

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

**Normalização de procedimentos para o ano letivo
2018/2019**



plano regional de
SAÚDE AÇORES

SUMÁRIO

1. POPULAÇÃO ALVO.....	4
1.1. Escolas Profissionais.....	4
2. GABINETES DE APOIO À PROMOÇÃO DA SAÚDE (GAPS).....	5
3. CONSENTIMENTO INFORMADO.....	5
4 – CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPAS	6
4.1. Equipas das USI/CS.....	6
4.2. Equipas das UO.....	8
4.3. Competências dos coordenadores.....	8
5 – SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS JOVENS (SVCRJ)	8
6 – PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE SEGURO	9
6.1 - Vistorias.....	9
6.2. Acidentes.....	11
7.NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS	11
8.EVICÇÃO ESCOLAR.....	12
9.REGISTOS MEDICINEONE	14
10.MONITORIZAÇÃO SAÚDE ESCOLAR	15
11.EXAME GLOBAL DE SAÚDE.....	16
11.1. Crianças seguidas no Pediatra.....	16
11.2. – Rastreios.....	17
12.PLANO REGIONAL DE VACINAÇÃO	23
13.PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL	24
14.PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA LITERACIA EM SAÚDE.....	24
15.ORGANIZAÇÃO DO PASE	31
15.1. Introdução.....	31
15.2. Objetivos/intervenções.....	31
15.3. Cronograma.....	32
15.4. Conclusão	32
15.5. Prazos	32

Siglas

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

DRE – Direção Regional da Educação

DRPCD – Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências

EGS – Exame Global de Saúde

EPS – Educação para a 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

PONTO I - ENQUADRAMENTO

O presente manual tem como principal objetivo a normalização de procedimentos para todas as equipas de saúde escolar da Região Autónoma dos Açores (RAA) no âmbito da Área de Intervenção para a Promoção a Saúde em Contexto Escolar, prevista no Plano Regional de Saúde 2014-2016, com extensão a 2020, nos termos da Resolução do Conselho do Governo n.º 149/2015 de 5 de outubro de 2015.

As equipas de saúde escolar devem basear-se nas definições e orientações do presente manual para a realização do **PASE 18/19** e anos subsequentes, se aplicável.

1. POPULAÇÃO ALVO

Mantém-se o objetivo de abranger todas as crianças e jovens, em idade escolar, da educação pré-escolar ao ensino básico, secundário e profissional, bem como de outros programas, 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 ou outros estabelecimentos/instituições de apoio a crianças em situação considerada mais vulnerável ou de risco.

Tendo por base que a Escola é um organismo que agrega bem mais do que as necessidades só dos alunos, constituem-se também como população alvo da saúde escolar, a população docente e não docente de todas as UO.

1.1. Escolas Profissionais

No ano letivo 2018/2019 pretende-se efetivar a inclusão das escolas profissionais na área de intervenção da saúde escolar, indo ao encontro do previsto para a área da saúde na Estratégia Regional de Combate à Pobreza e Exclusão Social 2018-2028 e no Plano de Ação Regional para os Comportamentos Aditivos e Dependências.

Assim, a DRPCD enviará para todas as Escolas Profissionais da RAA (à exceção das que já colaboram) ofícios convite a solicitar que estas cooperem com as equipas de saúde escolar da sua área de abrangência.

As equipas de saúde escolar devem reunir com as escolas profissionais no início do ano letivo, calendarizando as intervenções a realizar - **vacinação e educações para a Saúde**, sendo estas

últimas definidas conforme as necessidades detetadas pela própria escola e decorrente dos resultados do SVCRJ (quando aplicável). Às escolas profissionais não é exigida a realização das vistorias, nem a monitorização dos acidentes e EGS.

2. GABINETES DE APOIO À PROMOÇÃO DA SAÚDE (GAPS)

Para a conceção, dinamização e utilização dos GAPS devem ser cumpridas as indicações descritas no artigo 8º do Decreto Legislativo Regional nº 8/2012/A de 16 de março.

Para além do definido no artigo do parágrafo anterior, devem as equipas de saúde escolar registar todas as atividades/ações/consultas efetuadas no GAPS, sendo que para tal podem utilizar a folha de registo (**anexo I**) deste manual. Esta documentação deve ficar arquivada em pasta própria do GAPS.

Para o relatório final de 2018/2019 devem ser incluídas as seguintes informações: *Número de ações efetuadas; distribuição por temática; e distribuição por público-alvo.*

3. CONSENTIMENTO INFORMADO

Para o consentimento informado referente às atividades a desenvolver no ano letivo 18/19, e de modo a não prejudicar o desenvolvimento das competências por parte dos alunos, mantém-se o modelo utilizado no ano letivo transato.

Assim, deverá ser disponibilizada informação aos Encarregados de Educação e a possibilidade de recusa de participação nas respetivas ações (**anexo II**), nos seguintes modos

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: matrículas, 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 do documento para o seu efeito (**anexo II**) 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.

Nota: com a entrada em vigor do novo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados em maio de 2018, poderão ser necessários alguns ajustes à intervenção da Saúde Escolar, nomeadamente a inserção de alguns aspetos que não se encontravam previstos no presente modelo de consentimento informado – a atualizar ao longo do ano.

4 – CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPAS

4.1. 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.

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.

Assim, e tendo em conta que a população-alvo da saúde escolar tem aumentado, bem como as suas necessidades (ex: inclusão das escolas profissionais, campanha vacinação Sarampo) e tendo por base que a Escola é um organismo que agrega bem mais do que as necessidades só dos alunos, a alocação de recursos deverá ser de 24 horas semanais por enfermeiro por cada **2500 elementos da comunidade escolar** (inclui alunos do regular e das escolas profissionais, docentes e não docentes).

O rácio deverá também 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 DRPCD.

Outros profissionais da USI/CS, tais como o médico dentista, técnico de saúde ambiental, técnico de serviço social, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, 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.

À semelhança do ano transato, as **Unidades de Saúde Pública (USP)** devem ser incluídas nas atividades da SE. Neste momento, e uma vez que apenas está criada a USP da USI de São Miguel, as ESE da referida USI devem reunir com a respetiva USP no início do ano letivo para a elaboração do PASE, definindo quais as atividades que a USP pode dinamizar/orientar/colaborar ao longo do ano letivo.

4.2. 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**.

4.3. 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 DRPCD e a DRE.

5 – SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS JOVENS (SVCRJ)

O sistema de Vigilância de Comportamentos de Risco em Jovens (SVCRJ) resultou da adaptação do Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS), criado em 1991 pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e já foi aplicado em mais de 2,6 milhões de alunos. O mesmo monitoriza seis categorias de comportamentos de risco relacionados com a saúde nos jovens: 1) comportamentos que contribuem para as lesões acidentais e violência; 2) o uso de tabaco; 3) de álcool e outras drogas; 4) comportamentos sexuais que contribuem para gravidez indesejada

e doenças sexualmente transmissíveis; 5) comportamentos alimentares não saudáveis; e 6) a inatividade física.

Este questionário foi o "escolhido" para monitorização da atividade da saúde escolar porque além de obter os dados considerados fundamentais para a intervenção da saúde escolar, o CDC permitia a sua utilização livre (versão em inglês), não necessitando de autorização para o efeito, o que proporcionou a que a sua tradução e respetivas alterações à realidade regional não fossem devidamente validadas. Neste sentido, foi solicitada a colaboração da UAç para a validação do questionário, tendo sido feita a adaptação durante o início do ano de 2018. Assim, e para conclusão do processo será necessário proceder à realização dos pré-testes, tanto no ensino regular, como no ensino profissional.

Assim, durante o ano letivo de 2018/2019 serão realizados os pré-testes, ficando a aplicação efetiva dos questionários para o ano letivo 2019/2020. Determina-se também, e por decisão unânime entre as várias coordenações locais para a saúde escolar, (por uma questão de efetividade das respostas) que o SVCRJ passe a ser aplicado de 2/2 anos, sendo aplicado no ano letivo 2019/2020 e 2021/2022.

6 – PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE SEGURO

6.1 - Vistorias

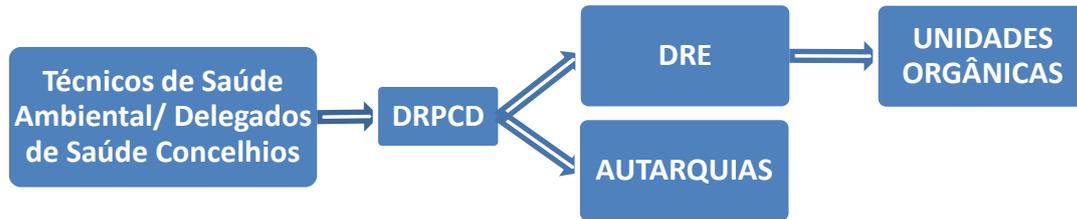
A avaliação das possíveis situações de risco é uma forma de conhecer a vulnerabilidade das instalações, dos equipamentos e do ambiente com o objetivo final de os eliminar, ou quando tal não é possível, de os minimizar.

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.

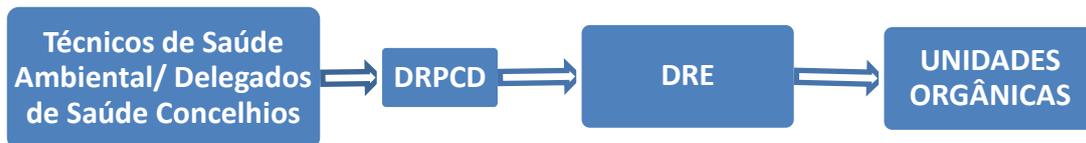
A DRPCD, no primeiro trimestre 2018, procedeu à realização de uma tabela de monitorização das vistorias recebidas no ano letivo transato que, além de agregar as informações mais importantes, nomeadamente as inconformidades mais graves, pretende estabelecer comparação com as informações das vistorias recebidas no presente ano letivo (2017/2018).

Esta informação agregada será enviada a todas as coordenações da saúde escolar e acompanhará os relatórios das vistorias, no seu circuito habitual:

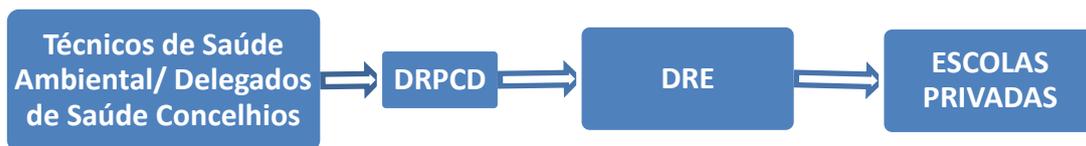
1. RELATÓRIOS REFERENTES ÀS ESCOLAS DE EB1/JI



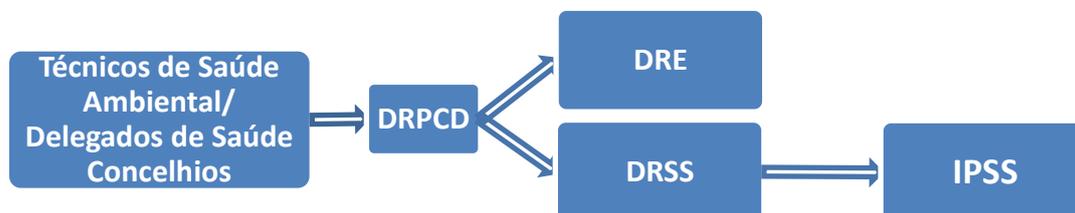
2. RELATÓRIOS REFERENTES ÀS ESCOLAS DE EB 1,2,3 E SECUNDÁRIO E ESCOLAS PROFISSIONAIS



3. RELATÓRIOS REFERENTES ÀS ESCOLAS DE ENSINO PARTICULAR



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



Considerando que a interrupção letiva no verão se torna insuficiente para a correção das inconformidades detetadas pelas vistorias efetuadas pelos técnicos de saúde ambiental/delegados de saúde, as mesmas passarão a ser realizadas de 2em 2 anos.

Assim, a próxima 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 2019/2020 (3º período)** para que as escolas beneficiem de um maior período de tempo para procederem à correção das inconformidades.

São indicações para o ano letivo 2019/2020, na realização do relatório, as informações do técnico de saúde ambiental/delegado de saúde concelhio sobre 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. Mantem-se a obrigatoriedade na utilização dos formulários, da autoria da DGS e adaptados à RAA.

6.2. 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 (os formulários, da autoria da DGS e adaptados à RAA, serão enviados conjuntamente com o presente manual, em documento isolado), 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.

7. NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

Em Saúde Escolar, consideram-se Necessidades de Saúde Especiais (NSE) as que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem. Nem todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais têm NSE, sendo a recíproca igualmente verdadeira¹.

A necessidade de uniformização dos registos das crianças com NSE, levou a que ficasse determinado que no processo de identificação das referidas crianças, sejam tidos em conta 2 aspetos:

- a definição de Necessidades de Saúde Especiais da DGS;
- a elaboração de um PSI (Plano de Saúde Individual) ou de um PEI (Programa Educativo Individual)

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.

¹ <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/necessidades-de-saude-especiais-.aspx>

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.

8. EVICÇÃO ESCOLAR

Promover o cumprimento da legislação de Evicção Escolar (Artigo 14.º e 15.º do Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A):

Artigo 14.º Evicção escolar

1 - São afastados da frequência escolar e demais atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino, pelos prazos adiante fixados, os discentes, pessoal docente e não docente quando atingidos pelas seguintes doenças:

a) Difteria - o afastamento deve manter-se até à apresentação de duas análises negativas dos exsudados nasal e faríngeo, feitas com o mínimo de vinte e quatro horas de intervalo e após vinte e quatro horas de suspensão do tratamento antimicrobiano;

b) Escarlatina e outras infeções nasofaríngeas por estreptococo hemolítico do grupo A - o afastamento deve manter-se até à cura clínica, devendo, contudo, terminar após a apresentação de análise do exsudado nasofaríngeo negativa para o estreptococo hemolítico do grupo A, exceto no caso de início de antibioticoterapia correta, comprovada por declaração médica, em que o afastamento termina vinte e quatro horas após o início do tratamento;

c) Febre tifoide e paratifoide - o afastamento deve manter-se pelo menos durante quatro semanas após o início da doença e até à apresentação de três análises de fezes negativas, colhidas com um mínimo de vinte e quatro horas de intervalo e não antes de quarenta e oito horas após a interrupção da terapêutica antibiótica; se as análises se mantiverem positivas, o afastamento pode ser suspenso de acordo com a apresentação de declaração comprovativa da autoridade de saúde concelhia;

d) Hepatite A - o afastamento deve manter-se pelo menos durante sete dias após o início da doença ou até ao desaparecimento da icterícia, quando presente;

e) Hepatite B - o afastamento deve manter-se nos casos de doença aguda e até à cura clínica; nos portadores crónicos com ou sem doença hepática ativa deve manter-se também o afastamento quando se verificarem dermatoses exsudativas ou coagulopatias com tradução clínica e em fase de hemorragia ativa;

f) Impetigo - o afastamento deve manter-se até à cura clínica ou até à apresentação de declaração médica comprovativa da não existência de risco de contágio;

g) Infeções meningocócicas - meningite e sepsis - o afastamento deve manter-se até à cura clínica;

h) Parotidite epidémica - o afastamento deve manter-se por um período mínimo de nove dias após o aparecimento da tumefação glandular;

i) Poliomielite - o afastamento deve manter-se até ao desaparecimento dos vírus nas fezes, comprovado através de análise;

j) Rubéola - o afastamento deve manter-se pelo período mínimo de sete dias após o início da exantema; em função do risco de contágio deve proceder-se ao afastamento das mulheres grávidas com menos de 20 semanas de gestação, até ao esclarecimento dos resultados serológicos para o vírus da rubéola, e quando estas não se encontrem imunologicamente protegidas;

k) Sarampo - o afastamento deve manter-se pelo período mínimo de quatro dias após o início da exantema;

l) Tinha - o afastamento deve manter-se nos casos de tinha do couro cabeludo até à apresentação de declaração médica comprovativa de que o doente está a efetuar o tratamento adequado. No

caso de tinea dos pés, unhas e outras localizações cutâneas é obrigatória a exclusão de atividades ou de locais de maior perigo de contágio, nomeadamente piscinas e balneários, até à cura clínica ou até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio;

m) Tosse convulsa - o afastamento deve manter-se durante 5 dias após o início da antibioticoterapia correta. Na ausência de tratamento deve manter-se o afastamento pelo período de 21 dias após o estabelecimento dos acessos paroxísticos de tosse;

n) Tuberculose pulmonar - o afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio passada com base no exame bacteriológico;

o) Varicela - o afastamento deve manter-se durante um período de cinco dias após o início de erupção.

2 - São afastados da frequência escolar e demais atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino, pelo prazo adiante fixado, os discentes, pessoal docente e não docente nas situações em que coabitem ou tenham contactos com indivíduos atingidos pelas seguintes doenças:

a) Difteria - o afastamento deve manter-se durante sete dias, podendo, contudo, terminar antes desse prazo, mediante a apresentação de duas análises negativas dos exsudados nasal e faríngeo colhidas com, pelo menos, vinte e quatro horas de intervalo;

b) Poliomielite - o afastamento deve manter-se até à comprovação de ausência de vírus nas fezes nos indivíduos não corretamente vacinados;

c) Tosse convulsa - o afastamento deve manter-se durante um período mínimo de cinco dias após o início da antibioticoterapia profilática adequada, nos indivíduos com menos de 7 anos de idade e não corretamente vacinados;

d) Infecções meningocócicas - meningite e sepsis - o afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa do início da quimioprofilaxia adequada.

3 - A ocorrência de qualquer outra doença transmissível além das mencionadas nos números anteriores pode determinar o afastamento obrigatório dos atingidos ou dos «contactos», sendo a sua duração fixada pelo delegado de saúde concelhio, com base na legislação sanitária em vigor, em instruções emanadas pela direção regional competente em matéria de saúde ou em recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Artigo 15.º Competência para determinar a evicção

1 - Compete ao **delegado de saúde concelhio**, nos termos da regulamentação específica, **determinar a evicção dos alunos, pessoal docente e não docente dos estabelecimentos de educação e de ensino**, em caso de suspeita de estarem atingidos por algumas das doenças referidas no artigo anterior.

2 - A evicção escolar cessa mediante declaração médica de cura clínica ou de inexistência de doença, sem prejuízo dos prazos referidos no artigo anterior.

3 - Os **profissionais de saúde estão obrigados a comunicar** ao delegado de saúde concelhio todos os casos de que tenham conhecimento no exercício da sua atividade e que relevem para efeitos de aplicação do presente diploma.

4 - Os médicos que no exercício da sua profissão suspeitem ou confirmem a existência entre os discentes, pessoal docente e não docente dos estabelecimentos de educação e de ensino de qualquer das doenças mencionadas no artigo anterior devem comunicá-lo, no prazo máximo de quarenta e oito horas, ao delegado de saúde concelhio.

Artigo 16.º Despiste, comunicação e suspensão da atividade

1 - O órgão executivo da unidade orgânica sempre que conheça ou suspeite da existência de uma doença infetocontagiosa entre os alunos ou entre o pessoal docente e não docente deve afastar provisoriamente o portador da doença e comunicar de imediato o facto ao delegado de saúde concelhio, a fim de que possam ser tomadas as providências necessárias.

2 - O delegado de saúde concelhio pode determinar o afastamento do indivíduo ou indivíduos afetados em caso de suspeita de serem portadores de alguma das doenças contagiosas mencionadas no presente diploma, terminando esse afastamento logo que não se confirme a existência da doença.

3 - Sem prejuízo das competências atribuídas nos termos da regulamentação específica às autoridades de saúde, cabe à direção regional competente em matéria de administração educativa, ouvido o delegado de saúde concelhio, determinar a suspensão da atividade escolar nos estabelecimentos de educação ou ensino onde se conheça ou suspeite a existência de foco de doença infetocontagiosa.

É fundamental, para que as situações da evicção escolar sejam contabilizadas nos RASE, que a equipa de saúde escolar tenha conhecimento destas. Assim, cabe ao órgão executivo da unidade orgânica sempre que conheça ou suspeite da existência de uma doença infetocontagiosa entre os alunos ou entre o pessoal docente e não docente, além de comunicar de imediato o facto ao delegado de saúde concelhio, que notifique também o elemento da saúde escolar da respetiva unidade orgânica, que posteriormente informará o elemento da saúde escolar da unidade de saúde respetiva.

9. REGISTOS MEDICINEONE

No sentido de obter uma avaliação mais efetiva das ações em saúde escolar, serão contabilizadas todas as consultas (contactos diretos e indiretos), realizadas em contexto escolar.

Para tal, e como o programa M1 apenas permite o registo de forma individual, as atividades terão que ser registadas na ficha individual de cada aluno/pessoal docente e não docente. Para a extração dos dados (através do SISA), tendo em conta que o referido programa apenas contabiliza 1 programa de saúde por consulta, para se garantir a contabilização da Saúde Escolar em determinado contacto, esse **programa terá de ser selecionado em exclusivo, sendo necessário desativar os restantes**. Se o utente for uma criança, o M1 ativa por defeito o Programa de “Saúde Infantil” e, se forem selecionados dois programas como a Saúde Infantil e Saúde Escolar, só vai ser contabilizado 1 programa. Neste caso, a Saúde Infantil irá prevalecer

sobre a Saúde Escolar. Foi definida uma hierarquia de contabilização de programas de saúde, que remetemos infra:

- 1 Planeamento Familiar
- 2 Saúde Materna
- 3 Rastreio Oncológico
- 4 Hipertensão
- 5 Diabetes
- 6 Saúde Infantil
- 7 Saúde Adultos
- 8 Tuberculose
- 9 Visitação Domiciliária
- 10 Intervenção Precoce
- 100 Vacinação
- 101 Saúde Comunitária
- 102 Saúde Escolar

O mesmo se aplica a um adulto que por defeito assume o programa “Saúde Adultos” ou outros já associados.

Já está disponível no SISA um relatório que permite retirar a informação do nº de consultas por programa de saúde realizadas por profissionais médicos e não médicos. Assim, os dados serão fornecidos pela DRPCD no final do ano letivo e organizados por profissional com consultas no âmbito do programa de saúde escolar. Os dados serão contabilizados no período compreendido entre 1 de setembro de 2018 e 30 de julho de 2019.

10.MONITORIZAÇÃO SAÚDE ESCOLAR

Para a concretização de todas as atividades previstas no PASE, é fundamental, praticamente em todas as realidades, a colaboração dada por vários parceiros (PSP, Serviços de Bombeiros, Associação de Planeamento familiar...etc). No entanto, e para que não sejam duplicadas intervenções e sobretudo para que não sejam utilizadas metodologias desajustadas, as ESE devem reunir com todos os parceiros no início do ano letivo no sentido da discussão dos melhores procedimentos a adotar, tendo em conta a temática e população alvo da intervenção.

Frequentemente ocorrem situações em que as escolas são solicitadas a participar em diversas atividades/ações/estudos, sem que as mesmas sejam do conhecimento das ESE, o que muitas vezes leva à duplicação de recursos e de abordagens, sobrecarregando as unidades orgânicas.

Assim, a DRPCD emitirá uma informação para os departamentos governamentais que normalmente solicitam a colaboração das unidades orgânicas, para que todas essas solicitações sejam efetuadas via ESE (quer através dos elementos da saúde quer através do elemento da escola da ESE).

Incumbe também à DRE informar os CE de todas as OU que, sempre que estes decidam convocar um parceiro externo para alguma intervenção, seja dado conhecimento desta situação, com a devida antecedência, ao elemento da saúde escolar da respetiva UO.

11. EXAME GLOBAL DE SAÚDE

No início do ano letivo serão fornecidas, pela DRPCD às ESE das USI/CS, a listagem das crianças nascidas nos anos preconizados para a realização do EGS (**2012, 2005 e 2006**) 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 2012**) 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 2005 e 2006**) 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 IV**).

11.1. Crianças seguidas no Pediatra

É uma dificuldade sentida a contabilização dos EGS realizados nas idades chave às crianças seguidas nos Pediatras, logo, sem registo na plataforma informática *MedicineOne*. É de salientar o esforço das equipas de saúde escolar na recolha dos dados que permitem a correção das taxas de concretização dos EGS, mas trata-se de uma atividade que consome demasiado tempo às coordenações das equipas e aos profissionais (enfermeiros) alocados localmente à saúde escolar, que tem disponibilidade de horário reduzida ou inexistente.

Assim, a DRPCD encetará procedimentos junto da Ordem dos Médicos para que seja definido um fluxograma de circuito desta informação (EGS efetuado), facilitador, em primeira instância para os utentes, mas também para todos os profissionais de saúde envolvidos.

11.2. – 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 V**).

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

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

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

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).

Consultas	
Índice de massa corporal	?
Tensão Arterial sistólica	
Tensão Arterial diastólica	
Frequência Cardíaca	
Temperatura	
Dentição	
Nº dentes maxilar superior	
Nº dentes maxilar inferior	
Exame Objectivo	
Exame Global de Saúde Realizado	<input type="checkbox"/>
Estado geral	<input checked="" type="checkbox"/>
Estado nutricional	<input type="checkbox"/>
Pele e mucosas normais	<input checked="" 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"/>

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 V**).

*O formulário presente no **anexo V** deve ser sempre utilizado (para registo), mesmo que 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 referenciação 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. On the left is a sidebar menu with the following items: Terapêutica, MCDTs, Referenciação, Atos Médicos, Intervenções de enfermagem, Ensino, Vacinação, Antecedentes, Baixas, Diagramas, Protocolos, Decisão terapêutica, Cirurgias, Estadiamentos, Internamentos, and Saúde Infantil. The main area displays a patient record with two sections: 'Biometria' and 'Dentição'. The 'Biometria' section contains a table with the following data:

Parâmetro	Valor
Peso (Kg)	3,22
Altura (cm)	
Perímetro cefálico (mm)	
Índice de massa corporal	?
Tensão Arterial sistólica	
Tensão Arterial diastólica	
Frequência Cardíaca	
Temperatura	

The 'Dentição' section contains a table with the following data:

Parâmetro	Valor
Nº dentes maxilar superior	
Nº dentes maxilar inferior	

Red boxes highlight the 'Peso (Kg)' and 'Altura (cm)' rows in the 'Biometria' table, and the 'Tensão Arterial sistólica' and 'Tensão Arterial diastólica' rows in the 'Biometria' table, and the 'Nº dentes maxilar superior' and 'Nº dentes maxilar inferior' rows in the 'Dentição' table. Blue brackets on the right side of the table group these rows under 'Responsabilidade da Enfermagem' (covering 'Peso (Kg)', 'Altura (cm)', 'Tensão Arterial sistólica', and 'Tensão Arterial diastólica') and 'Responsabilidade Médico Dentista' (covering 'Nº dentes maxilar superior' and 'Nº dentes maxilar inferior').

Exame Objectivo

Exame Global de Saúde Realizado	<input type="checkbox"/>	Responsabilidade Médico Família/SE
Estado geral	<input checked="" type="checkbox"/>	
Estado nutricional	<input type="checkbox"/>	
Pele e mucosas normais	<input checked="" 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)		
Fontanela (tipo)		
Permeabilidade da fontanela	<input checked="" type="checkbox"/>	

Exame neurológico

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.

12. PLANO REGIONAL DE VACINAÇÃO

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

- **Crianças nascidas em 2005 e 2012;**
- **Docentes e não docentes² (assistentes operacionais, assistentes técnicos e técnicos superiores, tanto dos quadros de escola como de programas profissionais);**

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).

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 (tabela de excel dos anos anteriores - sugere-se continuidade), 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.

² Incluir a verificação do estado vacinal quanto à VAS/VASPR

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 listagens de alunos.

13.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.

As ESE devem articular, sempre que se justifique, com os Núcleos de Apoio de Crianças e Jovens em Risco constituídos nas USI e vice-versa. 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. É importante salvaguardar que se concretiza a ligação das orientações do pedopsiquiatra/psicólogo aquando definição do PEI.

14.PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA LITERACIA EM SAÚDE

Considerando as temáticas consideradas emergentes para a Secretaria Regional da Saúde e tendo em conta que a adoção de estilos de vida saudáveis não é concretizável num curto espaço de tempo, nomeadamente num ano letivo, pretende-se que as temáticas obrigatórias sejam desenvolvidas ao longo de um espaço temporal mais alargado (3 anos) e que seja utilizada a metodologia de trabalho-projeto que está em vigor em algumas unidades de saúde/escolas em Portugal Continental e que tem a chancela da DGS (documento adaptado para a RAA a ser enviado conjuntamente com o presente manual). As temáticas deverão ser abordadas conforme as orientações da tabela infra, constituindo-se esta como o “patamar mínimo”, podendo ser realizadas sempre que possível para as ESE, mais sessões de educação para a saúde nas temáticas definidas. A metodologia de trabalho por projeto é para ser utilizada apenas nas temáticas obrigatórias (as definidas na tabela).

Os objetivos das sessões tiveram por base as orientações do Referencial de Educação para a Saúde, disponível em <http://dge.mec.pt/noticias/educacao-saude/referencial-de-educacao-para-saude>.

Nota: no ano letivo 2018/2019, em algumas escolas da RAA, será aplicado o **Projeto CrAdLiSa**. O Projeto de Investigação CrAdLiSa – Açores, integra-se no projeto nacional CrAdLiSa – Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde - da Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde (ProLiSa). Tem como objetivos avaliar os níveis de Literacia para a Saúde em estudantes do 3º ciclo e secundário da rede escolar pública da Região Autónoma dos Açores e analisar o seu efeito na promoção da saúde e nos estilos de vida desta população. A participação no estudo consistirá no preenchimento, em contexto escolar, de um questionário online, o European Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EUPT), autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. O tratamento estatístico dos dados (descritivo e inferencial) será efetuado pela Rede ProLiSa. A análise e discussão dos outputs estatísticos será da responsabilidade da equipa de projeto regional. O estudo permitirá o diagnóstico de situação em termos de Literacia para a Saúde na população envolvida no estudo, contribuindo para a tomada de decisão estratégica e operacional no que respeita à definição de estratégias de promoção da Literacia para a Saúde no contexto regional e nacional.

Ao longo do ano letivo serão fornecidas mais informações relativamente a este projeto.

Ciclo de Ensino	Ano de ensino	Temática	Sessões/objetivos das sessões
Educação Pré-escolar	-	Alimentação saudável	<u>1 sessão</u> - Compreender a importância do pequeno-almoço
	-	Saúde oral	<u>1 sessão</u> - Compreender a importância da higiene oral
1º ciclo	2º ano	Alimentação saudável	<u>1 sessão</u> - Adotar a prática da ingestão do pequeno-almoço; distinguir um pequeno-almoço saudável e completo de outro não completo <u>1 sessão</u> – Ingestão diária de fruta e sopa de legumes
	2º ano	Saúde oral	<u>1 sessão</u> - Reconhecer a importância da higiene oral e dos hábitos de escovagem de dentes após as principais refeições
	3º ano	Violência em meio escolar	<u>1 sessão</u> - Identificar comportamentos que magoam o outro e formas de os evitar; identificar comportamentos que magoam o próprio e formas de o evitar; distinguir episódios isolados ou persistentes; identificar formas de violência ativa ou passiva, verbal ou agida, psicológica ou física. <u>1 sessão</u> - Identificar o fenómeno de bullying; exprimir a agressividade de forma assertiva na resolução de conflitos; construir uma resposta positiva em situações de violência.
	4º ano	Tabaco (exposição ao fumo ambiental)	Programa Domicílios e Carros 100% Livres de Fumo (<u>7 sessões</u> da competência do docente com formação)
	Ao longo dos 4 anos	Saúde afetivo-sexual	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;
	5º ano	Violência em meio escolar	<u>1 sessão</u> - Descrever o sofrimento emocional subjacente a comportamentos autoagressivos; capacitar para a negociação e mediação; analisar e prevenir comportamentos de bullying e de cyberbullying.
2º ciclo	Ao longo dos 2 anos	Saúde afetivo-sexual	Puberdade: aspetos biológicos e emocionais; O corpo em transformação; Normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas; Diversidade, tolerância e respeito; Sexualidade e género; Diferentes orientações sexuais; Dimensão ética da sexualidade humana; Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório; Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas; Reprodução humana e crescimento; Contraceção e planeamento familiar.
	6º ano	Álcool	<u>1 sessão</u> - Conhecer as consequências do consumo de risco, nocivo e excessivo de bebidas alcoólicas; identificar a redução na expectativa de vida das pessoas causada pelo consumo nocivo e/ou abusivo de bebidas

			<p>alcoólicas; identificar as consequências do consumo de álcool durante a adolescência nos processos de maturação do sistema nervoso central e fígado.</p> <p><u>1 sessão</u> - Identificar e avaliar os fatores individuais facilitadores do consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente a normalização do consumo, as crenças e, as expectativas, e os contextos; identificar os fatores culturais e sociais que induzem ou inibem o consumo de bebidas alcoólicas (media, marketing, redes sociais); analisar factos, mitos e crenças associados ao álcool; identificar e analisar estratégias de promoção do consumo de bebidas alcoólicas em alguns contextos (happy hours, reduções de preços).</p>
3º ciclo	Ao longo dos 3 anos	Saúde afetivo-sexual	<p>Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana; Dimensão ética da sexualidade humana; Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (ex: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária); Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos; Compreensão da epidemiologia e prevalência das principais DST em Portugal e no mundo, bem como os métodos de prevenção; Proteção do próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais e violência nas relações amorosas; Gravidez e maternidade na adolescência (análise de taxas e tendências e exploração das suas causas e consequências); Interrupção voluntária da gravidez (conhecimento das taxas e tendências, suas sequelas e respetivo significado); Planeamento familiar e compreensão da noção de parentalidade, no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável; O enamoramento.</p>
	7º ano	Tabaco	<p><u>1 sessão</u> - Identificar fatores individuais protetores da iniciação tabágica (conhecimento sobre os riscos, adequada perceção do risco, autoestima, assertividade, capacidade de resolução de problemas, autonomia); identificar os fatores familiares que protegem da iniciação do consumo (casa livre de fumo, exemplo dos pais e dos irmãos mais velhos);</p>

			<p>identificar os fatores culturais e sociais que induzem ou inibem o consumo de tabaco (media, marketing, redes sociais);</p> <p><u>1 sessão</u> - analisar factos, mitos e crenças associados ao tabaco; distinguir fatores sociais que protegem do consumo e da exposição ao fumo do tabaco (legislação do tabaco).</p>
	8º ano	Outras substâncias psicoativas (SPA)	<p><u>1 sessão</u> - Identificar e distinguir o significado de conceitos fundamentais nos comportamentos aditivos e dependências: - Comportamentos Aditivos; Dependência; Tolerância; Abstinência de consumos; - Toxicodependência; Substância Psicoativa; Dependências sem substância.</p> <p><u>1 sessão</u> - Identificar fatores que influenciam os comportamentos aditivos e as dependências;</p> <p>Analisar e categorizar dimensões e fatores que influenciam os comportamentos aditivos e as dependências: Psicológico, Físico, Individual, Familiar, Socioeconómico e Cultural.</p> <p>Analisar conceitos relativos ao risco de consumo: - Risco; - Perceção do risco; - Comportamentos de risco; - Motivação para a vivência do risco.</p>
Secundário	Ao longo dos 3 anos	Saúde afetivo-sexual	<p>Sem prejuízo dos conteúdos enunciados para o 3.º ciclo, sempre que se entenda necessário, de um modo transversal, devem retomar-se temas previamente abordados, pois a experiência demonstra vantagens nesta abordagem em espiral, nomeadamente com alunos que, nesta fase de estudos, poderão eventualmente já ter iniciado a vida sexual ativa. Do ponto de vista qualitativo, estes objetivos não devem constituir uma abordagem excessivamente preventiva, abstrata e sanitarista, desligada da realidade nacional concreta e da reflexão sobre atitudes, afetos e comportamentos sexuais nos alunos. No que se refere à fisiologia da reprodução humana e afetividade, deve ser dada ênfase à: a) Compreensão e determinação do ciclo menstrual em geral, com particular atenção à identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais; b) Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas. No que se refere a informação estatística pertinente, deve-se abordar: a) Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na UE e taxas de gravidez e aborto em Portugal; b) Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados,</p>

		segurança proporcionada por diferentes métodos, motivos que impedem o uso de métodos adequados, razões do seu falhanço e não uso; c) Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto (entre nós e na EU); d) Doenças e infeções sexualmente transmissíveis (como infeção por VIH e HPV) e suas consequências; e) Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.
10º ano	Álcool e Prevenção rodoviária	<p><u>1 sessão</u> - Relacionar os acidentes (rodoviários, laborais, ...) com o consumo abusivo de bebidas alcoólicas; avaliar o impacto que os acidentes (rodoviários, laborais, ...) provocados pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas têm na família e na sociedade;</p> <p>Identificar e analisar padrões de consumo de bebidas alcoólicas e as respetivas consequências. Por exemplo: binge drinking, heavy drinking...</p> <p>Identificar os comportamentos de risco associados ao consumo de bebidas alcoólicas (condução sob o efeito de álcool, comportamentos sexuais de risco, violência).</p> <p>Identificar os riscos associados ao consumo concomitante de álcool com outras substâncias: legais (medicamentos, tabaco, bebidas energéticas) e ilegais (canábis, entre outros).</p>
11º ano	Outras substâncias psicoativas (SPA)	<p><u>1 sessão</u>: identificar componentes de autoconhecimento associados a uma boa integração grupal e social (empatia, confiança, cooperação, trabalho em grupo, etc.).</p> <p>Identificar comportamentos individuais e coletivos que contribuem para a qualidade de vida, percebendo que as escolhas têm consequências ao nível da saúde.</p> <p>Identificar comportamentos e fatores ao nível das famílias que podem promover decisões adequadas das crianças e dos jovens face aos comportamentos aditivos e adições.</p>

Pretende-se que as nas sessões sejam utilizadas as metodologias mais dinâmicas e mais adequadas possíveis à população alvo.

A DRPCD encetará várias ações no sentido de manter os profissionais das equipas de saúde escolar atualizados, quer a nível de conceitos, como a nível de metodologias de intervenção, sobretudo das temáticas relativas aos comportamentos aditivos e Dependências.

No desenvolvimento da temática da *alimentação no pré-escolar e 1º ciclo* é *aconselhada a realização de pelo menos uma sessão aos pais/encarregados de educação.*

Registo das ações de educação para a saúde

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

Esta plataforma encontra-se disponível em <https://goo.gl/forms/vV9heAi8hqQTP4Wf2>

No anexo VII 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.

PONTO II – ELABORAÇÃO DO PASE 2018/2019

O PASE é o documento que agrega todas as atividades/projetos, previstos para o ano letivo em causa. 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.

Após parecer dos respetivos órgãos de gestão dos CS/USI e das UO, os Planos de Atividades e Cronogramas devem ser remetidos à DRPCD - Divisão de Planeamento e Prevenção, carla.nc.silva@azores.gov.pt, para apreciação e homologação pela DRPCD.

Cabe à DRPCD comunicar a homologação dos PASE aos Coordenadores USI/CS e à DRE.

Cabe à DRE comunicar a homologação dos PASE aos Coordenadores das UO para conhecimento dos Conselhos Pedagógicos.

15. ORGANIZAÇÃO DO PASE

Os PASE para o ano letivo 2018/2019 devem ser organizados da seguinte forma:

15.1. 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;

15.2. Objetivos/intervenções

Preenchimento das Fichas de Plano de Atividades (anexo III) - facultativo. O preenchimento das fichas do plano de atividades deve ter em conta as **EPS definidas na tabela anterior** e contemplar ainda as seguintes intervenções:

- ✓ Para o 1º ciclo é obrigatória a monitorização do Exame Global de Saúde (EGS) nas idades preconizadas; 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 e a monitorização de acidentes.
-

-
- ✓ Para o 2.º e 3.º ciclo é obrigatória a monitorização do EGS nas idades já definidas; 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;
 - ✓ 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 e a saúde afetivo-sexual e reprodutiva.
 - ✓ Para o ensino profissional é obrigatório a verificação do cumprimento do PRV nos alunos e pessoal docente e não docente vacinação e a realização de EPS, sendo estas últimas definidas conforme as necessidades detetadas pela própria escola e decorrente dos resultados do SVCRJ (quando aplicável).
 - ✓ 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.
 - ✓ A DRPCD fornecerá, no início do ano letivo, a calendarização prevista para a realização dos pré-testes do SVCRJ, que deve constar nos PASE.

15.3. 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.

15.4. Conclusão

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

15.5. Prazos

- ✓ Os PASE devem ser entregues, para apreciação e homologação pela DRPCD, impreterivelmente até ao **dia 9 de novembro de 2018**. Para tal é fundamental que estes sejam previamente validados pelos respetivos CA das USI e pelos CE das UO, devendo estas validações ser efetuadas até ao **dia 2 de novembro de 2018**. A DRE tem em curso uma estratégia para agilizar a realização dos PASE por parte das UO (elaboração de um pré-plano).
- ✓ Cabe à DRPCD comunicar a homologação dos PASE aos Coordenadores USI/CS, respetivos CA e à DRE, até ao **dia 16 de novembro de 2018**.
- ✓ Cabe à DRE comunicar a homologação dos PASE aos Coordenadores das UO para conhecimento dos Conselhos Pedagógicos **até 23 de novembro de 2018**.

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).

Anexo I – Registo de atividades nos GAPS

GABINETE DE APOIO À PROMOÇÃO DA SAÚDE

REGISTO DE ATIVIDADES

UNIDADE ORGÂNICA				ANO LETIVO 2018/2019					
ATIVIDADE/AÇÃO DESENVOLVIDA ³	TEMÁTICA ⁴	TIPO DE ATENDIMENTO ⁵		PÚBLICO-ALVO ⁶	DATA	INICIO	TÉRMINO	OBSERVAÇÕES	RUBRICA PROMOTOR ⁷
		INDIVIDUAL	GRUPO						
					__/__/__	__H__	__H__		
					__/__/__	__H__	__H__		
					__/__/__	__H__	__H__		
					__/__/__	__H__	__H__		
					__/__/__	__H__	__H__		
					__/__/__	__H__	__H__		
					__/__/__	__H__	__H__		
					__/__/__	__H__	__H__		

³ Exemplos de atividades desenvolvidas - Sessão de sensibilização sobre nutrição; rastreio de medicina dentária; consulta de enfermagem; entre outros.

⁴ Exemplo de temáticas – Alimentação; Psicologia; Enfermagem; Medicina dentária; Educação sexual; Vacinação; Dependências; Bullying; entre outros.

⁵ Selecionar se atendimento é efetuado apenas a um aluno ou a um grupo/turma de alunos

⁶ Definir o público a que se destina a ação – alunos; encarregados de educação; outros (para além do grupo é importante definir o ano de ensino (p.e. alunos 6º ano; turma 5º A; aluno nº 18 turma 5ºB, enc. educação de aluno nº 1 da turma 5º B, outros...))

⁷ Rubrica de quem promove ou desenvolve a ação – dentista, nutricionista, enfermeiro, ...

Anexo II - Consentimento informado

Promoção da Saúde em Contexto Escolar – Consentimento informado para o ano letivo 2018/2019



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^a 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: _____



**Documento comprovativo de recusa na participação das atividades da Área de
Intervenção da Promoção da Saúde em Contexto Escolar
2018/2019**

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
2018/2019**



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 III - FICHAS PARA O PLANO DE ATIVIDADES

CS/USI: _____

UO: _____

UO: _____

UO: _____

UO: _____

UO: _____

UO: _____

Ano 2018 / 2019

Objetivo:

Área específica de intervenção⁸:

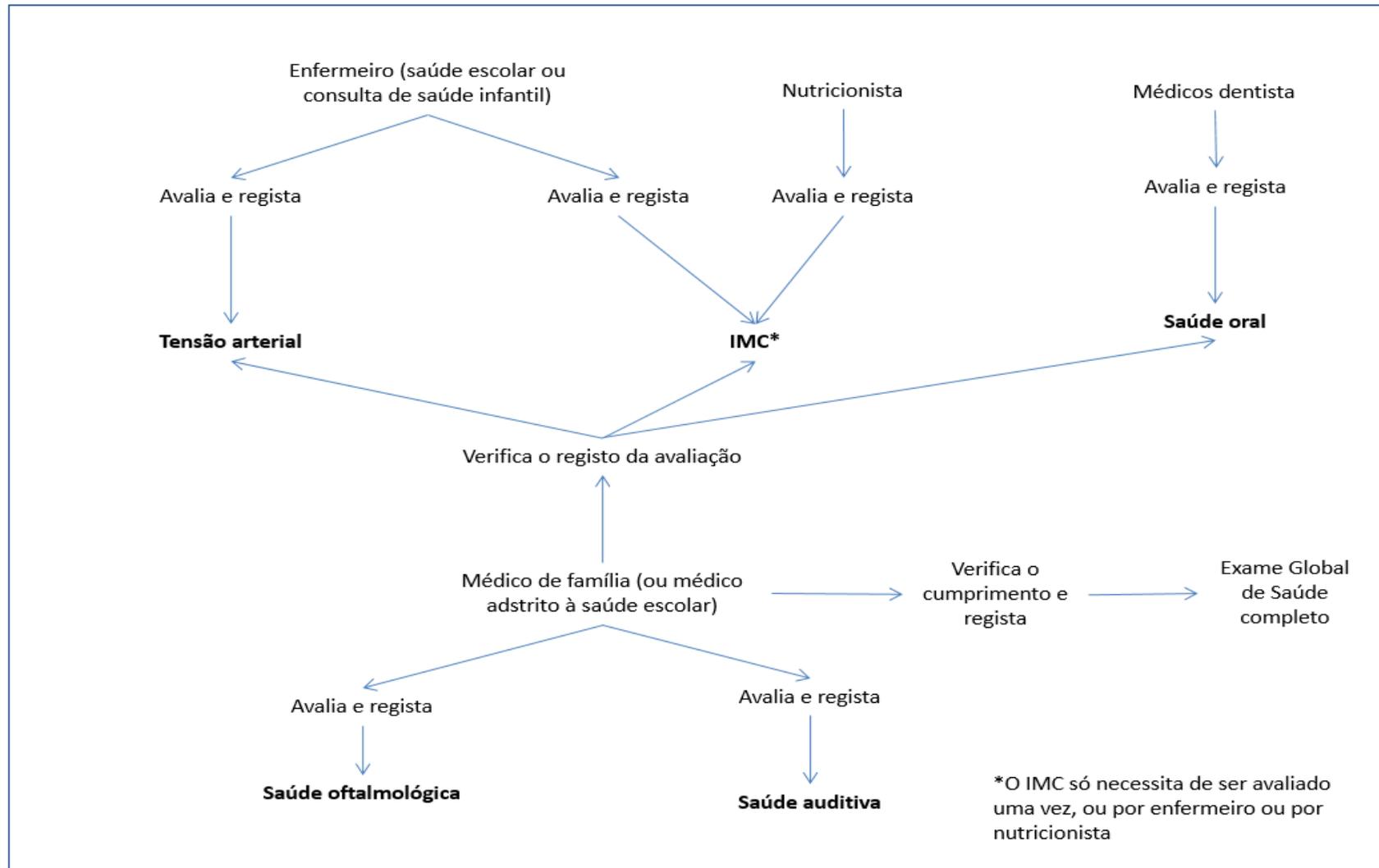
População Alvo:

Atividades/ações	
Designação	Responsável (eis) pela atividade/ação⁹

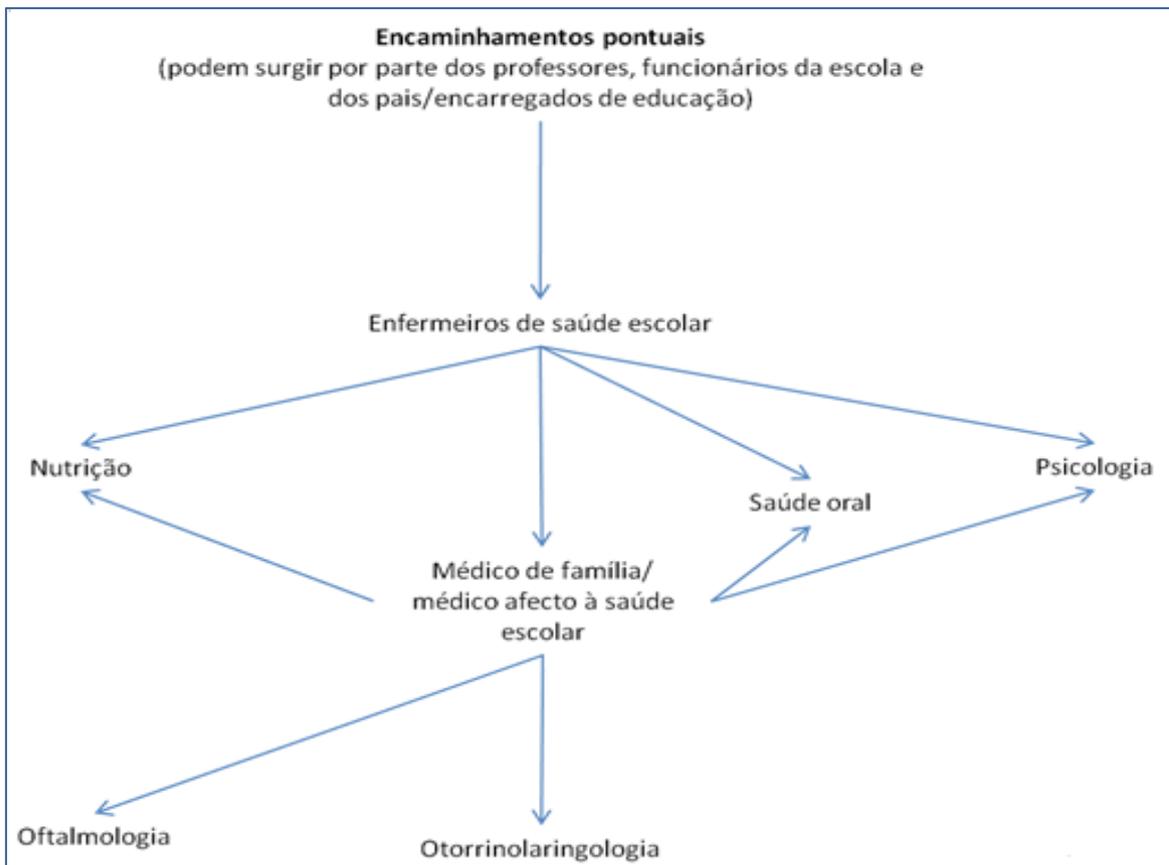
⁸ Corresponde à área de intervenção específica em que se insere o objetivo preconizada na área de intervenção da promoção da saúde em contexto escolar do PRS 2014-2016 (Saúde individual e coletiva, inclusão escolar de crianças com NEE, promoção de um ambiente seguro e promoção de saúde e de literacia em saúde)

⁹ Pode ser um elemento ou a equipa

ANEXO IV – FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM VIGILÂNCIA DE EGS



ANEXO V - 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 respectivas 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 respectiva 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** já utilizada em anos anteriores, 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

Médico de família/SE Nutrição Psicologia Saúde Oral Data __/__/20__

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 Pedopsiquiatra 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 VI - 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 VII - 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/Encarregado/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"/> Atividade física	<input type="checkbox"/> Prevenção da violência em meio escolar
<input type="checkbox"/> Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> Saúde mental	<input type="checkbox"/> Prevenção de comportamentos de risco
<input type="checkbox"/> Saúde oral	<input type="checkbox"/> Segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida	<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco
<input type="checkbox"/> Ambiente e Saúde	<input type="checkbox"/> Prevenção Rodoviária	<input type="checkbox"/> Consumo de álcool
		<input type="checkbox"/> Consumo de Substâncias Psicoativas Ilícitas

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

<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 VIII - BOAS PRÁTICAS EM OFTALMOLOGIA – ELEMENTOS CLÍNICOS DE AVALIAÇÃO E REFERENCIAÇÃO

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 refração, 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 refração. Estima-se uma prevalência de 1 a 2,5 % de ambliopias na criança, muitas delas devidas a um defeito da refração ou a estrabismo, não corrigidos atempadamente³.

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



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.



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 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 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 cómea, 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.

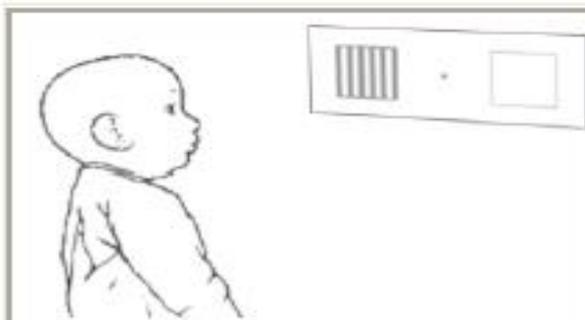


Figura 3.3: Técnica do "Olhar Preferencial"
O examinador coloca-se por trás da placa de teste e observa, através de um pequeno orifício, o olhar preferencial da criança para o estímulo estruturado

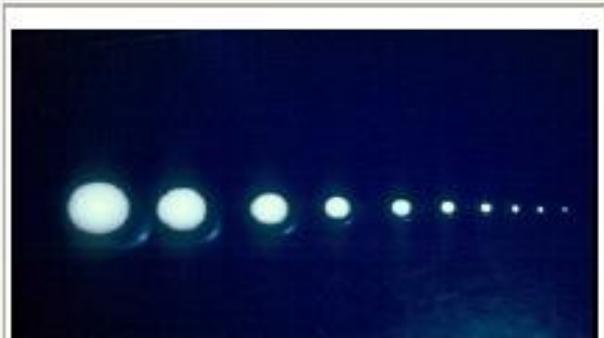


Figura 3.4: Teste de STYCAR (bolas rolantes)
A criança deve reagir ao trajecto de bolas com tamanhos diferentes

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.



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 ocluser, 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 ocluser 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 10/10⁴. 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.

⁴ 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 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.

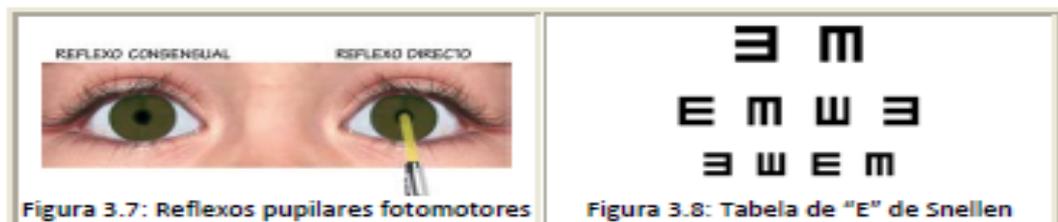
b) Meios transparentes e fundo ocular

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.



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.

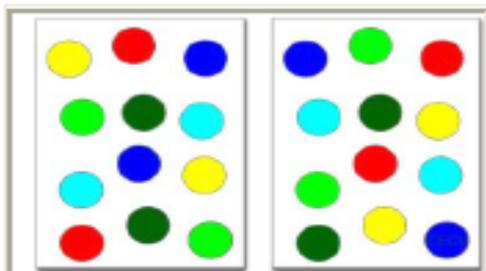


Figura 3.9: Teste de visão cromática

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

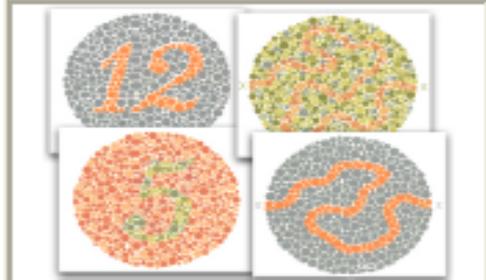


Figura 3.10: Testes de Ishiara

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 Ishiara 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 direções 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 Referência 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 Referência”, 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
ANAMNESE					
	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
EXAME OBJECTIVO					
	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