deve **ser elaborado pela ESE da USI/CS** onde reúne as intervenções realizadas em **todas as UO** da sua área de abrangência.

No ano letivo de 2013/2014 o relatório de atividades teve por base uma plataforma eletrónica que foi desenvolvida no sentido de se facilitar o trabalho das equipas num ano de transição. No entanto, e pela necessidade de se ter um documento construído que seja anexado ao relatório de atividades das USI, o relatório para este ano letivo será organizado de forma diferente.

Assim, para a realização dos relatórios, as ESE irão necessitar de um conjunto de dados que serão disponibilizados pela DRS, nomeadamente:

- Dados referentes aos resultados do sistema de vigilância, para comparação com os do ano anterior;
- Dados referentes ao número de EGS realizados/não realizados;
- Dados resultantes das sessões de educação para a saúde submetidas na plataforma *online*;
- Dados do cumprimento do PRV nas crianças com idades preconizadas para o EGS, resultantes da introdução dos mesmos no M1.

Considerando as alterações que estes dados poderão sofrer durante o ano letivo, a DRS deverá remeter os mesmos até ao dia **30 de junho**.

### **3.2.1. Organização dos relatórios**

**Os relatórios de atividades referentes ao ano letivo 2014/2015 devem ser organizados da seguinte forma:**

---

#### **0. Introdução**

- Indicação do número de elementos por categoria profissional (das UIS/CS e das UO) adstritos à saúde escolar e disponibilidade horária para a saúde escolar (referir constrangimentos identificados, se aplicável);
- Número de escolas a que dão resposta;
- Número de escolas com GAPS a que dão resposta;
- Número total de alunos (população-alvo);

---

#### **1. Áreas específicas de Intervenção**

##### **1.1. Saúde individual e coletiva**

###### **1.1.1. Exame global de Saúde**

- Número/percentagem de EGS realizados/não realizados. (comparação com os dados enviados a setembro de 2014)

A contagem dos EGS permite também avaliar o número de rastreios visuais, auditivos, orais, de IMC, de tensão arterial efetuados, uma vez que todas as crianças que têm o EGS têm estes rastreios efetuados.

Devem fazer referência às dificuldades da não realização dos EGS bem como fazer referência que apesar de não estar registado no M1, o número de EGS realizados é superior. Devem referir, se têm esses dados, o número de crianças, que, apesar de convocadas que não compareceram, ou que são seguidas no particular (pediatra).

###### **1.1.2. Rastreios**

- Dados relativos a rastreios efetuados fora do contexto do EGS (dados da responsabilidade das ESE);

###### **1.1.3. Encaminhamentos pontuais**

---

- Número de encaminhamentos pontuais realizados (dados retirados da tabela em Excel preenchida pelas equipas). Podem referir que profissionais fizeram maioritariamente os encaminhamentos e para que especialidades.

#### **1.1.4. Plano Regional de Vacinação**

- Percentagem de crianças do pré-escolar com PRV atualizado (avaliação da vacina DTP/HIB às coortes de 2009, 2010 e 2011) - dados retirados do M1;
- Percentagem de crianças nascidas em 2001 com PRV atualizado (avaliação da vacina Td) - dados retirados do M1;
- Percentagem de crianças nascidas em 2008 com PRV atualizado (avaliação das vacinas DTP/VIP e VASPR II) - dados retirados do M1;
- Percentagem de professores, educadores e auxiliares de ação educativa - dados retirados da tabela em Excel preenchida pelas equipas;
- Devem ser referidos e atualizados estes dados com outros que as equipas disponham, por impossibilidade de registo no M1.

#### **1.1.5. Evição escolar**

- Número de ocorrências (descrever sucintamente) em que houve necessidade do cumprimento da legislação de Evição Escolar (artigo 14.º do Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A).

#### **1.1.6. Promoção da saúde mental**

- Número de situações de triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações problemáticas de saúde mental, promovidas pelas ESE.

---

### **1.2. Inclusão escolar de crianças com NSE (dados a retirar da tabela em Excel preenchida pelas equipas)**

- Proporção de alunos com NSE, do pré-escolar, encaminhados/tratados e/ou em tratamento  
$$\frac{\text{Número de crianças do pré-escolar com NSE encaminhados/tratados e/ou em tratamento}}{\text{Número de crianças com NSE do pré-escolar}}$$
  - Proporção de alunos com NSE, do 1º ciclo, encaminhados/tratados e/ou em tratamento  
$$\frac{\text{Número de crianças do 1º ciclo com NSE encaminhados/tratados e/ou em tratamento}}{\text{Número de crianças com NSE do 1º ciclo}}$$
  - Proporção de alunos com NSE, do 2º ciclo, encaminhados/tratados e/ou em tratamento  
$$\frac{\text{Número de crianças do 2º ciclo com NSE encaminhados/tratados e/ou em tratamento}}{\text{Número de crianças do 2º ciclo do pré-escolar}}$$
-

- Proporção de alunos com NSE, do 3º ciclo, encaminhados/tratados e/ou em tratamento  
$$\frac{\text{Número de crianças do 3º ciclo com NSE encaminhados/tratados e/ou em tratamento}}{\text{Número de crianças com NSE do 3º ciclo}}$$
  - Proporção de alunos com NSE, do secundário, encaminhados/tratados e/ou em tratamento  
$$\frac{\text{Número de alunos do secundário com NSE encaminhados/tratados e/ou em tratamento}}{\text{Número de alunos com NSE do secundário}}$$
- 

### **1.3-Promoção de um ambiente seguro**

Considerando que o resultado das vistorias é remetido à DRS pelas respetivas USI/CS e posteriormente às UO pela DRE, devem apenas fazer referência ao espaço temporal em que estas foram realizadas (Ex: mês de dezembro).

---

### **1.4. Promoção da saúde e da literacia em saúde**

Devem ser apresentados os seguintes dados resultantes das submissões na plataforma:

- Número de sessões por ciclo de ensino por concelho/ESE. Poderá ser feita a avaliação por UO
  - Quais os intervenientes nas ações (percentagem de cada um dos grupos se acharem pertinente)
  - Média de alunos por sessão
  - Área abrangidas (temáticas). Podem ordenar por prevalência
  - Percentagem de sessões em que foi feita avaliação
  - Média de respostas corretas antes da sessão
  - Média de respostas corretas depois da sessão
- 

## **2. Conclusão**

- Referência aos elementos que realizaram o relatório, bem como às dificuldades/constrangimentos à realização do mesmo.
- 

## **3. Anexos**

- Nos anexos podem ser colocados todos os outros elementos que consideram importante de ser referidos e que não se enquadram nos pontos definidos para o sumário.
-

### 3.2.2. Prazos

O relatório de atividades deve ser remetido (pela equipa de saúde escolar da USI/CS), impreterivelmente, até ao dia **31 de julho**, à DRS – Divisão de Planeamento e Prevenção, [carla.nc.silva@azores.gov.pt](mailto:carla.nc.silva@azores.gov.pt), que posteriormente dará conhecimento à DRE e aos Conselhos de Administração das USI.

***Informação às ESE das USI/CS***

*À semelhança do plano de atividades, aquando da realização do relatório de atividades das USI, o relatório da saúde escolar deve ser anexo a este.*

## 4 – ÁREAS ESPECÍFICAS DE INTERVENÇÃO

### 4.1 – SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA

#### 4.1.1 – Exame global de saúde

No início do ano letivo serão fornecidas, pela DRS às ESE das USI/CS, a listagem das crianças nascidas nos anos preconizados para a realização do EGS (**2009, 2003 e 2002**) inscritas nos respetivos centros de saúde/unidades de saúde de ilha por médico de família (e sem médico), e que ainda não tenham registado a realização do EGS.

O médico deve avaliar os parâmetros já previamente definidos no Plano Nacional de Saúde infantojuvenil para as idades do EGS, bem como os cuidados antecipatórios lá discriminados. A realização da avaliação da audição preconizada para os 6-7 anos deve ser realizada no âmbito da consulta do EGS.

A convocatória das crianças/jovens para o EGS é da competência do enfermeiro da saúde escolar/saúde infantil em conjunto com o médico, de acordo com a agenda deste, ou seja, é da responsabilidade do enfermeiro que o processo se faça, podendo no entanto delegar noutros profissionais (assistente administrativo por exemplo) a sua realização. Esta situação deve ser resolvida tendo em conta as especificidades de cada equipa e o modo de atuação das mesmas.

- O EGS:
  - Aos **5 anos (crianças nascidas em 2009)** é feita a realização do exame físico, avaliação do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, da visão, da audição, da boca e dentes, da postura e da linguagem;
  - Aos **12-13 anos (jovens nascidos em 2002 e 2003)** é feita a avaliação dos parâmetros anteriores mais o estágio pubertário;

Deve ser dada informação aos CS/USI sempre que se verifique a existência de problemas que ponham em causa a efetivação dos EGS, designadamente no caso de crianças inscritas que não tenham, à data da realização dos mesmos, médico de família e ou médico assistente (**anexo III**).

Como ainda não é possível contabilizar no M1 as crianças que são acompanhadas pelo médico particular e que efetivamente cumprem a vigilância de saúde nas idades chave, solicita-se às equipas que guardem esse tipo de informação para que conste no relatório final.

#### 4.1.1.1 – Rastreios

##### Rastreio de IMC

O rastreio de IMC nas crianças nascidas nas idades preconizadas para o EGS é da responsabilidade da ESE das USI/CS, nomeadamente dos enfermeiros e do nutricionista da equipa. Os dados deste rastreio devem ser registados no M1. As crianças, quando necessário, devem ser encaminhadas para a consulta de nutrição das USI/CS ou da escola. A agenda destas consultas fica sempre a cargo do nutricionista.

As consultas de nutrição das USI/CS dão ainda resposta aos encaminhamentos provenientes do médico de família, aquando da vigilância de saúde e dos enfermeiros da ESE, pontualmente, quando houver uma sinalização considerada urgente e prioritária (**anexo IV**).

##### Rastreio de Hipertensão

O rastreio de hipertensão arterial nas crianças nascidas nas idades preconizadas para o EGS é da responsabilidade dos enfermeiros da ESE das USI/CS. Os dados deste rastreio devem ser registados no M1.

##### Rastreios visuais e auditivos

Os **rastreios visuais** e **auditivos** são realizados no âmbito da consulta do EGS e são da responsabilidade do médico que efetua o referido EGS, como está preconizado na vigilância de saúde infantil do PNSIJ.

Para a **visão** deve-se adotar as seguintes indicações:

- Aos 5 anos deve ser feita a avaliação da visão segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” (DGS, 2008) presente no **anexo IX** e de acordo com os critérios previstos na escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada (tabelas infra retiradas do PNSIJ). Aos 5 anos opta-se pelas Tabelas de E de Snellen.

A **partir dos 10 anos**, a avaliação oftalmológica deve ser feita atendendo aos fatores de risco ou se ocorrer diminuição de visão.

Para a **audição** adotam-se as indicações do PNSIJ para os **6-7 anos**, onde se mantém a aplicação da Escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada.

Para o EGS dos **12/13 anos**, à semelhança da visão, deve ser feita uma avaliação atendendo aos fatores de risco ou se ocorrer diminuição da audição.



**Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 18 M – 5 A**

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anda bem.</li> <li>• Apanha brinquedos do chão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corre.</li> <li>• Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem equilíbrio momentâneo num pé.</li> <li>• Sobe escadas alternadamente.</li> <li>• Desce com os dois pés no mesmo degrau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos.</li> <li>• Sobe e desce as escadas alternadamente.</li> <li>• Salta num pé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax.</li> <li>• Salta alternadamente num pé.</li> </ul>
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói torre de 3 cubos.</li> <li>• Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão.</li> <li>• Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói torre de 6 cubos.</li> <li>• Imita rabisco circular.</li> <li>• Gosta de ver livros.</li> <li>• Vira uma página de cada vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói torre de 9 cubos.</li> <li>• Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz.</li> <li>• Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói escada de 6 cubos.</li> <li>• Copia a cruz.</li> <li>• Combina e nomeia quatro cores básicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constrói 4 degraus com 10 cubos.</li> <li>• Copia o quadrado e o triângulo.</li> <li>• Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.</li> </ul>
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais.</li> <li>• Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diz o primeiro nome.</li> <li>• Fala sozinho(a) enquanto brinca.</li> <li>• Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas.</li> <li>• Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares.</li> <li>• Nomeia objetos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diz o nome completo e o sexo.</li> <li>• Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos.</li> <li>• Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada.</li> <li>• Apresenta linguagem compreensível.</li> <li>• Tem apenas algumas substituições infantis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento.</li> <li>• Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.</li> </ul>

**Quadro 4. Sinais de alarme: 18 M – 5 A**

18 M	2 A	4 – 5 A
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.</li> <li>• Anda sempre na ponta dos pés.</li> <li>• Apresenta assimetrias.</li> <li>• Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador.</li> <li>• Não responde quando o(a) chamam.</li> <li>• Não vocaliza espontaneamente.</li> <li>• Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto.</li> <li>• Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.</li> <li>• Tem estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não anda sozinho(a).</li> <li>• Deita os objetos fora.</li> <li>• Não constrói nada.</li> <li>• Não parece compreender o que se lhe diz.</li> <li>• Não pronuncia palavras inteligíveis.</li> <li>• Não se interessa pelo que está em seu redor.</li> <li>• Não estabelece contacto.</li> <li>• Não procura imitar.</li> <li>• Tem estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.</li> <li>• Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.</li> <li>• Tem estrabismo ou suspeita de défice visual.</li> <li>• Apresenta perturbação do comportamento.</li> </ul>

O material necessário para a realização destes rastreios é da responsabilidade de cada USI/CS.

As **alterações detetadas devem ser encaminhadas pelo médico de família para as devidas especialidades** (oftalmologia e otorrinolaringologia) devendo o médico fazer o respetivo registo na ficha clinica da criança.

Os enfermeiros das ESE podem, por situações graves/urgentes relacionadas com a visão e audição, detetadas em contextos escolar, fazer o devido encaminhamento para consulta com o respetivo médico de família/ médico da ESE no sentido da marcação de consulta o mais rápido possível, para prevenção de situações de risco.

### **Saúde Oral/Rastreio Oral**

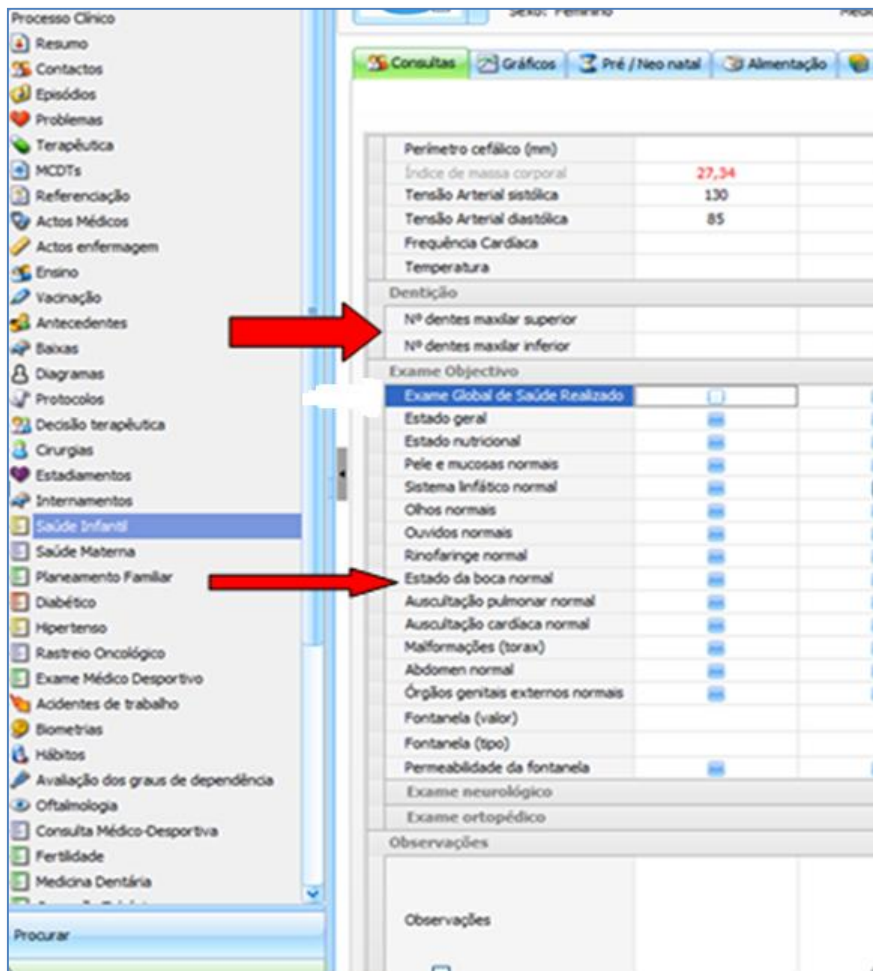
À semelhança do ano anterior, o rastreio oral nas idades preconizadas no EGS, é da responsabilidade do médico dentista das US/CS e deve ser realizado ao longo do ano letivo.

No 1º período e após o levantamento das crianças nascidas nas idades preconizadas, com consentimento informado e sem EGS realizado pela equipa de saúde escolar, devem ser agendados os rastreios, que podem ser efetuados quer nas unidades de saúde quer em contexto escolar. Esta decisão deve ser tomada em consenso entre toda a equipa de saúde escolar e devidamente fundamentada.

*Sempre que seja detetado algum dente com cárie dentária, a criança é considerada como sendo de **alto risco**.*

Relativamente às crianças em idade de EGS, como o rastreio é efetuado pelo médico dentista, as alterações detetadas deverão ser encaminhadas para a consulta de especialidade na US/CS, sendo da responsabilidade do médico dentista a gestão da sua agenda.

O médico dentista faz o seu registo no M1 (Medicina dentária) e para que o médico de família/médico da saúde escolar saiba que a criança já fez rastreio de saúde oral, deve registar o nº de dentes do maxilar superior e inferior e, se o estado da boca for normal, colocar um **V** (ver infra).



O encaminhamento para a medicina dentária nas USI/CS pode ser efetuado pelo médico e ou pelo enfermeiro da ESE da UO a que a criança pertence para a US da sua área de residência, sempre que seja detetada, pontualmente alguma situação de risco (**anexo IV**).

*O formulário presente no anexo IV apenas deve ser utilizado caso não haja outra forma mais facilitadora de comunicação entre os profissionais.*

Nos casos onde se manifesta insuficiente a intervenção do médico dentista da USI/CS, ou nas situações das USI/CS onde a consulta de medicina dentária não seja efetuada, as crianças consideradas de alto risco devem ser, de igual modo, encaminhadas para consulta de especialidade pelo médico dentista ou médico de família. Estes são os responsáveis pela referência para os serviços de estomatologia dos Hospitais.

Assim, só devem ser convocadas para a consulta médica do EGS as crianças que tenham os requisitos da responsabilidade da enfermagem e do médico dentista.

The screenshot shows a medical software interface with a sidebar menu on the left and a main data entry area on the right. The sidebar menu includes categories like 'Processo Clínico', 'Saúde Infantil', and 'Saúde Materna'. The main area displays various clinical parameters and checkboxes for completion. A red arrow points to the 'Exame Objectivo' section, and a red box highlights the 'Exame Global de Saúde Realizado' checkbox. Callouts indicate responsibility for different sections: 'Responsabilidade da Enfermagem' for vital signs, 'Responsabilidade do médico-dentista' for dental records, and 'Responsabilidade do médico de família/SEF' for the physical examination checklist.

Parâmetro	Valor	Responsabilidade
Perímetro cefálico (mm)		
Índice de massa corporal	27,34	Responsabilidade da Enfermagem
Tensão Arterial sistólica	130	
Tensão Arterial diastólica	85	
Frequência Cardíaca		
Temperatura		
<b>Dentição</b>		
Nº dentes maxilar superior		Responsabilidade do médico-dentista
Nº dentes maxilar inferior		
<b>Exame Objectivo</b>		
Exame Global de Saúde Realizado	<input type="checkbox"/>	Responsabilidade do médico de família/SEF
Estado geral	<input type="checkbox"/>	
Estado nutricional	<input type="checkbox"/>	
Pele e mucosas normais	<input type="checkbox"/>	
Sistema linfático normal	<input type="checkbox"/>	
Olhos normais	<input type="checkbox"/>	
Ouvidos normais	<input type="checkbox"/>	
Rinofaringe normal	<input type="checkbox"/>	
Estado da boca normal	<input type="checkbox"/>	
Auscultação pulmonar normal	<input type="checkbox"/>	
Auscultação cardíaca normal	<input type="checkbox"/>	
Malformações (torax)	<input type="checkbox"/>	
Abdomen normal	<input type="checkbox"/>	
Órgãos genitais externos normais	<input type="checkbox"/>	
Fontanela (valor)	<input type="checkbox"/>	
Fontanela (tipo)	<input type="checkbox"/>	
Permeabilidade da fontanela	<input type="checkbox"/>	
<b>Exame neurológico</b>		
<b>Exame ortopédico</b>		
<b>Observações</b>		

O registo da realização do EGS no M1 é um procedimento que deve ser realizado pelo médico de família da criança/jovem ou pelo médico da saúde escolar no caso da criança/jovem não ter médico de família. De salientar que apenas são considerados EGS realizados os que estiverem registados no M1 (Ter um visto no EGS ).

Devem ser sempre identificados os motivos para a não realização dos EGS (ESE das UO em articulação com as ESE das USI/SC e equipas de saúde infantil).

**Os EGS devem ser realizados, preferencialmente, até ao final do 2.º período.**

#### 4.1.2. Plano Regional de Vacinação

Avaliar o cumprimento do Plano Regional de Vacinação (PRV) na comunidade educativa, nomeadamente:

- Crianças nascidas em 2002 e 2009;
- Docentes e não docentes (assistentes operacionais e assistentes técnicos);

A avaliação do estado vacinal de crianças e adultos que integram a comunidade educativa deve ser executada pelas ESE das USI/CS em articulação com os setores de saúde infantil/vacinação dos CS/USI, uma vez que é nestes serviços que se encontram os registos dos atos vacinais realizados.

*A informação relativa à situação vacinal dos utentes dos CS/USI está gradualmente a ser integrada no M1 pelos profissionais de saúde, devendo a avaliação do estado vacinal ser realizada através desta plataforma informática, assim que o processo esteja concluído.*

#### Vacinação em contexto escolar

Poderá ser realizada a vacinação em contexto escolar, desde que sejam tomadas as **medidas preconizadas para o procedimento** a ser desenvolvido, em condições de segurança e higiene para os alunos e restante comunidade educativa (ter em atenção os procedimentos, equipamento mínimo e medicamentos obrigatórios, necessários para tratamento imediato da anafilaxia). No caso dos alunos, menores de idade, deve igualmente ser recolhida autorização dos encarregados de educação (específica para o efeito).

#### **Informação às ESE dos USI/CS**

*É importante referir que para a avaliação do indicador da vacinação (percentagem de crianças com PRV atualizado) nas idades chave preconizadas, apenas se consideram os dados introduzidos no M1, sendo esta estatística feita na DRS.*

Quanto à avaliação dos indicadores relativos ao pessoal docente e não docente preconiza-se que as ESE continuem a fazer o registo no documento alternativo (utilizar tabela de excel enviada no ano passado, fazer apenas as devidas atualizações), no entanto, os mesmos podem ser introduzidos no M1, para facilitar o acesso em anos consequentes.

Por várias vezes o processo de atualização de vacinação do pessoal docente e não docente torna-se muito complicado, essencialmente por recusa dos próprios, pelo que a DRE irá continuar a colaborar de forma a promover/motivar estes profissionais.

Considerando o Decreto-Lei nº 44198, de 20/02/1962 ainda em vigor, é de referir que nenhum indivíduo poderá frequentar ou fazer exame em qualquer estabelecimento de ensino ou ser admitido em quaisquer funções públicas, dos corpos administrativos, dos organismos corporativos e de coordenação económica ou das pessoas coletivas de utilidade pública administrativa sem que, por certificado médico ou atestado da respetiva autoridade sanitária, prove que se encontra devidamente vacinado contra o tétano.

**Nota:**

*A ESE das USI/CS pode efetivar a avaliação do cumprimento do PRV e a monitorização dos EGS, através das listas da UO e não do M1, dado que esta poderá ser a forma mais efetiva de abranger todas as crianças/jovens. No entanto, é de salientar que os dados são retirados do M1, logo, se houver crianças não inscritas é necessário proceder à sua inscrição para concretização das atividades.*

*Este trabalho irá permitir o cruzamento de dados da área da saúde com a área da educação, assim, podem ser solicitadas às UO as listações de alunos.*

#### **4.1.3 – Eviscção escolar**

Promover o cumprimento da legislação de Eviscção Escolar (Artigo 14.º do Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A).

#### **4.1.4 – Promoção da saúde mental**

Nas USI/CS as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil devem constituir-se como uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação nas situações problemáticas de saúde mental. O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, devem transformar-se numa prioridade, particularmente em relação às crianças em risco ou com NSE.

Aquando da deteção de alterações nesta área o médico de família/saúde escolar, bem como os enfermeiros podem encaminhar para uma consulta de psicologia na USI/CS. A marcação destas consultas é da responsabilidade do próprio psicólogo.

## 4.2 – INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS COM NSE

A equipa de saúde escolar deve fazer o levantamento no início do ano letivo das crianças com NSE e deve avaliar ao longo de todo o ano letivo as situações de saúde, doença ou incapacidade, referenciadas pela escola e a eventual necessidade de encaminhamento.

De modo a conseguir a concretização do indicador do PRS deve ser efetuado o registo de alunos com NSE por tipo (deficiência física, mental e/ou doença crónica), por grau de ensino, encaminhamentos, tratados e/ou em tratamento (utilizar tabela de excel enviada no ano passado, fazer apenas as devidas atualizações).

## 4.3 – PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE SEGURO

A avaliação das possíveis situações de risco é uma forma de conhecer a vulnerabilidade das instalações, dos equipamentos e do ambiente com o objetivo final de os eliminar, ou quando tal não é possível, de os minimizar.

Este procedimento implica um diagnóstico de situação, a elaboração de relatório, a proposta das correções e o envolvimento das entidades responsáveis pelo estabelecimento, de modo a definir prioridades e adotar soluções de atuação.

A avaliação das condições de Segurança, Higiene e Saúde de todos os estabelecimentos de Educação e Ensino da RAA será **efetuada no final do ano letivo (3º período)** para que as escolas beneficiem do período de férias escolares para procederem à correção das inconformidades.

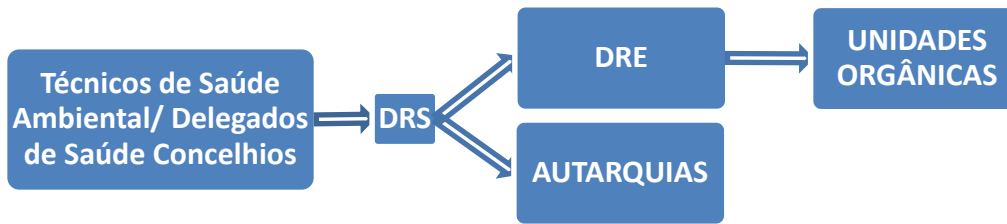
Na realização do relatório, será considerado pelo técnico de saúde ambiental/delegado de saúde concelhio, o contexto de cada escola, classificando as inconformidades pela sua gravidade e igualmente temporizando a correção das mesmas tendo em conta a sua gravidade/exequibilidade de correção.

### **Aos técnicos de saúde ambiental/ delegado de saúde**

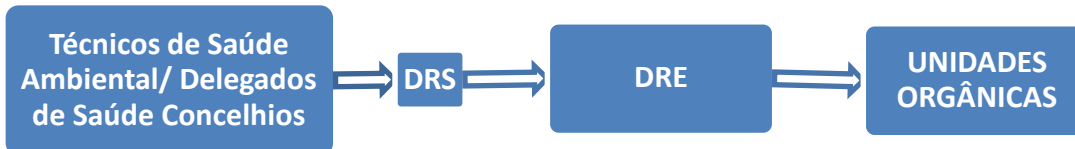
*Os formulários ainda estão a ser reformulados pela DGS, pelo que a esta informação seguirá posteriormente para as equipas.*

O modelo de circuito para o envio dos relatórios será o seguinte:

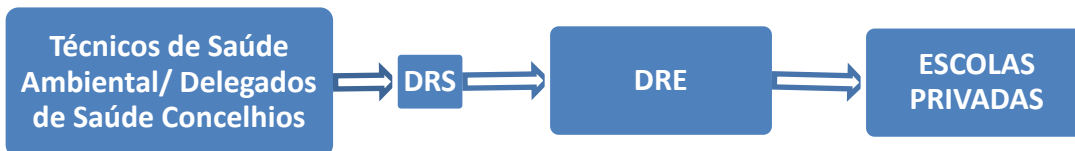
### 1. RELATÓRIOS REFERENTES ÀS ESCOLAS DE EB1/JI



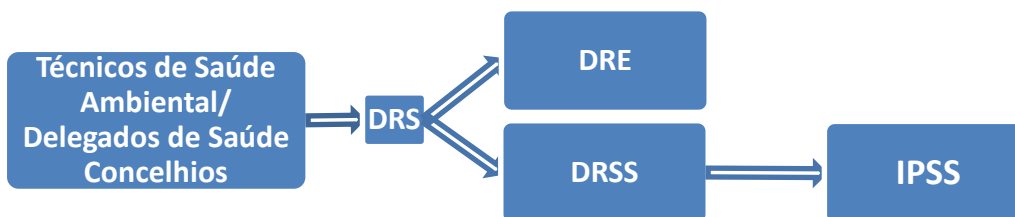
### 2. RELATÓRIOS REFERENTES ÀS ESCOLAS DE EB 1,2,3 E SECUNDÁRIO E ESCOLAS PROFISSIONAIS



### 3. RELATÓRIOS REFERENTES ÀS ESCOLAS DE ENSINO PARTICULAR



### 4. RELATÓRIOS REFERENTES ÀS IPSS (com valências educativas de creche, jardim-de-infância e ATL)



#### 4.3.1. Acidentes

A intervenção nos acidentes ocorridos na escola é da responsabilidade da própria escola, devendo a equipa de saúde escolar fazer a monitorização destes. Assim, o coordenador da ESE da UO deve preencher o registo próprio de ocorrência de acidentes (**anexo VI**), devendo enviar esses registos no final de cada período para os enfermeiros da saúde escolar, para a respetiva monitorização, e se necessário a conseqüente intervenção.

Se no decorrer de algum acidente for necessária uma monitorização mais imediata por parte da ESE da USI/CS o mesmo deve ser solicitado pelo coordenador da ESE da UO aos enfermeiros da equipa.

O registo de acidentes encontra-se simplificado uma vez que estes registos são feitos em cada núcleo escolar, por funcionários da escola.



#### 4.4 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA LITERACIA EM SAÚDE

Na educação pré-escolar, nos ensinos básico, secundário e profissional, a educação para a saúde integra-se nas áreas curriculares, nos termos estabelecidos no projeto curricular de escola.

##### **Educação pré-escolar**

Para a educação pré-escolar são obrigatórias ações de educação para a saúde sobre alimentação saudável (dar especial ênfase à promoção do consumo de água como bebida preferencial em crianças), saúde oral e saúde afetivo-sexual e reprodutiva.

##### **1º Ciclo**

Para o 1º ciclo são obrigatórios, a nível da educação para a saúde, os seguintes temas:

- Saúde oral;
- Saúde afetivo-sexual e reprodutiva: Noção de corpo; O corpo em harmonia com a natureza; Noção de família; Diferenças entre rapazes e raparigas; Proteção do corpo e noção dos limites; Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas;
- Alimentação saudável (dar especial ênfase à promoção do consumo de água como bebida preferencial em crianças e jovens);
- Violência em meio escolar;

*No desenvolvimento da temática da **alimentação no pré-escolar e 1º ciclo** é **obrigatória** a realização de pelo menos uma **sessão aos pais/encarregados de educação**. Os conteúdos a serem contemplados na sessão serão emanados pela DRS podendo ser adaptados pelas equipas consoante as características do grupo alvo.*

##### **2º Ciclo**

Para o 2.º ciclo são obrigatórios, a nível da educação para a saúde, os seguintes temas:

- Saúde afetivo-sexual e reprodutiva (conteúdos já definidos no manual do ano anterior);
- Abordagem de conteúdos de acordo com os resultados do diagnóstico de situação do sistema de vigilância de comportamentos de risco relacionados com a saúde dos alunos

do 6.º ao 8.º ano das escolas da RAA. As atividades planeadas para estes anos também incluem os alunos do 5.º ano e os do ensino profissional com a mesma correspondência;

- Violência em meio escolar;

### **3º Ciclo**

Para o 3.º ciclo são obrigatórios, a nível da educação para a saúde, os seguintes temas:

- Saúde afetivo-sexual e reprodutiva (conteúdos já definidos no manual do ano anterior);
- Abordagem de conteúdos de acordo com os resultados do diagnóstico de situação do sistema de vigilância de comportamentos de risco relacionados com a saúde dos alunos do 6.º ao 8.º ano das escolas da RAA. As atividades planeadas para estes anos também incluem os alunos do 9.º ano e os do ensino profissional com a mesma correspondência;

### **Ensino Secundário**

Para o ensino secundário são obrigatórios, a nível da educação para a saúde, os seguintes temas:

- Saúde afetivo-sexual e reprodutiva (conteúdos já definidos no manual do ano anterior);
- Abordagem de conteúdos de acordo com os resultados do diagnóstico de situação do sistema de vigilância de comportamentos de risco relacionados com a saúde dos alunos do 9.º ao 12.º ano das escolas da RAA. As atividades planeadas para estes anos também incluem os alunos do ensino profissional com a mesma correspondência;

### **Tabagismo**

Está a ser planeado na RAA um Programa Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo que inclui um projeto de prevenção do consumo de tabaco na comunidade escolar.

O mesmo ainda se encontra em fase de planeamento, contudo a intervenção será direcionada para os **alunos do 5º ano** (sessões psicoeducativas emanadas pela DRS), para os **pais/encarregados de educação** e para **pessoal docente e não docente**.

*Até ao início do ano letivo 15/16 serão dadas indicações para a concretização do projeto e consequente integração do mesmo nos PASE.*

### **Registo das ações de educação para a saúde**

Para o registo das ações de educação para a saúde a DRS manteve a plataforma *online* no qual pretende facilitar o seu registo e um cálculo mais efetivo dos indicadores.

Esta plataforma encontra-se disponível em <http://goo.gl/forms/GZ93O7dvP7>.

No **anexo VIII** consta o modelo para recolha da informação para a realização do relatório das sessões de educação para a saúde nas escolas. Este modelo tem como objetivo a recolha imediata da informação, durante e após a sessão de educação para a saúde, devendo os dados posteriormente ser inseridos na plataforma acima mencionada. Este modelo deve ser preenchido pelo profissional que efetua a sessão (professor, enfermeiro, nutricionista, etc.) podendo depois a submissão na plataforma *online* ser efetuada por outro profissional com maior disponibilidade/meios.

O registo na plataforma já permite a seleção de vários públicos-alvo bem como de várias temáticas na mesma submissão.

## **Anexo I - Consentimento informado**

**Promoção da Saúde em Contexto Escolar – Consentimento informado para o ano letivo 2015/2016**



**Informação aos Encarregados de Educação**

A área de intervenção na promoção da saúde em contexto escolar, implementada pela Direção Regional da Saúde em parceria com a Direção Regional da Educação, é uma área de educação para a saúde que tem vindo a contribuir para a elevação do nível educacional e de saúde da comunidade escolar.

A nível regional, o Decreto Legislativo Regional nº 8/2012<sup>a</sup> de 16 de março e a Portaria nº 105/2012 de 12 de outubro, estabelecem o regime da educação para a saúde e as orientações para o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudável em meio escolar.

Atendendo à necessidade do cumprimento desta área, é necessária a realização de **ações de vigilância e proteção da saúde**, paralelamente com a **aquisição de conhecimentos e competências em educação para a saúde**. Todas estas ações são devidamente delineadas no início de cada ano letivo pela equipa de saúde escolar em Plano de Atividades de Saúde Escolar, sendo o mesmo integrado no Plano Anual de Atividades da Escola.

As atividades previstas incluem 3 âmbitos de ação: 1. **Rastreios**, 2. **Sessões** de educação para a saúde e 3. **Sistema de vigilância** de comportamentos de risco relacionados com a saúde.

A realização dos rastreios incide nas áreas de avaliação da saúde oral, do índice de massa corporal (detecção de alterações relacionadas com o excesso de peso, obesidade ou baixo peso) e da tensão arterial. Estes rastreios são organizados e realizados por profissionais de saúde e/ou professores qualificados e ocorrem dentro do espaço escolar.

A participação nas sessões de educação para a saúde é realizada em contexto escolar, sempre por profissionais de saúde, professores ou outros elementos devidamente qualificados (p.e. PSP) e incidem nas diferentes áreas prioritárias estabelecidas pelo Decreto Legislativo Regional nº 8/2012 de 16 de março.

O sistema de vigilância de comportamentos de risco, realizados em contexto de aula na presença do professor, consiste na aplicação de um questionário *online*, devidamente validado, seguro e anónimo.

Sabe-se que, hoje em dia, as principais causas da mortalidade por doenças crónicas estão relacionadas com os comportamentos individuais. A Escola, enquanto espaço coletivo de aprendizagem e de promoção do bem-estar, é essencial na escolha desses comportamentos individuais, pois são eles os fomentadores da qualidade de vida e consequentemente de mais saúde.

Assim, considerando a importância das atividades previstas na saúde do seu educando, e sendo objetivo das Equipas de Saúde Escolar a abrangência do maior número possível de alunos, informamos V. Exa. que caso **não aceite** que o seu educando participe nas atividades da saúde escolar deverá dirigir-se ao **Conselho Executivo desta Unidade Orgânica** para assinar o documento de recusa com a respetiva justificação desta.

**O coordenador da equipa de saúde escolar/diretor de turma:** \_\_\_\_\_



## Anexo II - Fichas para o Plano de atividades

CS/USI: \_\_\_\_\_

UO: \_\_\_\_\_ UO: \_\_\_\_\_

UO: \_\_\_\_\_ UO: \_\_\_\_\_

UO: \_\_\_\_\_ UO: \_\_\_\_\_

**Ano 2015 / 2016**

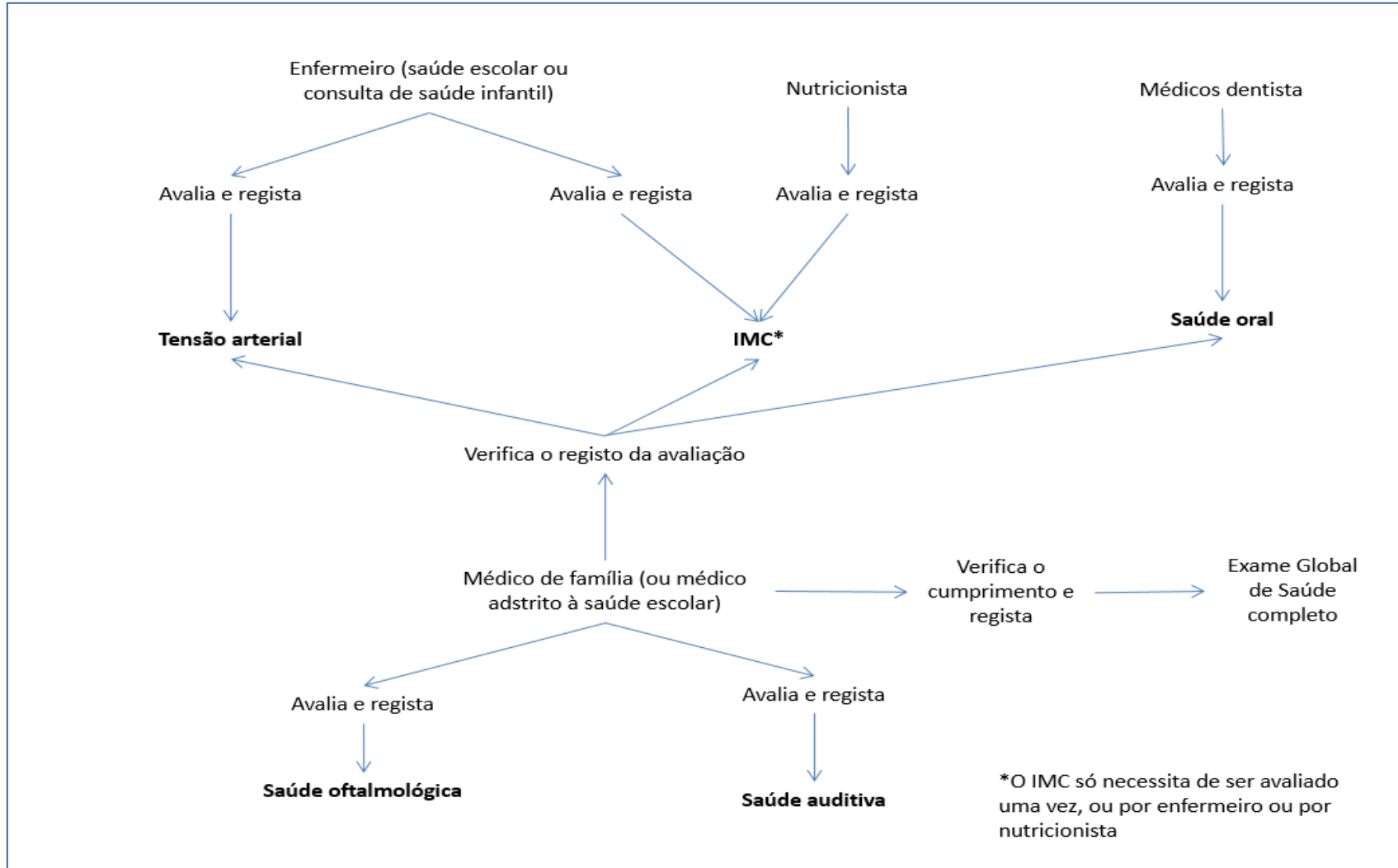
<b>Objetivo:</b>
<b>Área específica de intervenção<sup>1</sup>:</b>
<b>População Alvo:</b>

<b>Atividades/ações</b>	
<b>Designação</b>	<b>Responsável (eis) pela atividade/ação<sup>2</sup></b>

<sup>1</sup> Corresponde à área de intervenção específica em que se insere o objetivo preconizada na área de intervenção da promoção da saúde em contexto escolar do PRS 2014-2016 (Saúde individual e coletiva, inclusão escolar de crianças com NEE, promoção de um ambiente seguro e promoção de saúde e de literacia em saúde)

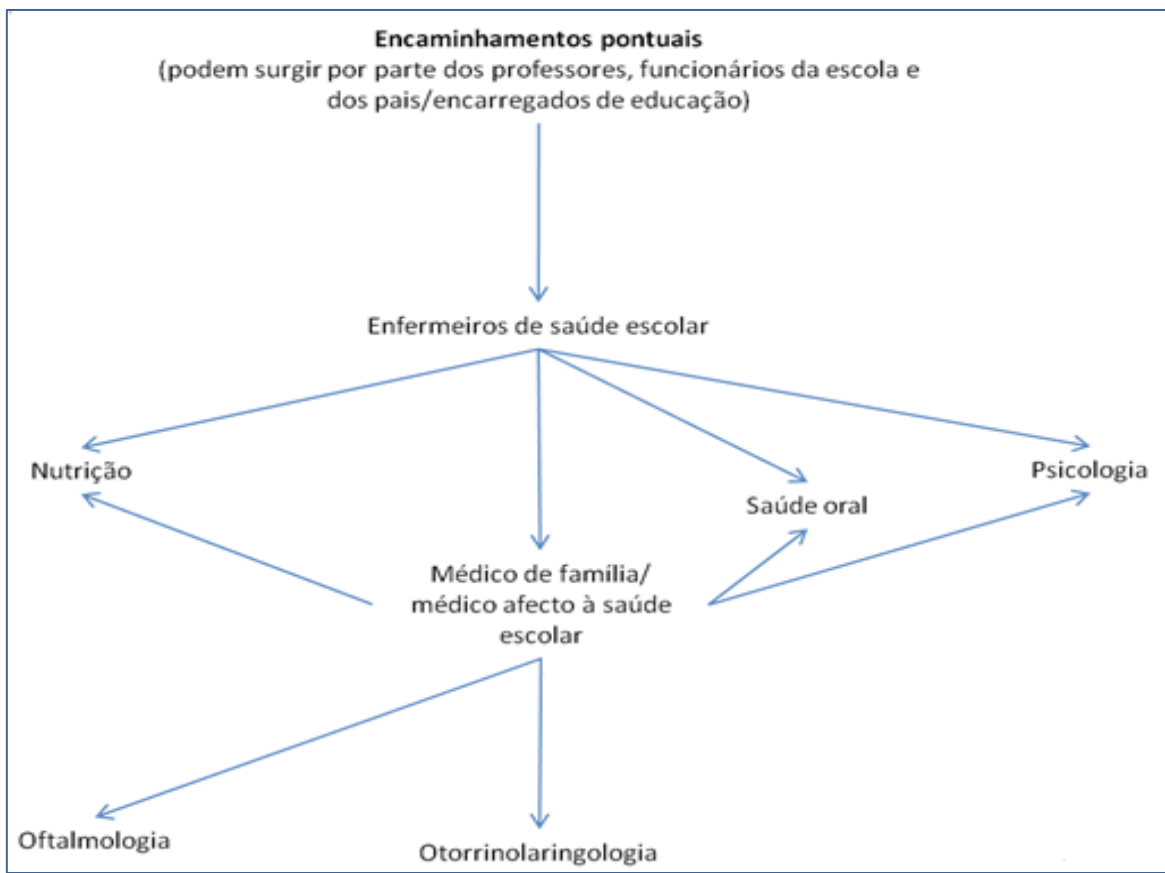
<sup>2</sup> Pode ser um elemento ou a equipa

Anexo III – Fluxograma de Atuação em Vigilância de EGS





#### Anexo IV - Fluxograma - Encaminhamentos pontuais



O encaminhamento para as referidas especialidades quando é feito através do **enfermeiro de saúde escolar**, deve ser realizado usando o **formulário 1**, que deve ser devolvido pelas respetivas especialidades com a indicação de marcação ou não de consulta.

Quando o encaminhamento surge no âmbito da **consulta médica** para outra especialidade, deve ser preenchido o **formulário 2** e encaminhado para a respetiva especialidade se a mesma for dentro da USI. A especialidade, no final da intervenção deverá, devolver o formulário 2 aos enfermeiros da SE. Se o encaminhamento for feito para os hospitais, o médico deve apenas registar para que especialidade a criança foi encaminhada e devolver o formulário 2 aos enfermeiros da saúde escolar.

O **registo dos encaminhamentos** pontuais na saúde escolar é feito na **tabela de excel** anexa a este manual, sendo da responsabilidade dos enfermeiros da saúde escolar.

## ENCAMINHAMENTOS PONTUAIS EM SAÚDE ESCOLAR (FORMULÁRIO 1)

## Ficha de ligação entre Unidades orgânicas escolares (UO) e os Enfermeiros da Saúde Escolar

**Identificação do aluno**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Ano/Turna: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_  
 Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

**Pedido de Sinalização pela UO**

Encaminhado por (assinatura de quem faz o encaminhamento): \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/20\_\_

Motivo (s) do pedido:

Descrição da situação:

Informações pertinentes:

**Intervenção dos EnfSE**

Data \_\_/\_\_/20\_\_

Médico de família/SE  Nutrição  Psicologia  Saúde Oral

Outra resolução:

**Assinatura Enfermeiros (as):**

**Receção das sinalizações pelas especialidades**

Data: \_\_/\_\_/20\_\_

Serviços Referenciados	Data marcação de consulta	Referenciação para outros serviços/especialidades (colocar para quem ex. Otorrino, oftalmologia nos hospitais, etc.). Se não foi necessário nenhum encaminhamento, tendo ficado a situação resolvida pelo 1º encaminhamento e intervenção colocar caso resolvido. Na prática, nem sempre é viável conseguirmos a informação de que o caso ficou resolvido.
Medico Saúde Escolar/família		
Psicologia		
Nutrição		
Planeamento Familiar		
Saúde Oral		
Outros		

**Assinatura:**

**Observações**

## ENCAMINHAMENTOS EM SAÚDE ESCOLAR (FORMULÁRIO 2)

### Identificação do aluno

Nome:

Idade:

Data Nascimento:

Encaminhado para: Nutrição  Psicologia  Saúde Oral  Oftalmologia  Otorrino/Audiologia  Outro

Motivo (s) do pedido:

Assinatura do médico:

### Receção das sinalizações pelas especialidades

Data: \_\_/\_\_/20\_\_

Serviços Referenciados	Data marcação de consulta	Observações (caso resolvido, consultas de seguimento, etc.)
Psicologia		
Nutrição		
Planeamento Familiar		
Saúde Oral		
Outros		

Assinatura:

Aspetos a salientar:

Anexo V- Documento de recusa (consentimento informado)

Documento comprovativo de recusa na participação das atividades da Área de  
Intervenção da Promoção da Saúde em Contexto Escolar



Eu, \_\_\_\_\_, encarregado  
de educação do aluno \_\_\_\_\_ DN  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, ano e turma \_\_\_-\_\_\_\_\_, venho por este meio informar que **não autorizo**  
o meu educando a participar nas atividades da saúde escolar.

**Motivo:**

---

---

---

Assinatura do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Documento comprovativo de recusa na participação das atividades da Área de  
Intervenção da Promoção da Saúde em Contexto Escolar



Eu, \_\_\_\_\_, encarregado  
de educação do aluno \_\_\_\_\_ DN  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, ano e turma \_\_\_-\_\_\_\_\_, venho por este meio informar que **não autorizo**  
o meu educando a participar nas atividades da saúde escolar.

**Motivo:**

---

---

---

Assinatura do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

## Anexo VI - Registo de acidentes

### FICHA DE REGISTO DOS ACIDENTES OCORRIDOS NO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

Nome (iniciais)	Sexo	Idade	Acidente		Local do Acidente	Tipo de Acidente(a)	Tipo de Lesão (b)	Parte do Corpo Afetada (c)	Agente causador da Lesão (d)	Acidente Tratado onde? (e)	Resultado
			Data	Hora							

- a) Ex: Queda; Queimadura; Intoxicação; Electrocução; Asfixia; Atropelamento; Agressão Corporal; Outro
- b) Ex: Ferida aberta; Fratura; Queimadura; Envenenamento; Outra
- c) Ex: Cabeça; Região Torácica; Regional abdominal/lombar; Membros superiores; Membros inferiores; Outra
- d) Ex: Partes do Edifício; Equipamento Escolar; Produto Químico ou biológico; Veículo Automóvel; Outro
- e) Na escola; no domicílio; no centro de saúde; no hospital
- f) Sem consequências; tratamento em ambulatório; Internamento; Falecimento

Adaptado: "Ficha de registo de acidentes escolares e periescolares", Programa Tipo de Saúde Escolar, Direção Geral da Saúde

## Anexo VII - Cartão para os pais/encarregados de educação

Nome: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Baixo peso

Peso normal

Excesso de peso


Obesidade

Tensão Arterial \_\_\_\_\_ Normal

Alterada

Profissional da Saúde Escolar \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Nome: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Baixo peso

Peso normal

Excesso de peso


Obesidade

Tensão Arterial \_\_\_\_\_ Normal

Alterada

Profissional da Saúde Escolar \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Nome: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Baixo peso

Peso normal

Excesso de peso


Obesidade

Tensão Arterial \_\_\_\_\_ Normal

Alterada

Profissional da Saúde Escolar \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Nome: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Baixo peso

Peso normal

Excesso de peso


Obesidade

Tensão Arterial \_\_\_\_\_ Normal

Alterada

Profissional da Saúde Escolar \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Nome: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Baixo peso

Peso normal

Excesso de peso


Obesidade

Tensão Arterial \_\_\_\_\_ Normal

Alterada

Profissional da Saúde Escolar \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Nome: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Baixo peso

Peso normal

Excesso de peso


Obesidade

Tensão Arterial \_\_\_\_\_ Normal

Alterada

Profissional da Saúde Escolar \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Anexo VIII - Modelo para recolha da informação para a realização do relatório das sessões de educação para a saúde nas escolas da Região Autónoma dos Açores**

## Modelo para recolha da informação para a realização do relatório das sessões de educação para a saúde nas escolas da Região Autónoma dos Açores

Escola: \_\_\_\_\_ Data de realização da sessão (dia/mês/ano): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Quem foi/ foram os intervenientes ativos na sessão de educação para a saúde? (pode assinalar mais do que um, consoante os intervenientes)

<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> Professores	<input type="checkbox"/> Outros
---	--------------------------------------	---------------------------------

2. Duração da sessão

<input type="checkbox"/> Menos de 60 minutos	<input type="checkbox"/> Entre 60 a 90 minutos	<input type="checkbox"/> Mais de 90 minutos
--	--	---

3. Selecione qual a população abrangida nesta sessão: (pode assinalar mais do que um)

<input type="checkbox"/> Pré-escolar	<input type="checkbox"/> 1.º ciclo	<input type="checkbox"/> 2.º ciclo
<input type="checkbox"/> 3.º ciclo	<input type="checkbox"/> Ensino secundário	<input type="checkbox"/> Ensino profissional
<input type="checkbox"/> Outros programas de ensino	<input type="checkbox"/> Docentes/Não docentes	<input type="checkbox"/> Pais/Enc.Educação

4. Número total de Alunos/ Docentes/ Não docentes/ Pais/ Encarregados de Educação que estiveram presentes na sessão: \_\_\_\_\_

5. Qual foi área de educação para a saúde sobre a qual incidiu esta sessão:

<input type="checkbox"/> Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> Saúde oral	<input type="checkbox"/> Segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida
<input type="checkbox"/> Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> Atividade física	<input type="checkbox"/> Prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco
<input type="checkbox"/> Ambiente e saúde	<input type="checkbox"/> Saúde mental	<input type="checkbox"/> Prevenção da violência em meio escolar

6. Foi realizada avaliação do impacto imediato desta sessão, de acordo com os moldes definidos pela DRS?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Outra (descrever sucintamente) _____
------------------------------	------------------------------	---

7. Avaliação do impacto imediato da sessão:

Nº da pergunta	Número total de alunos que responderam à pergunta	Número total de alunos que responderam corretamente no teste inicial	Número total de alunos que responderam corretamente no teste final
1			
2			
3			
4			
5			

Nome do responsável pelo preenchimento deste relatório \_\_\_\_\_



## **Anexo IX - Boas Práticas em Oftalmologia – Elementos Clínicos de Avaliação e Referência**

### 3. DETECÇÃO PRECOCE DAS ALTERAÇÕES DA VISÃO NA CRIANÇA – RECOMENDAÇÕES

#### 3.1 - INTRODUÇÃO

Na espécie humana a visão é, de entre todos os órgãos dos sentidos, o mais importante meio de comunicação com o mundo exterior. De toda a informação que recolhemos, mais de 70% relaciona-se com a visão. A visão é, por isso, essencial para o desenvolvimento harmonioso da criança.

À nascença o sistema visual não se encontra completamente desenvolvido, a acuidade visual é ainda muito baixa (equivalente a cerca de 1/10), mas aumenta rapidamente nas primeiras semanas de vida. Os primeiros 3 meses de vida são particularmente importantes para o estabelecimento da fixação e o desenvolvimento da acuidade visual da criança. A capacidade de perseguição dum estímulo visual é igualmente importante, relacionando-se com a fixação, a acuidade visual, a motilidade ocular e o desenvolvimento do campo visual. Aos quatro anos é de esperar uma acuidade visual aproximadamente de 7/10, e de 10/10 após os 5 anos de idade.

Na idade escolar, depois dos 6 anos, uma grande parte dos problemas sensoriais ligados ao desenvolvimento da visão é mais dificilmente tratável e frequentemente não se consegue a recuperação total.

É muito importante que as imagens em ambos os olhos sejam nítidas, para que a informação que chega ao cérebro (sistema nervoso central) seja correcta e simétrica. A existência de anomalias da refacção, de opacidades nos meios transparentes, de estrabismos ou de outras doenças que afectem a visão podem lesar definitivamente o sistema visual.

Os dados estatísticos apontam para a existência de 3 a 4% de crianças com estrabismo. Cerca de 20% das crianças têm um defeito da refacção. Estima-se uma prevalência de 1 a 2,5 % de ambliopias na criança, muitas delas devidas a um defeito da refacção ou a estrabismo, não corrigidos atempadamente<sup>3</sup>.

As avaliações oftalmológicas da criança em “IDADES CHAVE” do seu crescimento são um imperativo, que apela à colaboração entre a medicina geral e familiar, a pediatria e a oftalmologia, devendo estar devidamente previstos num Programa Nacional.

Não é consensual a idade óptima para a realização das avaliações oftalmológicas na criança, pois muitos dos testes são subjectivos e estão na dependência da sua colaboração. Há contudo idades limite para que as diversas avaliações já tenham sido realizadas e é geralmente aconselhado que à entrada da escola a criança reúna as melhores condições possíveis de utilização das suas funções visuais, o que implica um exame global da visão devidamente posicionado e inserido no exame global de saúde, para dar tempo a corrigir as alterações que sejam detectadas.

Não se podem também esquecer os grupos de risco (como uma história familiar de doença oftalmológica grave, a prematuridade, os atrasos de desenvolvimento, opacidades nos meios transparentes do globo ocular, estrabismos e ametropias elevadas nos familiares próximos), que necessitam de uma maior vigilância. (Ver pág.3)

---

### 3.2 - METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA VISÃO DA CRIANÇA

Conciliando o Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e as estratégias propostas no Programa Nacional para a Saúde da Visão, estabelecem-se assim as normas para uma avaliação da visão da criança, excluindo-se os grupos de risco acima mencionados.

Não são normas estáticas podendo verificar-se actualização das mesmas sempre que necessário, e assumindo permanentemente um carácter oportunístico nas diferentes ocasiões de vigilância de saúde da criança.

As diversas avaliações, conforme as orientações do Programa Nacional para a Saúde da Visão, deverão constituir uma rotina na vigilância da saúde da criança. Estas avaliações complementam e completam outras observações programadas para as crianças incluídas nos grupos de risco.

É desejável que esta avaliação inclua o maior número possível de crianças, tendo por meta ideal a avaliação sistemática de todas as crianças antes da idade escolar.

Embora as avaliações e rastreios da visão sejam preferencialmente do âmbito da oftalmologia: médicos oftalmologistas e ortoptistas, também os outros profissionais da saúde deverão colaborar, nomeadamente: os pediatras, médicos de Medicina Geral e Familiar e enfermeiros. No âmbito das suas atribuições, estes deverão estar familiarizados com os testes e técnicas aplicáveis.

Alguns casos avaliados podem necessitar de uma observação mais precoce e, genericamente, é desejável que a consulta em oftalmologia se realize num prazo inferior a 6 meses após a avaliação.

Deste modo, ao atingir a idade escolar, a criança reunirá as melhores condições possíveis das suas funções visuais.

#### A. Avaliação até aos 2 meses – Doc. de Referenciação I

##### 1) Anamnese

Deve ser pesquisada a **história familiar e hereditária** com possíveis implicações na visão da criança; A história da gravidez e do parto, com a idade gestacional, o peso à nascença, eventuais traumatismos no parto, a necessidade de oxigenoterapia; A história clínica da criança, o seu desenvolvimento motor, configuração facial e posicionamento da cabeça, eventuais sinais e sintomas oculares / oftalmológicos, intercorrentes; Informação sobre o seu comportamento diário perante a luz.

##### 2) Interrogatório dirigido

Perguntando aos pais se pensam que a criança vê bem ou se estão preocupados em relação aos olhos das crianças.

##### 3) Exame objectivo

Deverá ter em conta:

###### a) Pálpebras e exame ocular externo

Como generalidades de orientação para o exame ocular externo, devem ser analisadas as pálpebras e o pestanejo, a localização e orientação das pestanas, os fundos de saco conjuntivais e os pontos lacrimais, que devem estar

patentes; A implantação dos globos oculares na órbita e os seus movimentos, a coloração da esclerótica, os vasos conjuntivais, a transparência e o diâmetro das córneas (normal até 10 mm), a profundidade da câmara anterior, a íris e a área pupilar, que deve mostrar pupilas com diâmetros semelhantes e regularmente redondas.

**Conjuntivite Neonatal (Perinatal)**

É uma situação grave. Exige referenciação urgente, tratamento sistémico e internamento hospitalar.

**Etiologias graves (perfuração da córnea) e períodos de incubação:**

- Neisseria gonorrhoeae (24-48 h)
- Chlamydia trachomatis (5-14 dias)
- Herpes simplex (primeiras 2 semanas)
- Bacteriana – Pseudomonas sp. (depois do 5º dia)

**Outras causas:**

- Química (Credé) – em algumas horas

A história de doença sexualmente transmissível (DST) da mãe pode orientar o diagnóstico provável.

**Obstrução congénita do canal lacrimo-nasal**

Sinais: epífora, conjuntivites de repetição.

Causa/mecanismo: atraso na canalização das vias lacrimais. Pode ser unilateral.

Tratamento: Perante suspeita nunca prescrever pomada. Massagem local e colírio líquido.

Aguardar os 4-6 meses de idade para sondagem e desobstrução do canal lacrimo-nasal.

**b) Meios transparentes e observação do reflexo do fundo ocular**

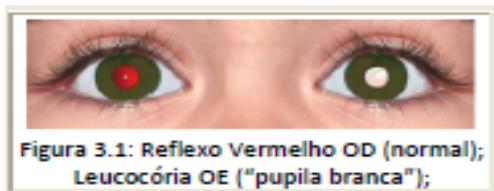


Figura 3.1: Reflexo Vermelho OD (normal); Leucocória OE ("pupila branca");

Fazendo-se incidir a luz do oftalmoscópio a  $\pm$  50-60cm do olho (exige técnica apurada) o orifício pupilar deve transmitir um reflexo avermelhado do fundo ocular, idêntico ao verificado em muitas fotografias, que exclui a presença de opacidades da córnea, do cristalino e do vítreo. Se o reflexo for esbranquiçado define-se uma leucocória ("pupila branca").

**c) Avaliação da capacidade visual**

No recém-nascido uma avaliação grosseira da capacidade visual pode ser feita pela observação dos reflexos fotomotores, directo e consensual.

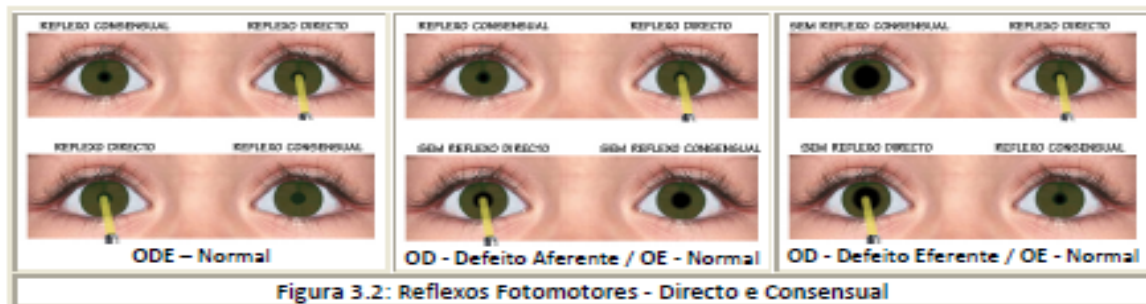


Figura 3.2: Reflexos Fotomotores - Directo e Consensual

Desde as 6 semanas deverá, igualmente, seguir por momentos um objecto próximo, colocado na linha média (**reflexos de fixação e perseguição**). O movimento com perseguição do estímulo visual adquire-se primeiro na horizontal e só depois na vertical, pelas 4 a 8 semanas.

## **B. Avaliação aos 6 meses – Doc. de Referência I** (preenchido em cada nível etário)

### **1) Anamnese**

Conforme descrito na avaliação dos 2 meses:

Deve ser pesquisada a história familiar e hereditária com possíveis implicações na visão da criança; A história da gravidez e do parto, com a idade gestacional, o peso à nascença, eventuais traumatismos no parto, a necessidade de oxigenoterapia; A história clínica da criança, o seu desenvolvimento motor, configuração facial e posicionamento da cabeça, eventuais sinais e sintomas oculares / oftalmológicos, intercorrentes; Informação sobre o seu comportamento diário perante a luz.

**Obstrução congénita do canal lacrimo-nasal**

**Sinais:** epífora, conjuntivites de repetição.

**Causa/mecanismo:** atraso na canalização das vias lacrimais. Pode ser unilateral.

**Tratamento:** Perante suspeita nunca prescrever pomada. Massagem local e colírio líquido até ser feita sondagem e desobstrução do canal lacrimo-nasal.

### **2) Interrogatório dirigido**

Conforme descrito na avaliação dos 2 meses:

Perguntando aos pais se pensam que a criança vê bem ou se estão preocupados em relação aos olhos das crianças.

### **3) Exame objectivo**

Deverá ter em conta:

#### **a) Pálpebras e exame ocular externo**

Conforme descrito na avaliação dos 2 meses:

Como generalidades de orientação para o exame ocular externo, devem ser analisadas as pálpebras e o pestanejo, a localização e orientação das pestanas, os fundos de saco conjuntivais e os pontos lacrimais, que devem estar patentes; A implantação dos globos oculares na órbita e os seus movimentos, a coloração da esclerótica, os vasos conjuntivais, a transparência e o diâmetro das córneas (normal até 10 mm), a profundidade da câmara anterior, a íris e a área pupilar, que deve mostrar pupilas com diâmetros semelhantes e regularmente redondas.

#### **b) Meios transparentes e observação do reflexo do fundo ocular**

Conforme descrito na avaliação dos 2 meses:

Fazendo-se incidir a luz do oftalmoscópio a  $\pm$  50-60 cm do olho (exige técnica apurada) o orifício pupilar deve transmitir um reflexo avermelhado do fundo ocular, idêntico ao verificado em muitas fotografias, que exclui a presença de opacidades da córnea, do cristalino e do vítreo. Se o reflexo for esbranquiçado define-se uma leucocória ("pupila branca").

#### **c) Determinação da capacidade visual**

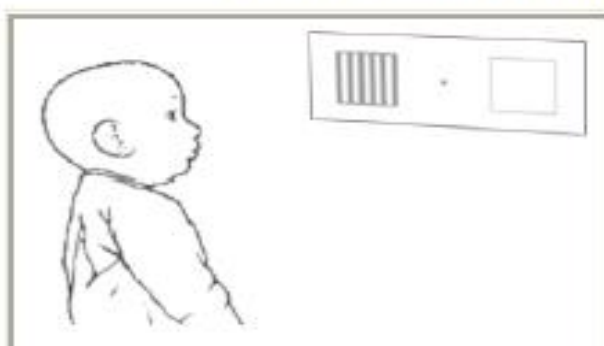
A capacidade de manter a fixação monocular num objecto atinge-se pelo 2º ou 3º mês de vida. Com esta idade o bebé deverá ser capaz de fixar com os olhos um objecto familiar, como a face da mãe, e dirigir o olhar para um estímulo luminoso, mas a visão binocular é ainda muito incipiente.

Aos 3 meses o campo visual da criança tem cerca de 60° de amplitude e, pelos 4 - 5 meses a criança deverá seguir um objecto ou fonte luminosa, com os dois olhos, em 180°.

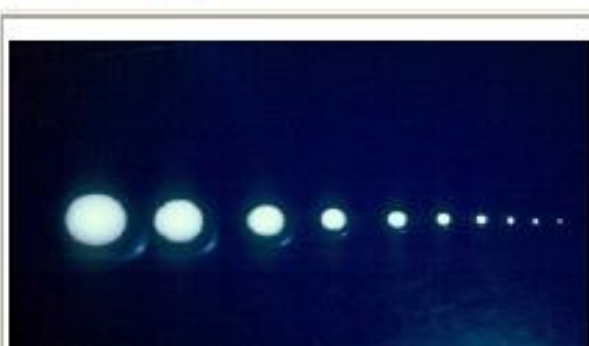
Tal como a amplitude, a profundidade do campo visual também aumenta progressivamente com a idade.

Aos seis meses já é possível fazer a avaliação da acuidade visual utilizando, por exemplo, ou a técnica do "olhar preferencial" (Figura 3.3) ou as bolas rolantes do STYCAR (Figura 3.4).

Contudo, em ambos os casos, não é possível estabelecer uma correspondência directa com os valores das escalas de optótipos que se utilizam para determinar a acuidade visual aos 5 anos. Indicam níveis de visão e revelam eventuais assimetrias entre os dois olhos.



**Figura 3.3: Técnica do "Olhar Preferencial"**  
O examinador coloca-se por trás da placa de teste e observa, através de um pequeno orifício, o olhar preferencial da criança para o estímulo estruturado



**Figura 3.4: Teste de STYCAR (bolas rolantes)**  
A criança deve reagir ao trajecto de bolas com tamanhos diferentes

#### d) Movimentos oculares; Visão binocular; Equilíbrio oculomotor

Uma correcta binocularidade só é possível com movimentos oculares normais e com visões equilibradas nos dois olhos. Caso contrário, um dos olhos poderá



**Figura 3.5: Teste de Hirschberg**  
(avaliar os reflexos luminosos nas córneas)

ser neutralizado e funcionalmente excluído em binocularidade, com instalação de uma ambliopia estrábica.

Aos 6 meses a criança já deverá ter a visão binocular estruturada, que será depois reforçada pela maturação, se houver boas condições bilaterais.

**Teste de Hirschberg** – Com a luz de uma lanterna, a cabeça da criança direita e imóvel e com os olhos em posição primária, avalia-se a posição dos reflexos luminosos projectados nas duas córneas, devendo o ponto luminoso estar centrado em ambas, no meio da área escura que corresponde à projecção das pupilas.

Desde o 6º mês os reflexos de Hirschberg devem ser normais (Ortoforia).

**Posições do olhar** – Movimentando depois a lanterna (ou um brinquedo) para as posições diagnósticas do olhar (Figura 12.11) e pedindo à criança que siga a luz (ou o brinquedo), observam-se as características dos movimentos de ambos os olhos: a sua uniformidade, a amplitude e o paralelismo dos

olhos durante o percurso, excluindo-se a existência de nistagmos e de paralisias dos músculos oculares externos. Nos movimentos verticais, de elevação e de abaixamento do globo ocular, é também analisada a motilidade das pálpebras, que deve deixar sempre desobstruído o eixo visual.

Pelo 6º mês de vida deve haver já um correcto alinhamento dos olhos.

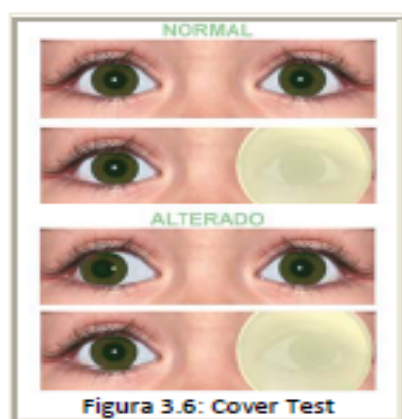


Figura 3.6: Cover Test

**Cover Teste** – O “Cover teste” é o exame essencial no estudo da binocularidade. Deverá ser tentado logo aos 6 meses, embora de difícil execução nesta idade.

Para o realizar não é necessário equipamento especial, apenas um ponto ou objecto de fixação e um oclutor, porém o teste requer algum treino para se obter a colaboração das crianças e para a correcta observação e interpretação dos movimentos dos olhos.

Em situação normal (ortoforia) não há qualquer movimento dos olhos, seja atrás do oclutor ou ao destapar, pois ambos os olhos se mantêm alinhados com o ponto de fixação, pese embora a oclusão de um deles.

### C. Avaliação aos 2 anos – Doc. de Referência I (preenchido em cada nível etário)

Aos 2 anos a avaliação é feita tal como aos 6 meses, sendo aqui a quantificação da acuidade visual mandatória.

#### Quantificação da Acuidade Visual

Em geral, após os 2½ – 3 anos de idade já é possível avaliar a acuidade visual utilizando optótipos. Para os mais pequenos, apenas optótipos de símbolos isolados. Aconselham-se os testes de Sheridan de 5 ou 7 letras ou os testes com imagens. Por vezes, até aos 4 anos, a acuidade visual não atinge ainda os 10/10<sup>4</sup>. Contudo, em qualquer criança, uma diferença de acuidade visual entre os dois olhos superior a 2/10 é anormal e deve ser sempre referenciada para melhor avaliação oftalmológica, com despiste de ambliopia.

### D. Avaliação aos 5 e aos 10 anos – Doc. de Referência II

É desejável que esta avaliação seja realizada aos cinco anos, esclarecendo situações duvidosas e possibilitando o encaminhamento e tratamento atempado das alterações, para que a criança tenha boas condições visuais no início da escolaridade obrigatória.

<sup>4</sup> Segundo a Academia Americana de Pediatria os valores “standard” a considerar para a acuidade visual em crianças são: 5/10 (20/40) aos 3-4 anos; 7/10 (20/30) entre os 4 e os 6 anos; 10/10 (20/20) na idade escolar (6 anos). Contudo, qualquer diferença superior a 2/10 entre os dois olhos não é normal.

Convém lembrar que uma criança pequena, antes da sua entrada na escola, não refere em geral queixas relacionadas com a visão, sobretudo se o problema for monocular.

### 1) Anamnese

No que respeita à história familiar e hereditária e à história da gravidez e do parto, já terão sido recolhidas nas avaliações anteriores.

A anamnese respeitando a história clínica da criança, o seu desenvolvimento motor e a informação sobre a utilização das suas funções visuais deverá ser continuamente pesquisada e registada, bem como eventuais intercorrências com interesse oftalmológico, nomeadamente a prescrição de óculos.

### 2) Exame objectivo

Deverá ter em conta:

#### a) Pálpebras e exame ocular externo

Conforme descrito na avaliação dos 2 meses:

Como generalidades de orientação para o exame ocular externo, devem ser analisadas as pálpebras e o pestanejo, a localização e orientação das pestanas, os fundos de saco conjuntivais e os pontos lacrimais, que devem estar patentes; A implantação dos globos oculares na órbita e os seus movimentos, a coloração da esclerótica, os vasos conjuntivais, a transparência e o diâmetro das cómeas (normal até 10 mm), a profundidade da câmara anterior, a íris e a área pupilar, que deve mostrar pupilas com diâmetros semelhantes e regularmente redondas.

#### b) Meios transparentes e fundo ocular

Conforme descrito na avaliação dos 2 meses:

Fazendo-se incidir a luz do oftalmoscópio a  $\pm$  50-60 cm do olho (exige técnica apurada) o orifício pupilar deve transmitir um reflexo avermelhado do fundo ocular, idêntico ao verificado em muitas fotografias, que exclui a presença de opacidades da cómea, do cristalino e do vítreo. Se o reflexo for esbranquiçado define-se uma leucocória ("pupila branca").

#### c) Capacidade visual em mono e binocularidade

**Reflexos fotomotores** – Os reflexos pupilares fotomotores, directo e consensual devem ser avaliados.



Figura 3.7: Reflexos pupilares fotomotores



Figura 3.8: Tabela de "E" de Snellen

**Acuidade visual** – Aos 5 anos, opta-se pelas tabelas de E de Snellen.

A determinação da Acuidade Visual deve ser feita separadamente para longe (6m) e para perto (30-40cm), em monocularidade e em binocularidade, sem correcção óptica e utilizando-a, quando existir.

Por vezes, até aos 4 anos, a acuidade visual não atinge ainda os 10/10.

Contudo, em qualquer criança, uma diferença de acuidade visual entre os dois olhos superior a 2/10 é anormal e deve sempre ser referenciada para melhor avaliação oftalmológica, com despiste de ambliopia.



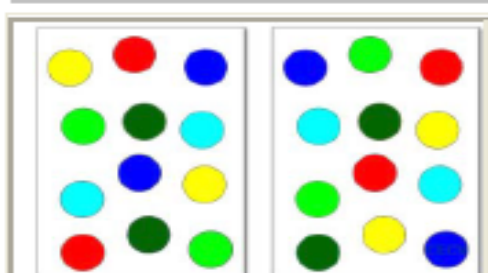


Figura 3.9: Teste de visão cromática

O examinador aponta um círculo colorido no seu cartão e pede à criança que aponte o círculo de cor igual no outro

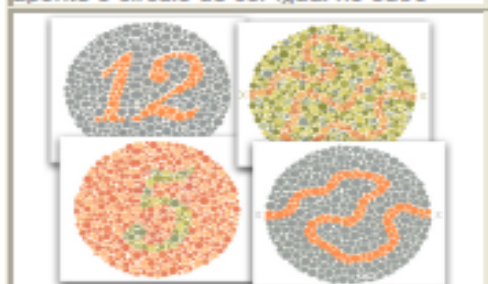


Figura 3.10: Testes de Ishihara

Cartões com diferenças cromáticas específicas onde a criança deve ler os algarismos ou encontrar a solução dos labirintos

#### d) Visão cromática

Embora não seja muitas vezes um exame de rotina na avaliação da criança, o estudo da visão cromática é útil e fácil de executar. As perturbações na percepção das cores, sobretudo se forem desconhecidas, interferem no desenvolvimento global da criança e no seu rendimento escolar.

É bom lembrar que a criança em idade pré-escolar poderá distinguir as cores primárias (vermelho, verde e azul), mas não ser ainda capaz de as identificar pelo nome.

Os testes comparativos, como a utilização de pares de canetas de formato igual com as três cores primárias (ou de diversos círculos colados num cartão), são suficientes para a avaliação da visão cromática aos 4 anos.

Os labirintos do teste de Ishihara podem, com vantagem, ser utilizados a partir dos 5 anos.

#### e) Campos visuais

Em crianças pequenas a avaliação dos campos visuais poderá ser feita utilizando o método de confrontação.

Pode ainda ser feita com as bolas montadas dos testes de STYCAR (bolas de 13mm e 3 mm de diâmetro, montadas numa fina haste negra).

A avaliação deve ser feita em ambos os lados e nos diversos quadrantes, tendo especial atenção para que a fixação se mantenha sempre em posição primária.

#### f) Movimentos oculares, visão binocular e equilíbrio oculomotor

Teste de Hirschberg – conforme descrito na avaliação dos 6 meses.

Posições do olhar – conforme descrito na avaliação dos 6 meses.

Cover Teste – conforme descrito na avaliação dos 6 meses.



Figura 3.11: Wirt-Titmus

**Estereopsia** – Os testes de estereopsia dão uma indicação útil sobre o funcionamento sensorial da visão binocular e, quando normais, mostram a existência de percepção simultânea e de uma boa capacidade de fusão das imagens recolhidas pelos dois olhos. Um dos testes mais utilizados é o estereoteste polarizado de Wirt-Titmus (teste da mosca), onde a dissociação da imagem que é apresentada aos dois olhos é feita colocando óculos com filtros que polarizam a luz segundo direcções cruzadas. Da fusão das imagens recebidas por cada olho, resulta a noção tridimensional de estereopsia.

### 3.3 - REFERENCIAÇÃO

As avaliações suspeitas ou em que haja detecção de alterações devem ser encaminhados/referenciados para uma consulta de oftalmologia, conforme a “Rede de Referenciação Hospitalar de Oftalmologia”.

Este programa destina-se a ser implantado sob orientação local dos Centros de Saúde que conhecem os recursos e articulam os diferentes prestadores de cuidados.

Com o pedido de marcação da consulta de Oftalmologia deverá ser enviada cópia do “Documento de Informação Clínica para Referenciação”, com registo da alteração detectada ou suspeita. Deve ser dada, pela Oftalmologia, informação de retorno.

Esquema da Avaliação da Saúde da Visão da Criança

IDADES		2 meses	6 meses	2 anos	5 e 10 anos
<b>ANAMNESE</b>					
	História familiar e hereditária	Preencher na 1ª observação			
	História da gravidez e parto	Preencher na 1ª observação			
	História pessoal e desenvolvimento	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>EXAME OBJECTIVO</b>					
	Pálpebras	Sim	Sim	Sim	Sim
	Exame Ocular Externo	Sim	Sim	Sim	Sim
	Meios Transparentes e reflexo do fundo ocular	Sim	Sim	Sim	Sim
	Capacidade visual				
	Reflexos fotomotores	Sim	Sim	Sim	Sim
	Fixação e perseguição	—	Sim	Sim	—
	Acuidade visual	—	—	Sim	Sim
	Visão cromática (Ishihara)	—	—	—	Sim
	Campos visuais	—	—	—	Sim
	Movimentos Oculares, Visão Binocular e Equilíbrio Oculomotor				
	T. Hirschberg	—	Sim	Sim	Sim
	Posições do olhar	—	Sim	Sim	Sim
	Cover test	—	Sim	Sim	Sim
	Estereopsia	—	—	—	Sim