

***Programa Regional de Saúde Escolar***  
***e de***  
***Saúde Infanto-Juvenil***

## Índice

Lista de Siglas.....	2
1. Contextualização.....	3
2. População Alvo e Âmbito do Programa.....	5
3. Objectivos Gerais e Específicos.....	5
4. Estratégias de Intervenção.....	6
4.1 Intervenção no Serviço Regional de Saúde.....	7
4.2 Intervenção na Escola.....	8
4.3 A Inclusão Escolar.....	10
4.4 O Ambiente Escolar.....	12
4.5 Os Estilos de Vida.....	12
5. Indicadores.....	14
6. Avaliação.....	16
7. Estrutura de Gestão e Operacionalização do Programa.....	16
8. Formação.....	17
9. Bibliografia.....	18
Anexo 1 – Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de Actuação.....	20
Anexo 2 - Metodologia de Projecto.....	68
Anexo 3 - Check-List de Actividades Obrigatórias por Ciclo de Ensino.....	71

### Lista de Siglas

AP	– Associação de Pais
BIS	– Boletim Individual de Saúde
BSIJ	– Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
CIF	– Classificação Internacional de Funcionalidades Incapacidades e Saúde
CS/USI	– Centro de Saúde/Unidade de Saúde de Ilha
DRD	– Direcção Regional do Desporto
DREF	– Direcção Regional de Educação e Formação
DRS	– Direcção Regional da Saúde
EGS	– Exame Global de Saúde
EPS	– Educação para a Saúde
ESE	– Equipa de Saúde Escolar
NEE	– Necessidades Educativas Especiais
NSE	– Necessidades de Saúde Especiais
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PASE	– Plano de Actividades de Saúde para a Escola
PEI	- Programa Educativo Individual
PIS	– Programa Individual de Saúde
PRPCDLCO	– Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade
PRS	– Plano Regional de Saúde
PRSESIJ	– Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infanto-Juvenil
PRSMFP	– Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar
PRSO	– Programa Regional de Saúde Oral
PRV	– Plano Regional de Vacinação
SREF	– Secretaria Regional da Educação e Formação
SRS	– Serviço Regional de Saúde
SSP	– Serviço de Saúde Pública
US	– Unidades de Saúde

## 1. Contextualização

O Plano Regional de Saúde 2004-2006 (PRS) previu, pela primeira vez, medidas para a promoção da saúde, nomeadamente, através da cooperação com as Escolas, em programas de educação para a saúde e de campanhas consequentes de luta contra os factores de risco de muitas doenças – tabaco, álcool, drogas ilícitas, obesidade, sedentarismo e acidentes - as quais não se traduziram até hoje num programa de saúde escolar.

O presente Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infanto-Juvenil (PRSESIJ) pretende abranger as crianças açorianas, desde que nascem até aos 18 anos de idade e será desenvolvido em estreita parceria com o sector da educação, contemplando acções e ou intervenções de vigilância – exames periódicos, detecção precoce, tratamento e encaminhamento de eventuais perturbações do desenvolvimento e outros problemas de saúde, por parte do Centro de Saúde/ Unidade de Saúde de Ilha (CS/USI), bem como acções cuja intervenção será feita em meio escolar, no âmbito da saúde individual e colectiva, privilegiando, deste modo, actuações multiprofissionais e interdisciplinares.

As crianças, entendidas, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, como “todo o ser humano menor de 18 anos”, constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais em especial, tendo em vista o reforço das acções de vigilância de saúde infantil para responder à complexidade dos actuais problemas em saúde infantil.

O PSESIJ será um valioso contributo para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar Açoriana. A Escola (em estreita articulação com os CS/USI) pode constituir-se como um espaço seguro e saudável, facilitador da adopção de comportamentos mais saudáveis encontrando-se, por isso, numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Considerando a natureza multidimensional dos problemas que são objecto de intervenção, os quais exigem não só abordagens pluridisciplinares mas também recursos multisectoriais para viabilizar planos de trabalho integrados, cada vez mais, os projectos no âmbito de um Programa deste tipo contam, à partida, com o empenhamento e os recursos de alguns parceiros estratégicos, em que assumidamente os CS/USI são os parceiros principais - cujos recursos técnicos e materiais são indispensáveis para delinear e desenvolver projectos de Educação para a Saúde (EPS) - e as Autarquias locais. As Câmaras Municipais e as Juntas de Freguesia constituem, por vezes, os suportes em material e logístico de algumas iniciativas podendo, ainda, estas parcerias serem feitas com outras Escolas e estabelecimentos de ensino. É também de salientar o necessário estabelecimento de parcerias com a Direcção Regional do Desporto (DRD), no âmbito do seu programa de “Desporto Escolar”. Continua a ser igualmente da maior importância aprofundar parcerias com as Associações de Pais (AP).

Ao longo do ciclo de vida e no ambiente escolar, as necessidades das crianças e dos jovens vão-se tornando cada vez mais complexas e exigentes devendo o processo de intervenção em saúde escolar adaptar-se, também. Para que haja estabilidade na aquisição de comportamentos positivos, os temas deverão ser revisitados várias vezes ao longo do processo de escolarização de uma forma progressiva, cada vez mais ampla e aprofundada, numa verdadeira abordagem curricular em espiral, ou seja, de forma transversal ao longo de toda a escolaridade. Por isso, a educação e a saúde devem dar prioridade a projectos de “longo curso”, desenhados em conjunto e que utilizem estratégias de ensino-aprendizagem eficazes. A par de um conjunto de actividades obrigatórias, em função do nível de escolaridade, há projectos de promoção da saúde prioritários que terão de ser desenvolvidos até ao final do Ensino Secundário.

No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em Health for all in the 21 st century, estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, prevendo que a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis deve ter uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, de modo a que 95% das crianças que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde não esquecendo que os serviços de saúde devem ter um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização.

As estratégias do PRSESIJ inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos:

- A vigilância e protecção da saúde
- Aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

No desenvolvimento das suas actividades, as Equipas de Saúde Escolar (ESE), a criar no âmbito deste Programa, constituídas por profissionais do Serviço Regional de Saúde (SRS) e Secretaria Regional da Educação e Formação (SREF), assumem um papel activo na gestão da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população açoriana.

Os principais aspectos a considerar no contexto do Programa são, entre outros: vigilância da saúde, vacinação, alimentação, tabaco, álcool, actividade física e também a gestão do stress.

A efectividade e sustentabilidade das intervenções de saúde escolar dependem da integração da promoção da saúde no currículo escolar e do Plano de Actividades de Saúde para a Escola (PASE), elaborado conjuntamente com os profissionais do SRS e da SREF. O sucesso da saúde escolar é o sucesso da promoção da saúde na Escola, quando o trabalho dos intervenientes no processo for complementar.

O PRS estabelece um conjunto de programas que são transversais e concorrem para o sucesso uns dos outros, pelo que devem estar interligados. Assim para que o PRSESIJ atinja os objectivos que se propõe é necessário ter em atenção os Programas Regionais em especial os seguintes: Programa Regional de Saúde Oral (PRSO); Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e Luta Contra a Obesidade (PRCDLCO) e Programa Regional de Saúde Materna e Planeamento Familiar (PRSMPF), “Programa Regional de prevenção e Combate às Dependências” (em elaboração) e ainda o Programa Escola, Família e Comunidade – Berços de Cidadania e Igualdade de Oportunidades.

## **2. População Alvo e Âmbito do Programa**

O PSESIJ destina-se à população desde que nasce até aos 18 anos de idade.

O presente programa desenvolve-se nos CS/USI do SRS e Hospitais e nos estabelecimentos de educação e ensino da SREF, em estreita colaboração com o SRS, relativamente a todas as áreas de intervenção, com particular enfoque na área da saúde individual e colectiva, envolvendo toda a comunidade educativa, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário. Por comunidade educativa entende-se educadores de infância, professores, auxiliares de acção educativa, alunos, pais e encarregados de educação, bem como os profissionais de saúde envolvidos nas ESE.

## **3. Objectivos Gerais e Específicos**

As crianças devem beneficiar de acções de vigilância de saúde infantil e juvenil, pertinentes e de qualidade, mediante a aplicação, nos CS/USI, do *Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil* (anexo 1), o qual passa a estar em vigor em todos os CS/USI, com os seguintes objectivos:

- Calendarizar as consultas para «idades-chave», correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade;
- Harmonizar estas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações ao CS/USI;
- Valorizar os cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental;

- Detectar precocemente e encaminhar as situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança;
- Dar apoio na responsabilização progressiva e auto-determinação em questões de saúde das crianças e jovens.

Em meio escolar devem ser ainda considerados os seguintes objectivos:

1. Apoiar os alunos na descoberta do valor do seu potencial de saúde e na adopção de respostas adequadas e construtivas aos desafios do quotidiano, capazes de lhes proporcionar:
  - Competências de autonomia, responsabilidade e sentido crítico, indispensáveis à opção e adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
  - Saberes e resistências que lhes permitam contactarem e conviverem diariamente com múltiplos factores de risco sem que se verifiquem prejuízos para a saúde;
  - O reforço da auto-estima e sentimentos de pertença e um desenvolvimento harmonioso.
2. Contribuir para a integração de crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) e Necessidades Educativas Especiais (NEE) nos estabelecimentos de educação e ensino;
3. Apoiar as iniciativas de inovação pedagógica correctoras de eventuais disfunções psico-afectivas;
4. Apoiar a participação parental de modo a potenciar a função da Escola no desenvolvimento dos alunos;
5. Promover a qualidade ambiental e a segurança dos estabelecimentos de ensino de modo a que a Escola seja vivida como um local ecológico, seguro e agradável e possa responder às eventuais necessidades especiais das crianças e dos jovens.

#### **4. Estratégias de Intervenção**

O PRSESIJ, na senda das finalidades que se propõe atingir, desenha uma estratégia de intervenção global, organizada que contempla:

#### 4.1 Intervenção no Serviço Regional de Saúde

##### 4.1.1 No âmbito da vigilância da saúde das crianças e dos jovens:

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância da saúde das crianças e dos jovens é da responsabilidade do Médico assistente, encontrando-se esta intervenção de natureza personalizada ou colectiva, definida no *Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil*, competindo às Unidades de Saúde (US):

- **Avaliação do crescimento e desenvolvimento** e registo, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial.
- **Promoção de comportamentos saudáveis**, entre os quais os relacionados com:
  - A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas, em articulação com o PRPCDLCO;
  - A prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a gestão do stress;
  - A prevenção de consumos nocivos e a adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes.
- **Promoção:**
  - Do cumprimento do Plano Regional de Vacinação (PRV);
  - Da suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas;
  - Da saúde oral em articulação com o PRSO;
  - Da prevenção de acidentes e intoxicações;
  - Da prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar;
  - Da prevenção das perturbações da esfera psico-afectiva e sexual;
- **Deteção precoce e encaminhamento das** situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas (doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo não descido), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações

do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro afectivo/sexual.

- **Prevenção, identificação das doenças comuns** nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.
- **Sinalização e apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência** e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças.
- **Realização do aconselhamento genético**, sempre que tal esteja indicado.
- **Identificação, apoio, orientação e encaminhamento das crianças e famílias vítimas de violência ou negligência**, qualquer que seja o seu tipo.
- **Promoção da auto-estima do adolescente** e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.
- **Prevenção de situações disruptivas ou de risco acrescido**.
- **Estimulação da função parental** e promoção do bem-estar familiar.
- **Disponibilização de consultas específicas para adolescentes**, em espaço fora da área comum às consultas de forma a evitar a sua exposição e aumentar a confiança nos serviços.

No entanto, o acompanhamento das crianças em idade escolar sairá reforçado e potenciado pela acção dos profissionais de saúde que, conjuntamente com professores e outros profissionais, trabalhem no âmbito da saúde escolar.

## 4.2 Intervenção na Escola

### 4.2.1 No âmbito da saúde escolar dirigida à saúde individual:

- Promoção e monitorização da realização do Exame Global de Saúde (EGS), pelas ESE, nas idades-chave, definidas pelo Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil:
  - a. Aos 5-6 anos (realização do exame físico, avaliação do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, da visão, da audição, da boca e dentes, da postura e da linguagem);

- b. Aos 11-13 anos (avaliação dos parâmetros anteriores mais o estágio pubertário);
- Gerir a informação do médico assistente - ESE, registando-a nos suportes definidos para o efeito.
- Avaliar o cumprimento do PRV de toda a comunidade educativa, nomeadamente:
  - a. Alunos que completem 6 e 13 anos;
  - b. Todos os grupos profissionais da Escola.
- Colaborar com o médico assistente no sentido de encaminhar a criança sempre que ao longo da escolaridade surja uma suspeita de disfunção e assegurar a execução e cumprimento das medidas e orientações prescritas;
- Promover o cumprimento da legislação relativa à evicção escolar, em articulação com a Autoridade de Saúde e as Autoridades Escolares;
- Apoiar e colaborar na integração escolar de todos os alunos, em particular dos que apresentem NSE e/ou NEE, de acordo com a legislação em vigor.

Nestes casos deve ser elaborado e aplicado um Programa Individual de Saúde (PIS), da responsabilidade de uma equipa multiprofissional, competindo aos profissionais de saúde a monitorização e acompanhamento dos casos de NSE e aos educadores/professores os casos de NEE que não decorram directamente de problemas de saúde específicos.

#### **4.2.2 No âmbito da saúde escolar dirigida à saúde colectiva:**

- Promoção da saúde mental na Escola, através da implementação de projectos que visem:
  - Desenvolver competências pessoais e sociais nos alunos;
  - Criar um clima de Escola amigável;
  - Combater o abandono e a exclusão escolar;
  - Identificar as crianças em risco de doença mental ou de distúrbios comportamentais;
  - Promover a equidade entre alunos (sexo, etnia, religião, classe socioeconómica, etc.);

- Articular com a rede de serviços de saúde, públicos e privados, com o sector da educação, ou outros existentes na comunidade, para a resolução dos problemas de saúde física, mental e sociais detectados;
  - Articular com os representantes da saúde nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.
- Colaboração na elaboração dos PASE;
  - Promoção da educação alimentar (tendo por base o PRPCDLCO);
- Promoção da higiene oral e a administração de flúor, de modo a promover a saúde oral e prevenir a cárie dentária, em articulação com o PRSO;
- Definição e execução de estratégias de prevenção primária e secundária de acidentes e colaboração no ensino de técnicas elementares de primeiros socorros;
  - Promoção de debates em grupo, com e entre alunos, profissionais da Escola e/ou pais, sobre problemas que lhe digam colectivamente respeito e participar activamente nas discussões tentando, sempre que possível, focalizar a atenção nas potencialidades da promoção da saúde e prevenção das doenças;
  - Actividades de execução corrente dirigidas ao ambiente, em articulação com o Serviço de Saúde Pública (SSP), nomeadamente:
    - Vigiar e monitorizar as condições de segurança, higiene e saúde das Escolas, incluindo bares, bufetes, cantinas escolares e equipamentos desportivos;
    - Promover e preservar um ambiente escolar e extra-escolar seguro e saudável.

### **4.3 A Inclusão Escolar**

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

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

O Decreto Legislativo Regional nº 15/2006/A define NEE “as necessidades permanentes que decorrem de limitações ou incapacidades que se manifestam de modo sistemático em crianças e jovens quando comparados a

outros na mesma faixa etária e que são inerentes ao processo individual de aprendizagem e de participação na vivência escolar, familiar e comunitária”.

Em saúde escolar, consideram-se 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.

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

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

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

- Avaliar as situações de saúde, doença ou incapacidade, referenciadas pela Escola e a eventual necessidade de encaminhamento;
- Elaborar o PSI das crianças com NSE e propor a inclusão das recomendações de saúde no “Programa Educativo Individual” (PEI), cuja gestão compete a um docente de apoio de educação especial;
- Gerir as situações de doença ou incapacidade, no espaço escolar, em estreita ligação com os pais/encarregados de educação e o médico assistente da criança;
- Participar na equipa pluridisciplinar que elabora o perfil de funcionalidade, incapacidade e saúde das crianças com NSE, de acordo com a CIF da OMS;
- Acompanhar a concretização do PEI e participar na sua avaliação. Salienta-se, também, a importância de valorizar e dar prioridade à população jovem que frequenta o ensino regular, recorrente, Programas Especiais de Recuperação de Escolaridade (PERE), Unidade Especializada com Currículo Adaptado (UNECA), Programa Formativo de Inserção de Jovens (PROFIJ), entre outros. É fundamental promover a

elaboração de materiais de apoio especialmente adaptados às necessidades deste grupo, contribuindo para melhorar os conhecimentos e os comportamentos de saúde.

#### **4.4 O Ambiente Escolar**

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

- Conscientizar a comunidade educativa para a vulnerabilidade das crianças face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, nomeadamente: poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, químicos perigosos, radiações e campos electromagnéticos, entre outros, e as formas de os reduzir;
- Envolver os jovens nos projectos de educação para o ambiente e a saúde;
- Promover a segurança e contribuir para prevenir os acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho, quer eles ocorram na Escola, no espaço periescolar ou no espaço de jogo e recreio;
- Monitorizar os acidentes ocorridos na Escola e no espaço periescolar;
- Avaliar as condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos de educação e ensino, incluindo cantinas, bares e bufetes e espaços de jogo e recreio, com os SSP, envolvendo o órgão de gestão da Escola e toda a comunidade educativa, as autarquias, as AP, forças de segurança, protecção civil e bombeiros.

A promoção da segurança e prevenção dos acidentes em meio escolar e periescolar será complementada com orientações técnicas, a emitir pela Direcção Regional da Saúde (DRS), tendo como referência a Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde nos Estabelecimentos de Educação e Ensino<sup>1</sup>.

#### **4.5 Os Estilos de Vida**

A experiência acumulada permite concluir que a intervenção sobre os estilos de vida, entendidos como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de

---

<sup>1</sup> Circular Normativa Nº: 12/DSE, de 29/11/06: Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos de Educação e Ensino.

socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais, obriga à implementação de estratégias de promoção da saúde, multissetoriais e multidisciplinares, compreensivas, diversificadas, continuadas e sujeitas a avaliação.

Nesta perspectiva, tendo em consideração o papel de suporte que a ESE desempenha no desenvolvimento do currículo de educação para a saúde, os objectivos da intervenção na Escola são os determinantes da saúde, sejam eles de natureza individual ou social.

**São áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, as seguintes:**

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

**São áreas prioritárias para a prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco, os seguintes:**

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

Preconiza-se para a abordagem às áreas prioritárias acima descritas a utilização da metodologia de projectos/planeamento, a qual irá permitir às ESE desenvolver a sua intervenção, adaptando-a a cada comunidade

---

<sup>2</sup> Decreto Legislativo Regional nº 18/2000/A, de 8 de Agosto.

educativa, ao mesmo tempo que a envolve desde a sua concepção até ao momento da avaliação. (anexo 2 – “Metodologia de Projecto”).

Todas as actividades de saúde escolar, desenvolvidas localmente, integram o Plano de Actividades do CS/USI e o PASE. Em anexo (anexo 3) encontra-se uma *Check-List* que poderá orientar a elaboração e avaliação do mesmo.

## 5. Indicadores

Os indicadores de avaliação do programa são:

### 5.1 Indicadores no âmbito da vigilância saúde infanto-juvenil:

- % de crianças com o esquema de “Exames de Saúde”/Esquema recomendado/efectuado;
- Total de primeiras consultas na vida da criança;
- Total de primeiras consultas/ano;
- Total de consultas seguintes/ano;
- % de crianças com Boletim Individual de Saúde (BIS) actualizado;
- % de crianças com aleitamento materno aos 1º, 3º e 6º mês de vida;
- % de alunos com PRV actualizado nas idades - chave: < de 12 meses; 1 ano; 2 anos; 6 anos e 13 anos;
- % de crianças com excesso de peso/obesidade;
- % de crianças com prática regular de exercício físico;
- % de crianças com hábitos nocivos (álcool, tabaco, drogas);
- % de crianças detectadas, encaminhadas ou tratadas com situações que possam afectar a sua vida (malformações congénitas, perturbação da visão, audição, linguagem, etc.);
- % de crianças com doença crónica e ou deficiência com apoio continuado;
- % de crianças com realização de aconselhamento genético;
- % de crianças/famílias vítimas de violência ou negligência;
- % de pais/encarregados de educação com necessidades de estimulação da função parental;
- Nº de US com disponibilidade de consultas para adolescentes em espaço próprio;
- Esperança de vida 1-4 anos;

- Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 Nados-Vivos (<1 ano);
- Taxa de Mortalidade 1-4 anos/100 000 indivíduos;
- Esperança de vida 1-4 anos;
- Esperança de vida 5-9 anos;
- Risco de Morrer até aos 5 anos.

## 5.2 Indicadores no âmbito da saúde escolar

- % de CS/USI com PRSESIJ;
- Nº de profissionais, por categoria profissional, envolvidos do SRS e SREF e horas atribuídas para saúde escolar;
- Taxa de cobertura de saúde escolar nas Escolas do Ensino Básico e Secundário;
- Taxa de cobertura de saúde escolar dos alunos do Ensino Básico e Secundário;
- Taxa de cobertura dos professores e auxiliares de acção educativa com o PRV;
- % de crianças rastreadas por tipo de problema, (visão, audição, postura, obesidade, entre outros), encaminhados, tratados e/ou em tratamento;
- % de alunos com NSE, por tipo (deficiência física, mental e/ou doença crónica), por grau de ensino, encaminhados, tratados e/ou em tratamento;
- % de Escolas avaliadas quanto à Segurança, Higiene e Saúde;
- % de Escolas com boas condições de Segurança, Higiene e Saúde nos diferentes espaços;
- Nº de acidentes ocorridos na Escola, tratados e mortais;
- Nº de alunos com hábitos nocivos (álcool, tabaco, drogas e outros);
- Nº de Escolas com PASE;
- Nº de Escolas com gabinete de saúde;
- Nº de alunos abrangidos por projectos de promoção da saúde por tema (saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, segurança, educação para o consumo, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar);

- Nº de professores/educadores/auxiliares de acção educativa/pais abrangidos por acções de promoção da saúde por tema (saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, segurança, educação para o consumo, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar).

As acções desenvolvidas no âmbito da saúde oral serão avaliadas com base nos indicadores do respectivo programa.

## 6. Avaliação

A operacionalização deste Programa pressupõe a sua integração nos Planos de Actividade dos CS/USI e das Escolas, pelo que a sua avaliação deverá estar incluída no Relatório de Actividades das mesmas, tendo por base os indicadores designados no ponto anterior, a enviar às respectivas Direcções Regionais, anualmente.

As actividades, os programas e os projectos desenvolvidos, a incluir no Relatório, são registados e avaliados a partir de suportes de informação normalizados a disponibilizar pela DRS/Direcção Regional de Educação e Formação (DREF), os quais deverão ser preenchidos por agrupamento de Escolas e pelas US envolvidas.

## 7. Estrutura de Gestão e Operacionalização do Programa

A **nível regional**, o PRSESIJ é coordenado por um Gestor, responsável regional do Programa, designado pela DRS.

A nível local existirão dois coordenadores: um coordenador para o Programa nomeado pelo Conselho de Administração do CS/USI e um coordenador, por Unidade Orgânica, nomeado pelo respectivo Órgão de Gestão. A este competirá a operacionalização e avaliação do PASE.

Cada ESE deverá ser composta por um médico e por um enfermeiro, na base de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos (no anexo 4 encontra-se um quadro indicativo com o rácio de ESE por ilha e concelho/US), a distribuir de acordo com as actividades de cada técnico. Na medida do possível, os dois elementos da equipa deverão dispor de igual número de horas semanais. Se isso não acontecer, para o cálculo do número de alunos a abranger, deverá considerar-se o maior número de horas disponível.

Os outros profissionais do CS/USI e sector da educação, tais como o médico dentista, técnico de saúde ambiental, técnico de serviço social, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta da fala, fisioterapeuta, dietista/nutricionista,

assistente operacional ou outro, devem integrar a ESE, sendo as suas horas quantificadas para além do rácio da equipa nuclear.

## **8. Formação**

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

No âmbito deste programa preconiza-se a envolvimento das Escolas Superiores de Enfermagem, da Divisão de Formação Profissional da DRS e da DREF, dos Núcleos de Formação das US, incluindo a possibilidade, a nível individual, da frequência de cursos de formação pré-graduada e pós-graduada em saúde escolar.

Deve ser dada também prioridade a novas áreas de formação como as metodologias de intervenção activas-participativas, o trabalho interpares, e a promoção de competências pessoais e sociais, pelo potencial de comunicação interpessoal que promovem na Escola. Assim, devem as Estrutura de Gestão e Operacionalização do Programa propor e/ou estabelecer um programa de formação de acordo com as necessidades das ESE.

## 9. Bibliografia

- Circular Normativa n.º 17/DSE de 21/12/94 - Normas de preenchimento da Ficha de Avaliação das condições de Segurança, Higiene e Saúde nas Escolas;
- Circular Normativa n.º 1/DSE de 12/02/01 - Avaliação em Saúde Escolar: Suportes de Informação e normas de preenchimento;
- Portaria n.º 85/2009, de 16 de Outubro – Plano Regional de Vacinação;
- Decreto Legislativo Regional n.º 14/2008/A, de 11 de Junho - Regime jurídico aplicável à venda e consumo de bebidas alcoólicas na RAA;
- Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores 14/2007/A, de 10 de Julho - Medidas a favor da maternidade e da vida;
- Resolução n.º 1/2004, de 8 de Janeiro – Programa Regional de Prevenção do Mau Uso e Abuso de Substâncias Psicoactivas /Drogas;
- Circular Normativa n.º 14/2002, de 16 de Dezembro – Põe em vigor na RAA o Programa -Tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil, Direcção Geral da Saúde;
- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil – Modelo DRS n.º 65, adaptado do original do Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde (Modelo n.º 1396 – exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda, S.A.);
- Decreto Legislativo Regional n.º 18/2000/A, de 8 de Agosto - Orientações específicas dirigidas à administração regional sobre planeamento familiar e educação afectivo-sexual;
- Circular Normativa N.º: 12/DSE, de 29/11/06: Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos de Educação e Ensino;
- RODRIGUES, Isabel Almeida (coord.) - Estudo sobre Natalidade na Região Autónoma dos Açores. Ponta Delgada. 2007;
- Canavarro, Maria Cristina Sousa – Gravidez e Maternidade na Adolescência – Relatório Final. 2009;
- Circular Normativa n.º 7/DSE, de 29/06/06 – Programa Nacional de Saúde Escolar, Direcção Geral da Saúde;
- Despacho n.º 12 045/2006 – Alto-Comissariado da Saúde, de 9 de Maio de 2006 – Programa Nacional de Saúde dos Jovens, 2006/2010. DGS-DSMIA;

- Decreto Legislativo Regional nº 18/2000/A de 08 de Agosto – Planeamento Familiar e Educação Afectivo-Sexual;
- Decreto Legislativo Regional nº 15/2006/A de 07 de Abril – Regime Jurídico da Educação Especial e do Apoio Educativo.

**Anexo 1 – Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de Actuação**

**Saúde Infantil e Juvenil**  
**Programa-tipo de Actuação**



**12**

**ORIENTAÇÕES TÉCNICAS**  
**Direcção-Geral da Saúde**

**Direcção-Geral da Saúde**

**Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes**

# Saúde Infantil e Juvenil

**Programa-Tipo de Actuação**

**2.<sup>a</sup> Edição**

Revoga a Circular Normativa n.º 9/DSI, de 06.10.92

Lisboa, 2005

Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação / Direcção-Geral da Saúde. – 2.a edição. – Lisboa: – Direcção-Geral da Saúde, 2002. – 48 p. – (Orientações Técnicas; 12). – Revoga a Circular Normativa n.º 9/DSI, de 06/10/92. – Inclui Bibliografia p. 47

ISBN 972-675-084-9 ISSN 0871-2786

Saúde Infantil / Adolescência / Planos e Programas de Saúde / Cuidados de Saúde

Coordenação: Leonor Sasseti - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (DGS) e Hospital D. Estefânia

Colaboraram nesta revisão: Artur Duarte, Bárbara Menezes (C. Saúde Loulé), Beatriz Calado (DSMIA), Bilhota Xavier (Hospital Santo André), Carolina Veloso (C. Saúde Carregal do Sal), Clara Flora (ARS Norte), Fernanda Coelho (IDT – CAT de Viseu), Helena Jardim (Hospital S. João), Isabel Brito (DGS e Hospital Garcia de Orta), Jaime Mendes (IPO de Lisboa), Jaime Salazar de Sousa, João Videira Amaral (Hospital D. Estefânia), Jorge Azevedo Coutinho, José A. Lopes da Costa, Levy Aires (C. Saúde Moita e SRS Setúbal), Luís Nunes (Hospital D. Estefânia), Manuel Salgado (Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar de Coimbra), Maria do Céu Machado (Hospital Fernando Fonseca – Amadora), Mário Cordeiro (DGS), Paolo Casella (Hospital

D. Estefânia), Teresa Sequeira Lopes (SRS Évora), Vasco Prazeres (DSMIA).

#### EDITOR

Direcção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 LISBOA  
<http://www.dgsaude.pt>  
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt

#### CAPA E ARRANJO GRÁFICO

Tvmdesigners

#### IMPRESSÃO

Gráfica Maiadouro

#### TIRAGEM

10 000 exemplares

#### DEPÓSITO LEGAL

185 336/02

I. Introdução .....	25
II. Objectivos dos Exames de Saúde .....	28
III. Periodicidade .....	30
IV. Conteúdos.....	32
V. Crianças com Necessidades Especiais.....	42
VI. Anexos.....	43
REGRAS PARA O TRANSPORTE DE CRIANÇAS .....	44
IDADES ÓPTIMAS PARA CIRURGIAS .....	46
ESTÁDIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO .....	47
TABELAS DE TENSÃO ARTERIAL.....	48
TABELAS DE PERCENTIS.....	53
VII. Bibliografia .....	66

## Introdução

A saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente – social, biofísico e ecológico – é determinante. No entanto, é indiscutível o impacto das acções de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinentes e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços.

O Programa-tipo actualmente em vigor resultou da contribuição de muitos profissionais, com formação e experiências variadas, e foi publicado na Circular Normativa 9/DSI, de 06.10.1992, da então DGCSP. A melhoria dos padrões de qualidade, que implica a necessidade de harmonização dos conteúdos das acções de vigilância de saúde com os conhecimentos científicos mais recentes e com a nova morbilidade, torna necessária a revisão periódica do Programa-tipo de actuação em saúde infantil e juvenil.

A presente edição contempla não só as alterações do Programa-tipo desde 2001 até à presente data, mas também a actualização das curvas de crescimento, já incluídas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil editado no início de 2005. O Programa-tipo de vigilância de saúde é um garante de cuidados de saúde adequados e eficazes, devendo, com a contribuição e o empenhamento de todos, ser sistematicamente aplicado nas acções de vigilância de saúde, onde quer que estas tenham lugar.

O apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la.

Genericamente, o Programa-tipo obedece às seguintes linhas-mestras:

- Calendarização das consultas para «idades-chave», correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do dolescente, como

sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade.

- Harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações ao Centro de Saúde.
- Valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.
- Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança.
- Apoio à responsabilização progressiva e auto-determinação em questões de saúde das crianças e jovens.

As carências e assimetrias de distribuição de profissionais em cuidados de saúde primários manifestam-se na diversidade de recursos humanos afectos ao desempenho destas actividades. O fundamental é que elas sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes.

Importa desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco».

O trabalho em equipa – não só no sector da saúde, mas alargado à comunidade e às estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, ATL, colectividades desportivas ou associativas, serviços da Segurança Social, autarquias, etc.) – precisa de ser estimulado e assegurado, como forma de responder à complexidade dos actuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, actuações multiprofissionais e interdisciplinares.

As crianças, entendidas, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, como «todo o ser humano menor de 18 anos», constituem um grupo prioritário e

justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde.

## I. Objectivos dos Exames de Saúde

1. Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial.
2. Estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais os relacionados com:
  - a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas;
  - a prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a gestão do stress;
  - a prevenção de consumos nocivos e a adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes
3. Promover:
  - o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação
  - a suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas
  - a saúde oral
  - a prevenção de acidentes e intoxicações
  - a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar
  - a prevenção das perturbações da esfera psicoafectiva
4. Detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas (doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo não descido), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturoponderal e psicomotor, alterações neurológicas,

alterações de comportamento e do foro psicoafectivo.

5. Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando.
6. Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças.
7. Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado.
8. Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência, qualquer que seja o seu tipo.
9. Promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido.
10. Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar.

## II. Periodicidade

### PRIMEIRO ANO DE VIDA

- 1ª semana de vida
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses

### 1 - 3 ANOS

- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 2 anos
- 3 anos

### 4 - 9 ANOS

- 4 anos
- 5-6 anos (exame global de saúde)
- 8 anos

### 10-18 ANOS

- 11-13 anos (exame global de saúde)
- 15 anos
- 18 anos

#### EXAMES DE SAÚDE OPORTUNISTAS

As idades referidas não são rígidas – se uma criança se deslocar ao Centro de Saúde, por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, poderá ser feito o exame indicado para essa idade. Com este tipo de actuação – «exames de saúde oportunistas» – reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade.

De igual modo, a periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares,

podendo ser introduzidas ou eliminadas algumas consultas.

### III. Conteúdos

1. As acções e os exames adiante mencionados devem pautar-se pelas circulares normativas, orientações técnicas e textos de apoio da DGS, que incluem a metodologia de execução destas actividades, bem como as particularidades relativas a cada idade.
2. Em todas as consultas deve-se avaliar:
  - as preocupações dos pais ou do próprio, no que diz respeito à saúde
  - intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas, medicação em curso
  - a frequência e adaptação ao infantário, ATL, escola
  - a prática de actividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres
  - a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando as curvas de crescimento e os aspectos do desenvolvimento psicossocial
  - o cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação.
3. Para cada consulta são referidas as acções a efectuar para detecção precoce de situações rastreáveis, sem prejuízo da observação completa da criança/adolescente. O termo «desenvolvimento» refere-se, de um modo geral, ao desenvolvimento psicomotor e psicoafectivo, que será objecto de publicação específica posterior.
4. Relativamente aos cuidados antecipatórios, os temas sugeridos poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente em actividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera – distribuição de material informativo (folhetos, vídeos) – e em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados. Algumas destas actividades poderão ser dinamizadas pela Saúde Escolar, envolvendo activamente os próprios, sobretudo a partir do 1.º ciclo.

5. A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família. No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe, encaminhando precocemente quaisquer alterações, que poderão interferir no desenvolvimento da criança.
6. Nas consultas dos adolescentes, há que facilitar a acessibilidade, permitindo, aos que o desejem, serem atendidos a sós. Mesmo sem desejo expresso, perante algumas situações é fundamental assegurar a privacidade e confidencialidade da consulta.
7. Sempre que se necessite de recorrer a outros serviços ou nível de cuidados, encaminhar a criança, em colaboração estreita com o serviço de referência.

## PRIMEIRO ANO DE VIDA

### PARÂMETROS A AVALIAR

	1ª CONS	1 MÊS	2 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES
Peso						
Comprimento						
Perímetro cefálico						
Dentes						
Coração						
Anca						
Visão						
Audição						
Exame físico						4
Desenvolvimento			2		3	
Vacinação	1					

- 1 Verificar a realização do diagnóstico precoce
- 2 Sorriso social
- 3 Reacção ao estranho
- 4 Confirmar presença de testículos nas bolsas

Notas:

---



---



---



---



---



---



---

## PRIMEIRO ANO DE VIDA

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	1ª CONS	1 MÊS	2 MESES	4 MESES	6 MESES	9 MESES
Alimentação						
Vitamina D						
Dentição						
Higiene						
Posição de deitar						
Hábitos de sono						
Hábitos intestinais e cólicas						
Desenvolvimento e temperamento						
Acidentes e segurança						
Temperatura normal e febre						
Sintomas/sinais de alerta 1						
Sinais/sintomas comuns 2						
Reacções às vacinas						
Outros				3	4,5,6	7

- 1 Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos Serviços de Saúde
- 2 Conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação)
- 3 Vida na creche, ama ou outros atendimentos diurnos
- 4 Reacção ao estranho
- 5 Escolha de brinquedos
- 6 Cama e quarto próprios, rituais de adormecimento
- 7 Desenvolvimento da linguagem

Notas:

---



---



---



---



---

1 – 3 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR

	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS
Peso					
Estatura					
Perímetro cefálico					
Dentes					
Coração					
Anca/marcha			4	4	
Visão					
Audição					
Exame físico		2			
Desenvolvimento	1	3		5	
Linguagem					
Vacinação					

- 1 Imitação
- 2 Confirmar presença de testículos nas bolsas
- 3 Ansiedade de separação
- 4 Problemas ortopédicos
- 5 Jogo «faz de conta»

Notas:

---



---



---



---



---



---

## 1 – 3 ANOS

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS
Alimentação	1				
Saúde oral					
Desenvolvimento				7	
Temperamento e relacionamento	2	2	2,4	4	9
Acidentes e segurança					
Dentição, higiene oral					
Calçado					
Estilos de vida saudáveis <sup>3</sup>				5	5
Controlo de esfíncteres					
Outros			6	8	10, 11

- 1 Referir a anorexia fisiológica do 2º ano de vida
- 2 Afirmação da personalidade, birras, regras sociais
- 3 Brincar, passear, dormir
- 4 Independência, ansiedade de separação, terrores nocturnos
- 5 Brincar, desenhar, hábitos de televisão, ritual de adormecer
- 6 Desmame do biberão e do leite ao adormecer
- 7 Aprendizagem de regras e rotinas na vida diária
- 8 Desmame da chupeta
- 9 Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade; relacionamento com outras crianças
- 10 Sexualidade (reconhecimento da diferença de sexos)
- 11 Medos, terrores nocturnos

Notas:

---



---



---



---



---

4 – 9 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR

	4 ANOS	5 – 6 ANOS <sup>1</sup>	8 ANOS
Peso			
Estatura			
Tensão arterial			
Dentes			
Coração			
Postura			
Visão		2	
Audição		3	
Exame físico			
Linguagem			
Desenvolvimento			
Vacinação			

- 1 EXAME GLOBAL DE SAÚDE antes da escolaridade obrigatória;  
preencher ficha de ligação para a Saúde Escolar
- 2 Rastreio das perturbações visuais
- 3 Audiograma, nos grupos de risco

Notas:

---



---



---



---



---



---

## 4 – 9 ANOS

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	4 ANOS	5 – 6 ANOS	8 ANOS
Alimentação			
Higiene oral			8
Escola	1	5	
Desenvolvimento	2, 3	3	3
Relacionamento e socialização	4	4, 6	
Acidentes e segurança		7	7
Actividades desportivas e culturais – tempo livre			
Hábitos de sono			

- 1 Adaptação ao infantário
- 2 Desenvolvimento cognitivo, lateralidade
- 3 Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador
- 4 Avaliar sintomas de instabilidade psicomotora
- 5 Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e prevenção do insucesso escolar, postura correcta
- 6 Competitividade, prazer em jogos de regras
- 7 Caminho para a escola, transporte escolar
- 8 Utilização do fio dentário

Notas:

---



---



---



---



---



---

## 10 – 18 ANOS

### PARÂMETROS A AVALIAR

	11 – 13 ANOS <sup>1</sup>	15 ANOS	18 ANOS
Peso			
Estatura			
Tensão arterial			
Dentes			
Visão			
Postura			
Estádio pubertário			
Exame físico			
Desenvolvimento <sup>2, 3, 4</sup>			
Sinais/sintomas de alerta <sup>5</sup>			
Perfil lipídico <sup>6</sup>			
Vacinação	7		

1 EXAME GLOBAL DE SAÚDE preencher ficha de ligação para a Saúde Escolar

2 Impulsividade, egocentrismo, flutuações de humor

3 Construção de identidade pessoal e social, autonomização progressiva

4 Capacidade de lidar com impulsos, medos, ansiedades e frustrações

5 Alimentação desequilibrada, perturbação da imagem corporal, comportamentos sexuais de risco, passagens ao acto, equivalentes suicidários

6 Em adolescentes com factores de risco, se não tiver sido avaliado antes

7 Pode iniciar-se aos 10 anos, de acordo com o PNV

Notas:

---



---



---



---



---



---

## 10 – 18 ANOS

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	11 – 13 ANOS	15 ANOS	18 ANOS
Puberdade			
Alimentação			
Prática desportiva			
Saúde oral			
Escola		2	2
Família			
Amigos			
Tempos livres	1	3	3
Sexualidade			
Segurança e acidentes			
Consumos nocivos, riscos			
Cidadania			

- 1 Racionalizar hábitos de TV/computador
- 2 Projectos de futuro, actividade laboral
- 3 Interesses culturais e sociais; associativismo

Notas:

---



---



---



---



---



---

## **IV. Crianças com Necessidades Especiais**

As crianças com necessidades especiais de saúde exigem atenção redobrada e estratégias de intervenção de acordo com essas necessidades ou com probabilidades de ocorrência de acontecimentos indesejáveis (crianças em situação de risco).

Não é possível enumerar estas situações, nem estabelecer um programa único de actuação. Cabe à equipa de saúde identificar as necessidades especiais de cada criança e definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento das capacidades e potencialidades.

As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, de acordo com o Despacho Conjunto nº 891/99, de 19.10.1999.

As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem também cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção dos vários serviços, e que seja assumida a função de «charneira», de preferência pelo médico assistente.

Para além do programa-tipo, poderá ser necessário ajustar a periodicidade e os conteúdos das consultas, bem como outras intervenções – nomeadamente visitação domiciliária – de acordo com as necessidades especiais de cada criança.

## **V. Anexos**

**REGRAS PARA O TRANSPORTE DE CRIANÇAS DESDE A ALTA DA MATERNIDADE**

**IDADES ÓPTIMAS PARA CIRURGIAS**

**ESTÁDIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO**

**TABELAS DE TENSÃO ARTERIAL**

**TABELAS DE PERCENTIS**

## REGRAS PARA O TRANSPORTE DE CRIANÇAS DESDE A ALTA DA MATERNIDADE

- A segurança no automóvel é fundamental e começa mesmo antes do bebé nascer. Assim, a mulher grávida deve usar sempre o cinto de segurança, tendo o cuidado de não deixar que o cinto atravesse o abdómen. Se for à frente, deve pôr o banco na posição mais recuada, para que a distância ao tablier seja a máxima possível. Não deve viajar à frente, se o carro possuir airbag no lugar do passageiro<sup>1</sup>.
- Logo à saída da maternidade, o bebé deve viajar numa «cadeirinha» (sistema de retenção para crianças) voltada para trás<sup>2</sup>, presa com o cinto de segurança do automóvel, num lugar sem airbag frontal. Estas cadeirinhas estão geralmente aprovadas para serem utilizadas até aos 13 Kg.
- No recém-nascido é necessário, em posição de semi-sentado, amparar a cabeça com redutores de apoio de cabeça, ou com uma fralda enrolada, que se coloca entre a cabeça do bebé e o encosto lateral da cadeirinha. Os bebés prematuros ou de baixo peso à nascença podem viajar em alcofas rígidas (etiqueta E), ocupando normalmente dois lugares no banco de trás. A cabeça do bebé deve ficar sempre virada para o interior do veículo.
- As crianças com idade não superior a três anos, transportadas no banco traseiro, devem ser seguras por um sistema de retenção aprovado, adaptado ao seu tamanho e peso (V. Quadro).
- As crianças com idade não superior a 12 anos de idade e de altura inferior a 150 cm devem utilizar prioritariamente os lugares equipados com um sistema de retenção aprovado (V. Quadro), adaptado ao seu tamanho e peso, salvo se o veículo não dispuser daquele sistema, caso em que deverão utilizar o cinto de segurança, se tiverem mais que três anos de idade.

<sup>1</sup> Em muitas viaturas, o *airbag* frontal do passageiro pode ser desligado.

<sup>2</sup> Em caso de uma travagem brusca, só se o bebé viajar de costas para o sentido da marcha, é que cabeça, pescoço e costas serão devidamente apoiados/apoiados.

## DISPOSITIVOS DE RETENÇÃO

Grupos de aprovação definidos pelas normas europeias consoante o peso da criança

GRUPO	PESO	IDADE (APROX.)	POSIÇÃO DA CADEIRA	LUGAR
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BF* ou BT
0+	Até 13 kg	Até 18-24 meses	VT	BF* ou BT
I	9-18 kg	1-4 anos	VT ou VF	BF* ou BT
II	15-25 kg	3-6 anos	VF	BF* ou BT
III	22-36 kg	5 –12 anos	VF	BF* ou BT

VT - Voltado para trás; VF - Voltado para a frente;

BF - Banco da Frente (\*se não tiver airbag); BT – Banco de trás

<sup>1</sup> Antes da compra, deve-se confirmar que o sistema de retenção se ajusta perfeitamente ao carro em que vai ser utilizado.

## IDADES ÓPTIMAS PARA CIRURGIAS

QUISTO DA CAUDA DA SOBRANCELHA	> 6 meses
HELIX VALGUS (ORELHAS EM ABANO)	> 5 anos
FREIOS DA LÍNGUA E INTERDENTAL	avaliar caso a caso
FENDA LABIAL	> 2 meses *
FENDA PALATINA	> 3 / 18 meses *
QUISTOS E FÍSTULAS BRANQUEAIS	qq. idade *
HÉRNIA UMBILICAL	> 4 anos
HÉRNIA INGUINAL / INGUINO-ESCROTAL	ao diagnóstico
HIDROCELO COMUNICANTE	> 2 anos
QUISTO DO CORDÃO (HIDROCELO DO CORDÃO)	> 2 anos
CRIPTORQUIDIA BILATERAL	ao diagnóstico
CRIPTORQUIDIA UNILATERAL	> 18 meses
TORSÃO TESTÍCULO	<b>emergência</b>
FIMOSE	> 3 a 4 anos
FIMOSE COM BALANITES OU ITU ***	avaliar caso a caso
PARAFIMOSE	<b>urgência</b>
HÍMEN IMPERFURADO	ao diagnóstico
HIPOSPÁDIAS	
Meato Punctiforme	ao diagnóstico
Cirurgia Correctiva	> 1 ano
SINDACTILIA	> 6 meses *
POLIDACTILIA	variável / localização
HEMO E LINFANGIOMA	ao diagnóstico **

\* Ao critério do cirurgião

\*\* Nem todos têm indicação cirúrgica

\*\*\* Infecção do tracto urinário

## ESTÁDIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO

(TANNER)

ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; Testículos = 2,5 ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão mamário	Aumento dos testículos; Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pénis; testículos >>
4	Pêlos tipo adulto; não atingem a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento pénis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

## **TABELAS DE TENSÃO ARTERIAL**

O presente programa-tipo de vigilância em saúde infantil e juvenil prevê a determinação por rotina da tensão arterial (TA), a partir dos 4 anos de idade.

A medição da TA nas crianças e adolescentes implica a utilização, por parte dos profissionais de saúde, da técnica e dos equipamentos adequados, aspectos que não cabem no âmbito deste documento.

Os valores encontrados deverão ser interpretados segundo as tabelas de percentis, que se apresentam nas páginas seguintes, e onde se entra em linha de conta não só com a idade e o sexo da criança, mas também com o percentil da estatura, determinado previamente nas tabelas próprias.

### **COMO PROCEDER?**

Em relação à TA sistólica ou diastólica:

1. Situar-se nas linhas da idade da criança/adolescente
2. Encontrar a coluna correspondente ao percentil da estatura, previamente determinado
3. Verificar os valores correspondentes aos percentis 90 e 95 da TA e compará-los com os valores obtidos na criança

Definições:

- **Tensão Arterial NORMAL:** TA sistólica e diastólica inferior ao percentil 90 para a idade e sexo.
- **Tensão Arterial NORMAL-ALTA:** TA sistólica ou diastólica entre os percentis 90 e 95 para a idade e o sexo. Recomenda-se vigilância e avaliação de outros factores de risco.
- **HIPERTENSÃO ARTERIAL:** TA sistólica ou diastólica superior ou igual ao percentil 95 para a idade e o sexo, em três ocasiões separadas. A criança deverá ser enviada a uma consulta da especialidade.

**TABELA 1 - Valores de Tensão Arterial SISTÓLICA por Percentis de Estatura  
RAPARIGAS 1 A 17 ANOS**

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial sistólica / percentil estatura mm Hg **						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	97	98	99	100	102	103	104
	95	101	102	103	104	105	107	107
2	90	99	99	100	102	103	104	105
	95	102	103	104	105	107	108	109
3	90	100	100	102	103	104	105	106
	95	104	104	105	107	108	109	110
4	90	101	102	103	104	106	107	108
	95	105	106	107	108	109	111	111
5	90	103	103	104	106	107	108	109
	95	107	107	108	110	111	112	113
6	90	104	105	106	107	109	110	111
	95	108	109	110	111	112	114	114
7	90	106	107	108	109	110	112	112
	95	110	110	112	113	114	115	116
8	90	108	109	110	111	112	113	114
	95	112	112	113	115	116	117	118
9	90	110	110	112	113	114	115	116
	95	114	114	115	117	118	119	120
10	90	112	112	114	115	116	117	118
	95	116	116	117	119	120	121	122
11	90	114	114	116	117	118	119	120
	95	118	118	119	121	122	123	124
12	90	116	116	118	119	120	121	122
	95	120	120	121	123	124	125	126
13	90	118	118	119	121	122	123	124
	95	121	122	123	125	126	127	128
14	90	119	120	121	122	124	125	126
	95	123	124	125	126	128	129	130
15	90	121	121	122	124	125	126	127
	95	124	125	126	128	129	130	131
16	90	122	122	123	125	126	127	128
	95	125	126	127	128	130	131	132
17	90	122	123	124	125	126	128	128
	95	126	126	127	129	130	131	132

\* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

\*\* Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

TABELA 2 - Valores de Tensão Arterial DIASTÓLICA por Percentis de Estatura

## RAPARIGAS 1 A 17 ANOS

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial diastólica / percentil estatura mm Hg **						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	53	53	53	54	55	56	56
	95	57	57	57	58	59	60	60
2	90	57	57	58	58	59	60	61
	95	61	61	62	62	63	64	65
3	90	61	61	61	62	63	63	64
	95	65	65	65	66	67	67	68
4	90	63	63	64	65	65	66	67
	95	67	67	68	69	69	70	71
5	90	65	66	66	67	68	68	69
	95	69	70	70	71	72	72	73
6	90	67	67	68	69	69	70	71
	95	71	71	72	73	73	74	75
7	90	69	69	69	70	71	72	72
	95	73	73	73	74	75	76	76
8	90	70	70	71	71	72	73	74
	95	74	74	75	75	76	77	78
9	90	71	72	72	73	74	74	75
	95	75	76	76	77	78	78	79
10	90	73	73	73	74	75	76	76
	95	77	77	77	78	79	80	80
11	90	74	74	75	75	76	77	77
	95	78	78	79	79	80	81	81
12	90	75	75	76	76	77	78	78
	95	79	79	80	80	81	82	78
13	90	76	76	77	78	78	79	80
	95	80	80	81	82	82	83	84
14	90	77	77	78	79	79	80	81
	95	81	81	82	83	83	84	85
15	90	78	78	79	79	80	81	82
	95	82	82	83	83	84	85	86
16	90	79	79	79	80	81	82	82
	95	83	83	83	84	85	86	86
17	90	79	79	79	80	81	82	82
	95	83	83	83	84	85	86	86

\* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

\*\* Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

TABELA 3 - Valores de Tensão Arterial SISTÓLICA por Percentis de Estatura

## RAPAZES 1 A 17 ANOS

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial sistólica / percentil estatura mm Hg **						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	98	100	102	102
	95	98	99	101	102	104	106	106
2	90	98	99	100	102	104	105	106
	95	101	102	104	106	108	109	110
3	90	100	101	103	105	107	108	109
	95	104	105	107	109	111	112	113
4	90	102	103	105	107	109	110	111
	95	106	107	109	111	113	114	115
5	90	104	105	106	108	110	112	112
	95	108	109	110	112	114	115	116
6	90	105	106	108	110	111	113	114
	95	109	110	112	114	115	117	117
7	90	106	107	109	111	113	114	115
	95	110	111	113	115	116	118	119
8	90	107	108	110	112	114	115	116
	95	111	112	114	116	118	119	120
9	90	109	110	112	113	115	117	117
	95	113	114	116	117	119	121	121
10	90	110	112	113	115	117	118	119
	95	114	115	117	119	121	122	123
11	90	112	113	115	117	119	120	121
	95	116	117	119	121	123	124	125
12	90	115	116	117	119	121	123	123
	95	119	120	121	123	125	126	127
13	90	117	118	120	122	124	125	126
	95	121	122	124	126	128	129	130
14	90	120	121	123	125	126	128	128
	95	124	125	127	128	130	132	132
15	90	123	124	125	127	129	131	131
	95	127	128	129	131	133	134	135
16	90	125	126	128	130	132	133	134
	95	129	130	132	134	136	137	138
17	90	128	129	131	133	134	136	136
	95	132	133	135	136	138	140	140

\* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

\*\* Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

TABELA 4 - Valores de Tensão Arterial DIASTÓLICA por Percentis de Estatura

## RAPAZES 1 A 17 ANOS

Idade (anos)	Percentil Tensão arterial *	Tensão arterial diastólica / percentil estatura mm Hg **						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	50	51	52	53	54	54	55
	95	55	55	56	57	58	59	59
2	90	55	55	56	57	58	59	59
	95	59	59	60	61	62	63	63
3	90	59	59	60	61	62	63	63
	95	63	63	64	65	66	67	67
4	90	62	62	63	64	65	66	66
	95	66	67	67	68	69	70	71
5	90	65	65	66	67	68	69	69
	95	69	70	70	71	72	73	74
6	90	67	68	69	70	70	71	72
	95	72	72	73	74	75	76	76
7	90	69	70	71	72	72	73	74
	95	74	74	75	76	77	78	78
8	90	71	71	72	73	74	75	75
	95	75	76	76	77	78	79	80
9	90	72	73	73	74	75	76	77
	95	76	77	78	79	80	80	81
10	90	73	74	74	75	76	77	78
	95	77	78	79	80	80	81	82
11	90	74	74	75	76	77	78	78
	95	78	79	79	80	81	82	83
12	90	75	75	76	77	78	78	79
	95	79	79	80	81	82	83	83
13	90	75	76	76	77	78	79	80
	95	79	80	81	82	83	83	84
14	90	76	76	77	78	79	80	80
	95	80	81	81	82	83	84	85
15	90	77	77	78	79	80	81	81
	95	81	82	83	83	84	85	86
16	90	79	79	80	81	82	82	83
	95	83	83	84	85	86	87	87
17	90	81	81	82	83	84	85	85
	95	85	85	86	87	88	89	89

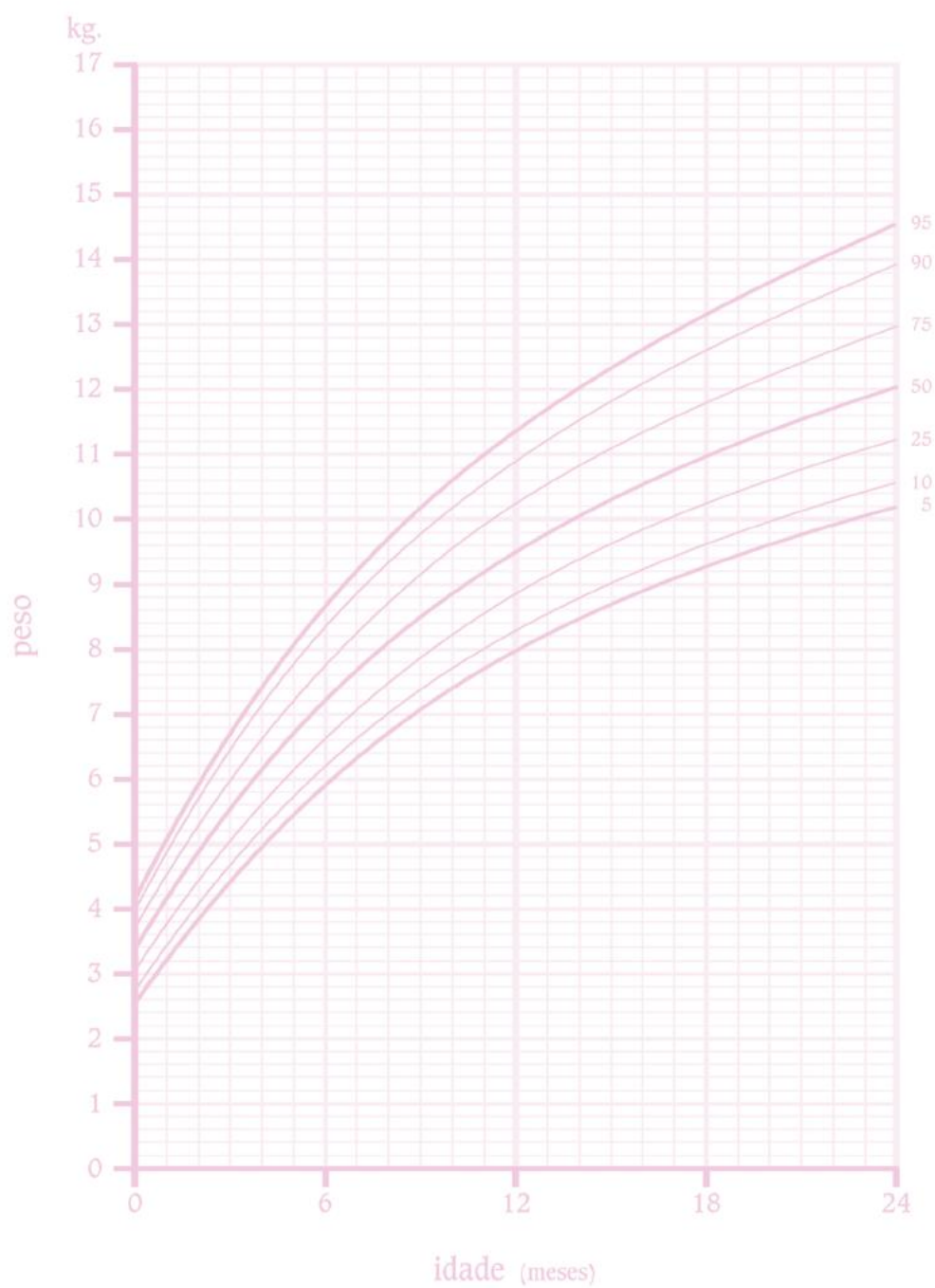
\* Percentil de tensão arterial determinada por uma única leitura

\*\* Percentil de estatura determinado nas curvas-padrão de crescimento

## TABELAS DE PERCENTIS

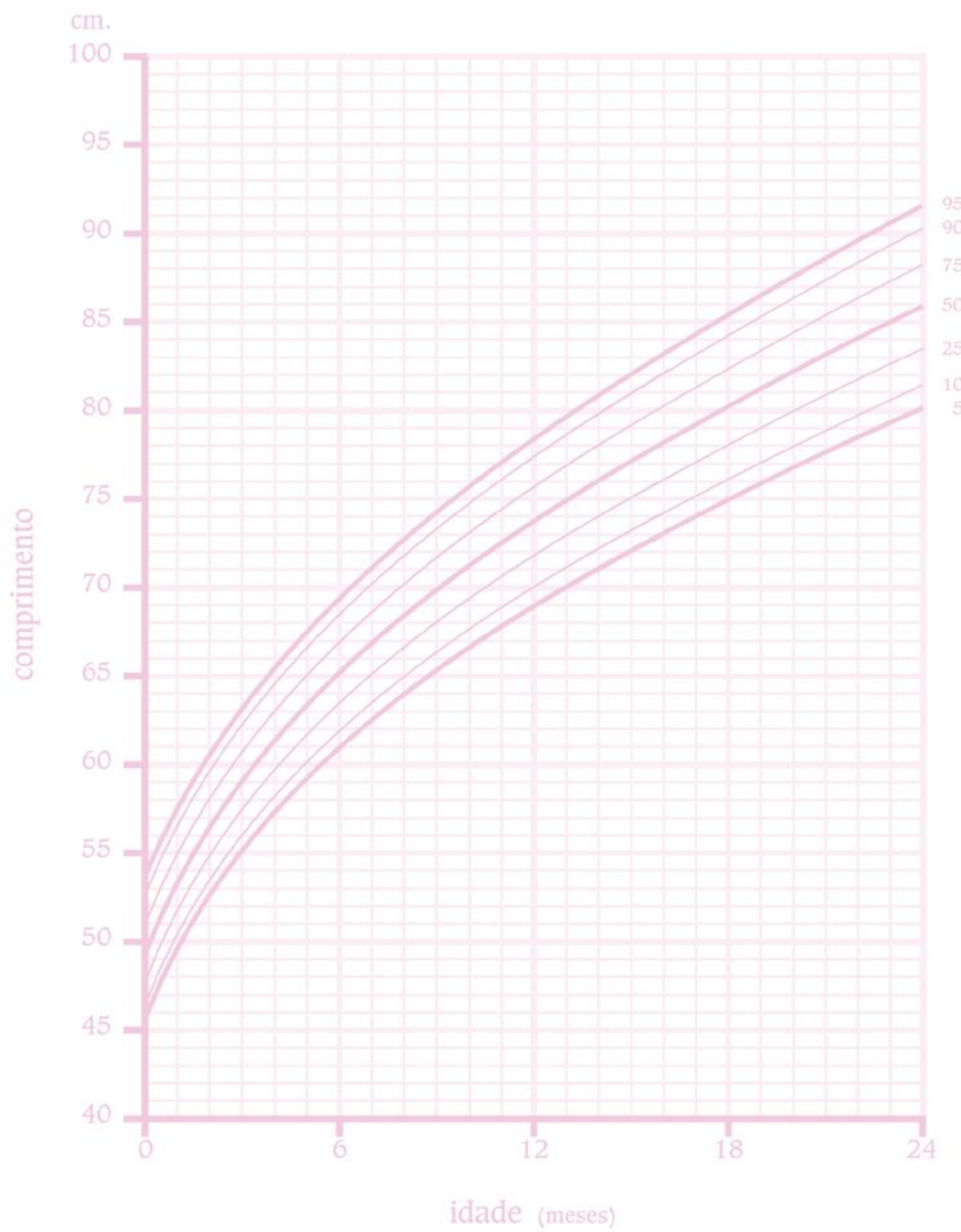
RAPARIGAS

*peso 0-24 meses*



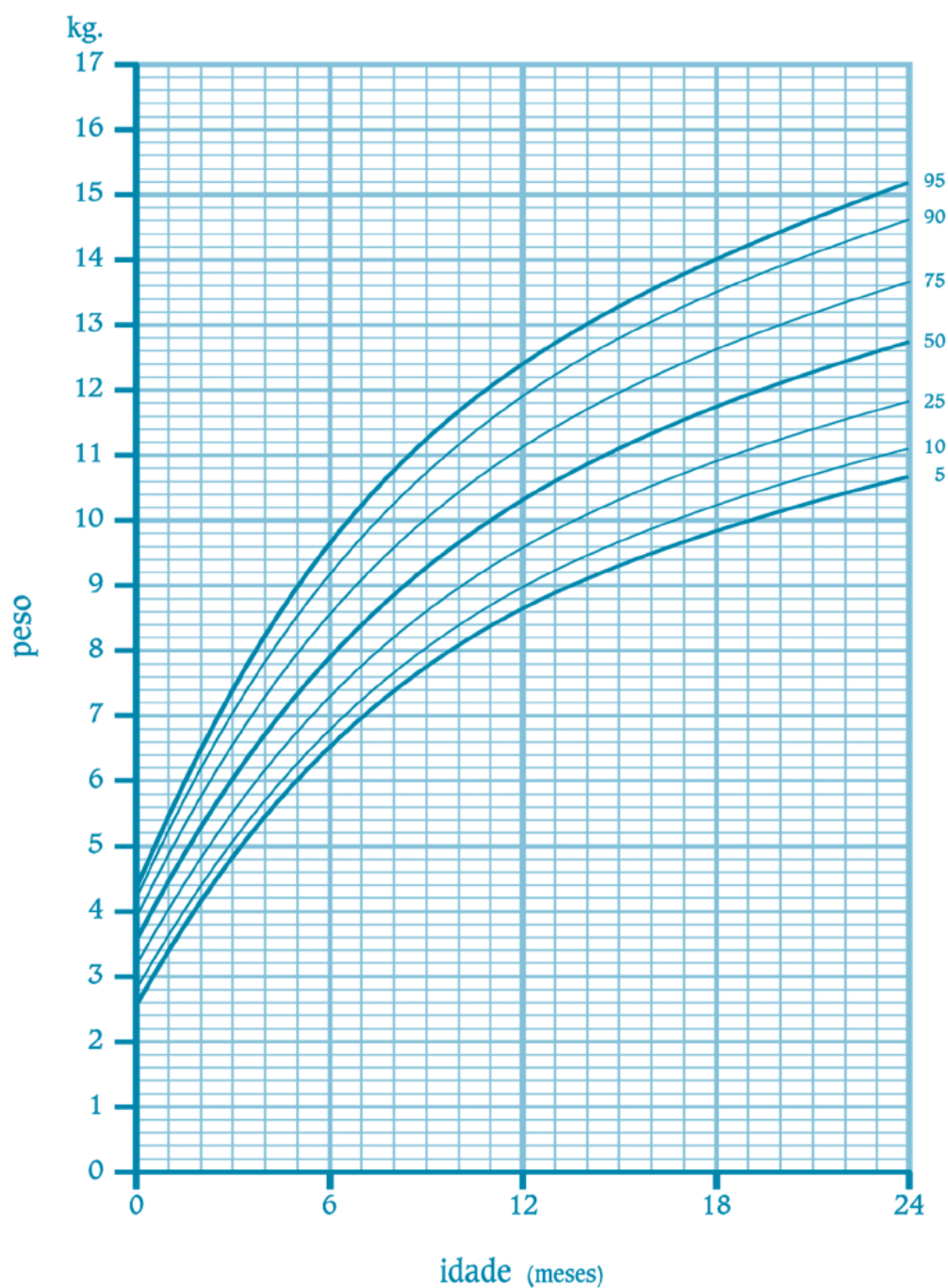
RAPARIGAS

*comprimento 0-24 meses*



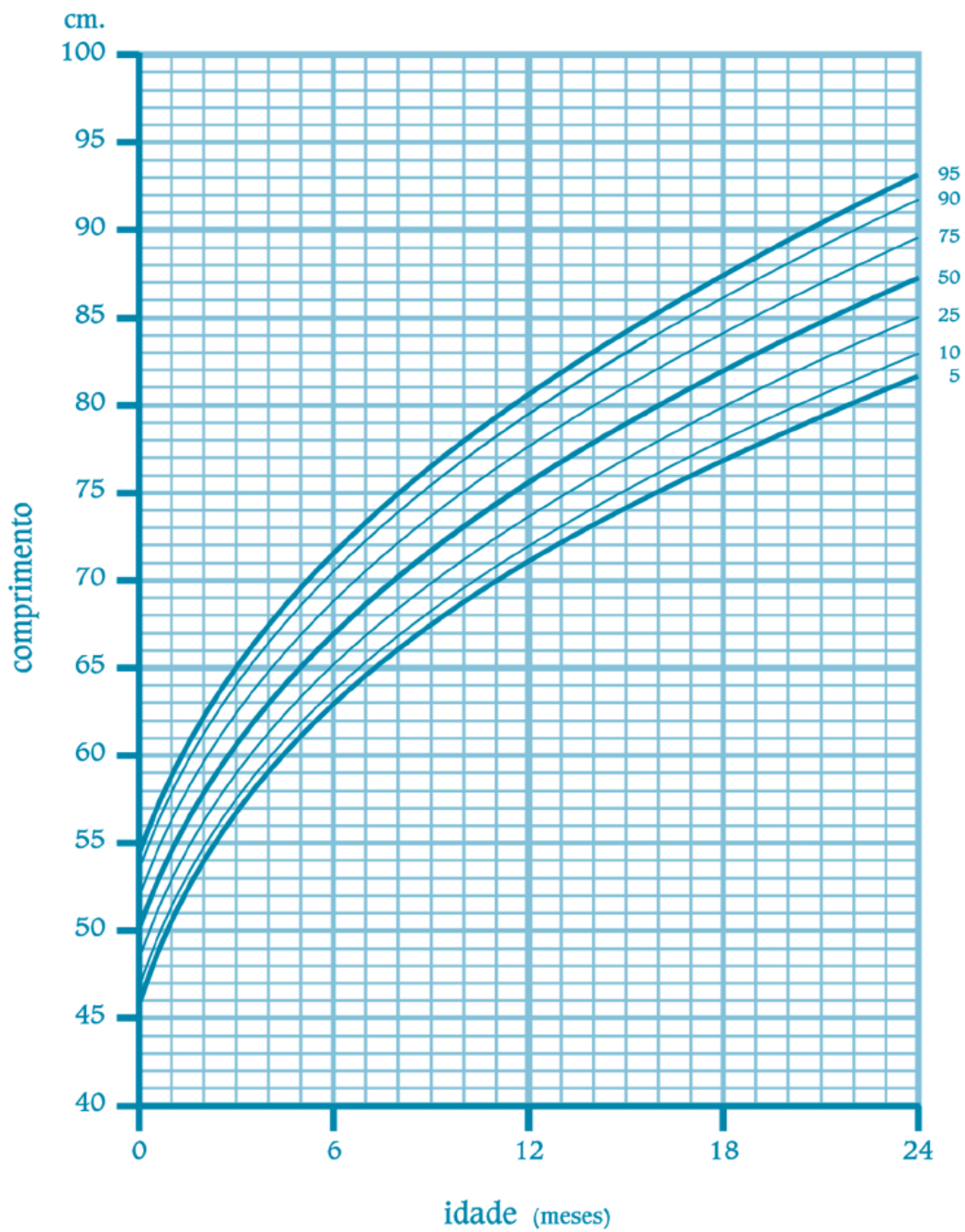
RAPAZES

*peso 0-24 meses*



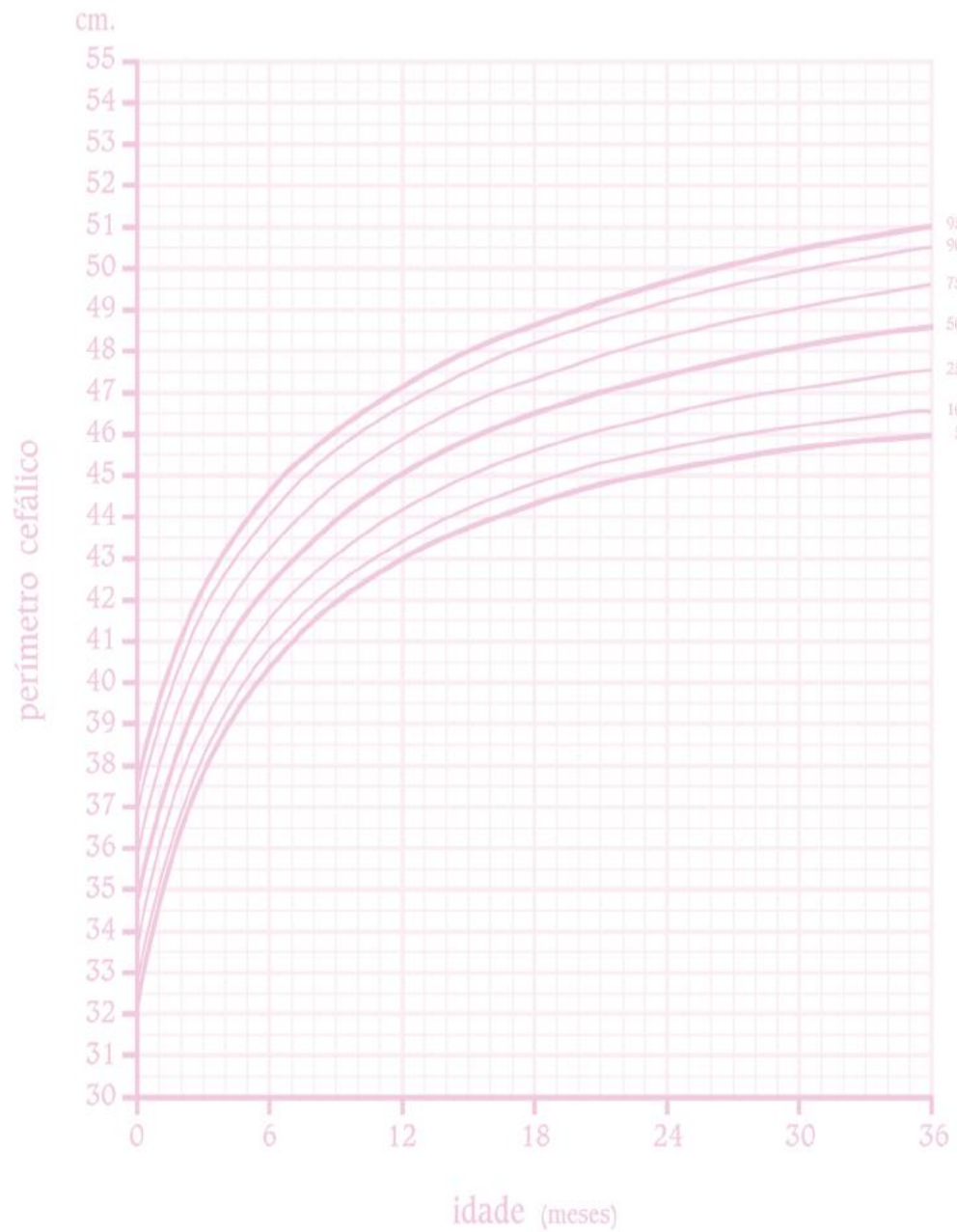
RAPAZES

## *comprimento 0-24 meses*



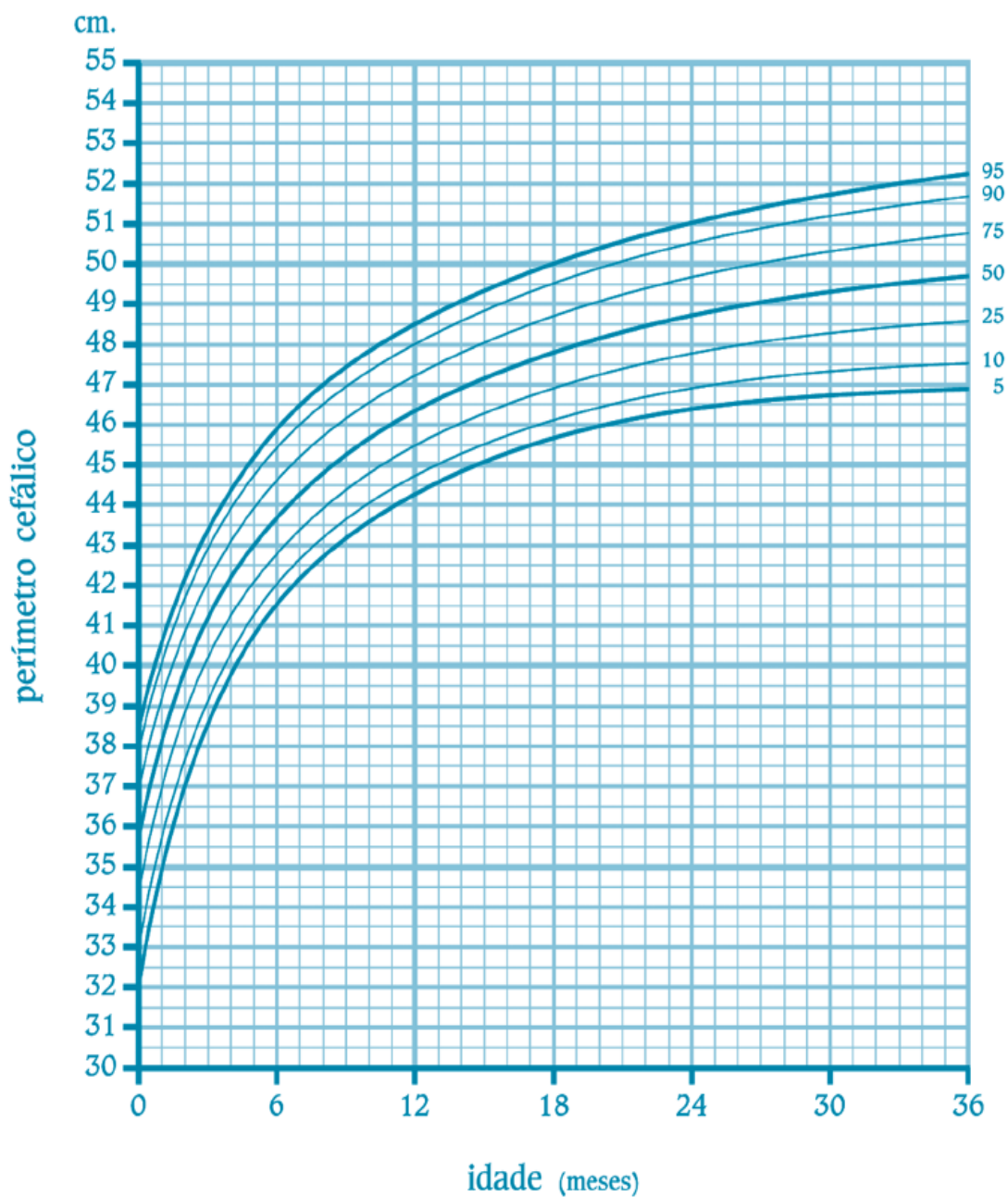
RAPARIGAS

## *perímetro cefálico 0-36 meses*



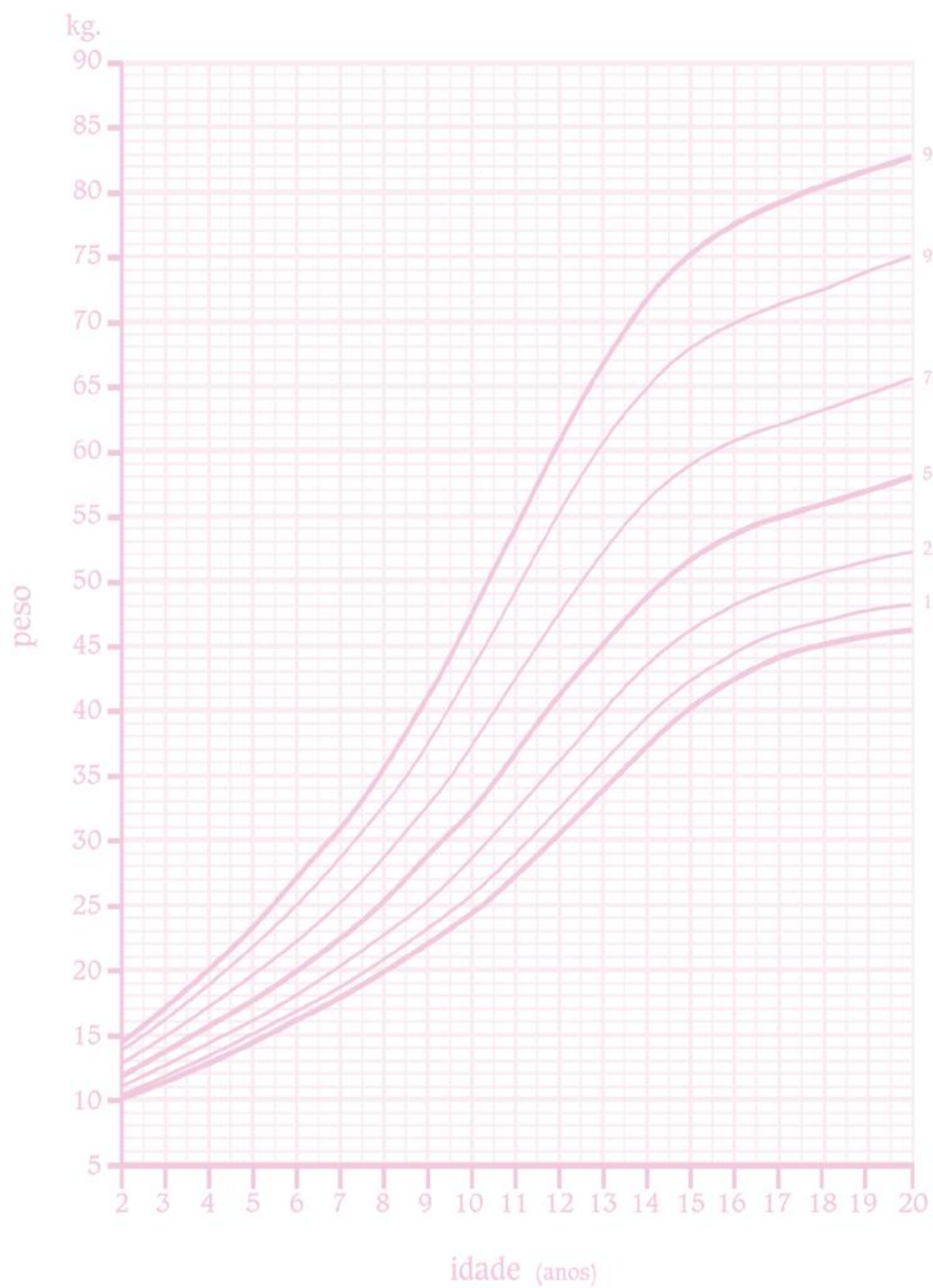
RAPAZES

## *perímetro cefálico 0-36 meses*



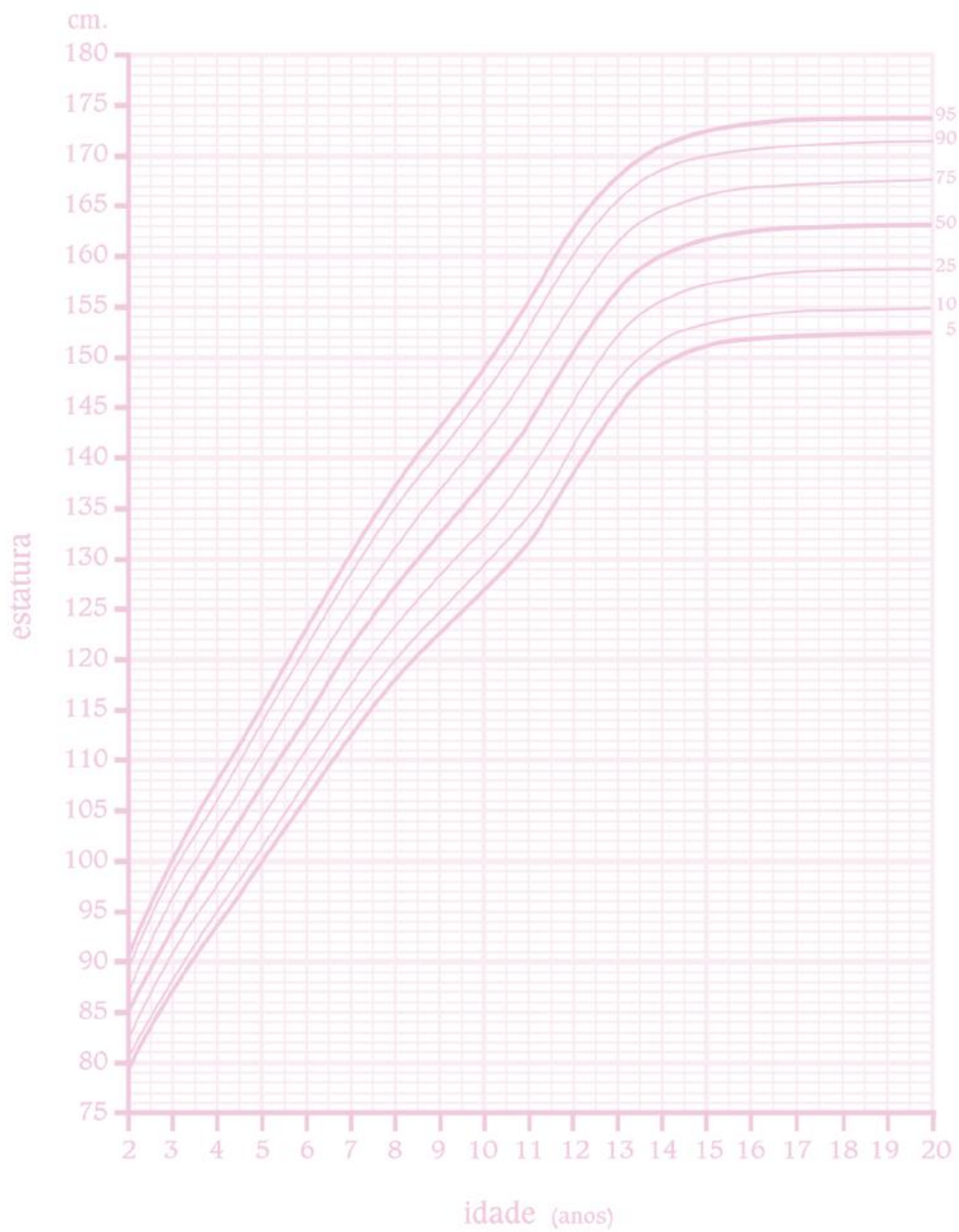
RAPARIGAS

*peso 2-20 anos*



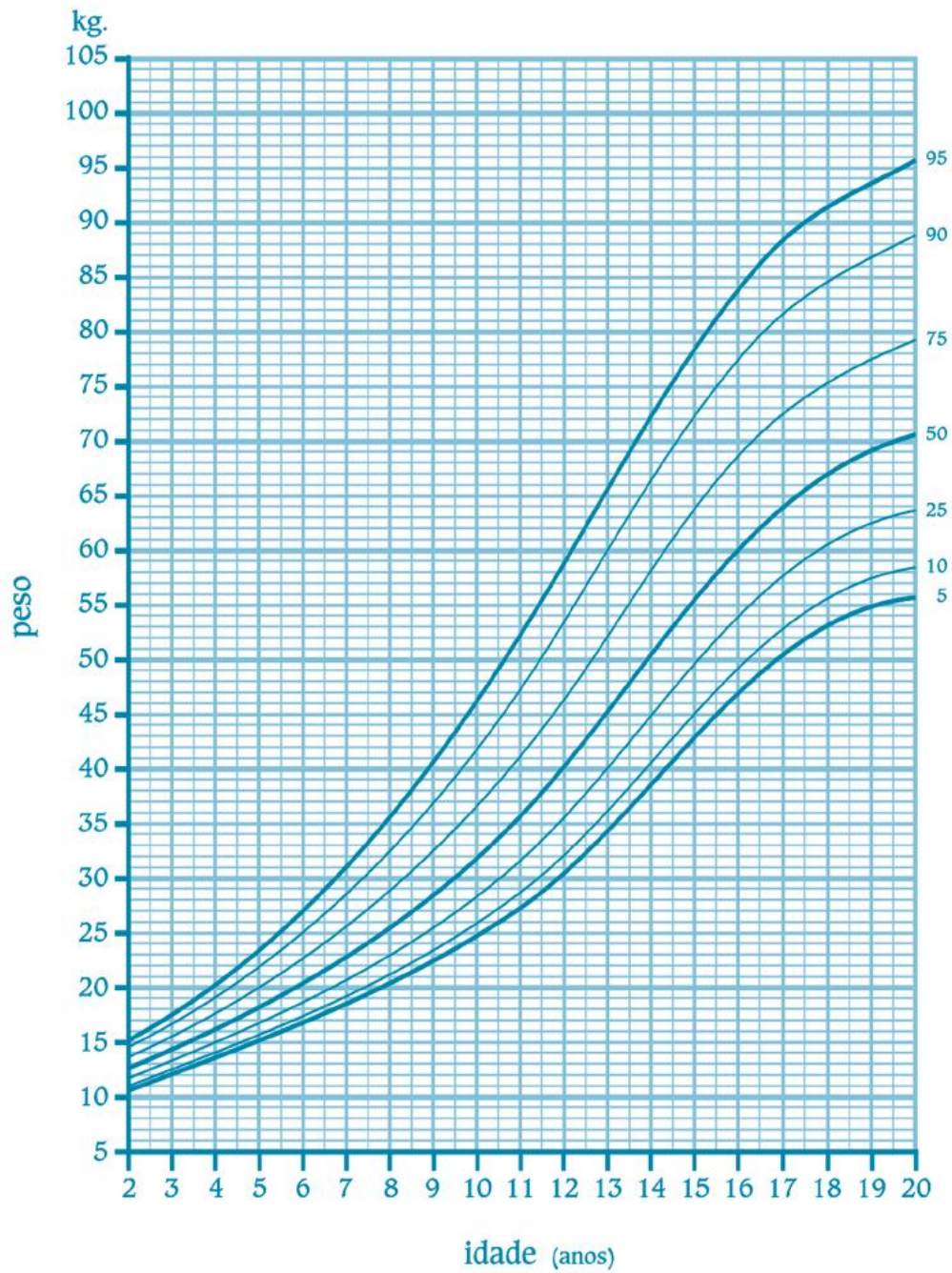
RAPARIGAS

*estatura 2-20 anos*



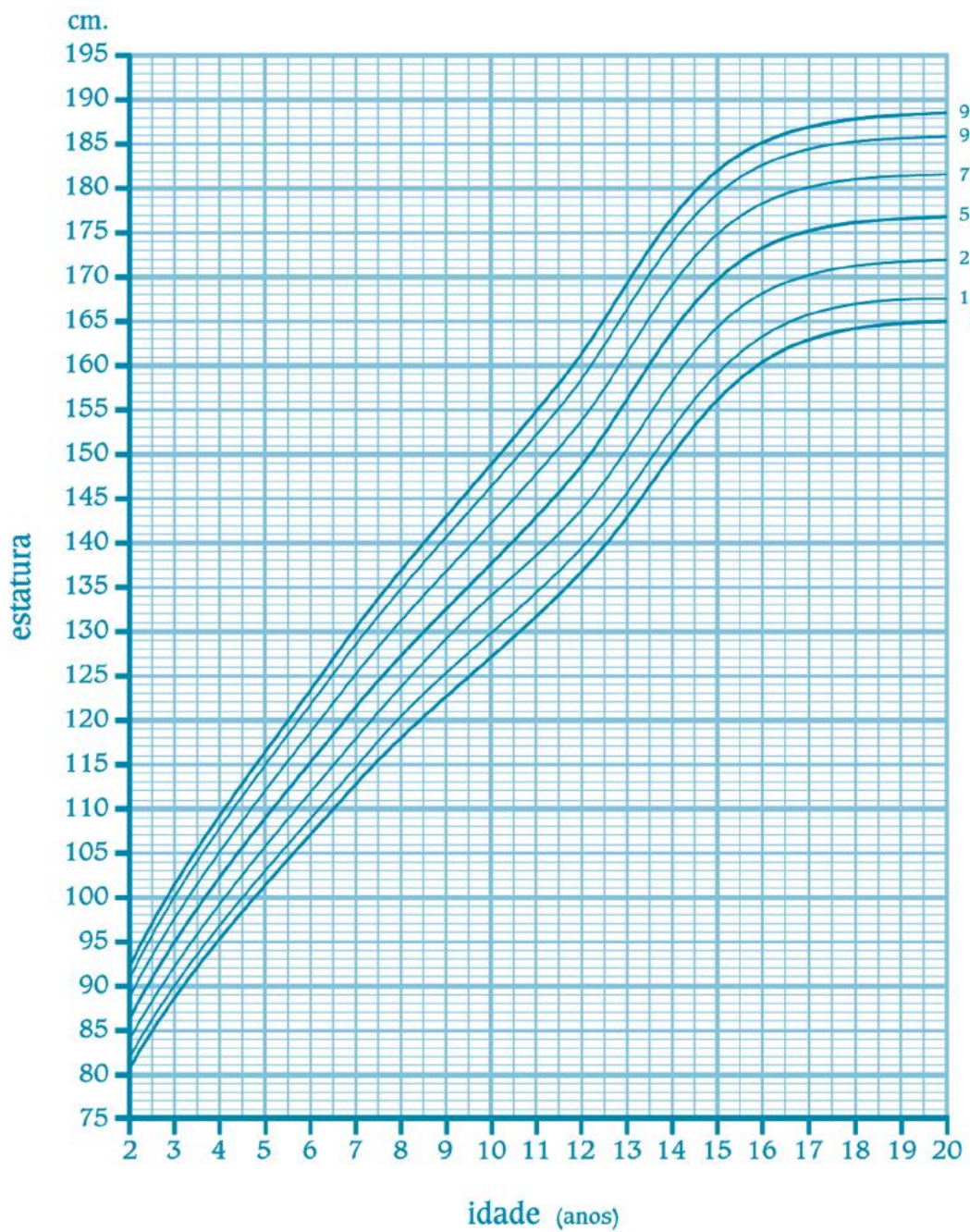
RAPAZES

*peso 2-20 anos*



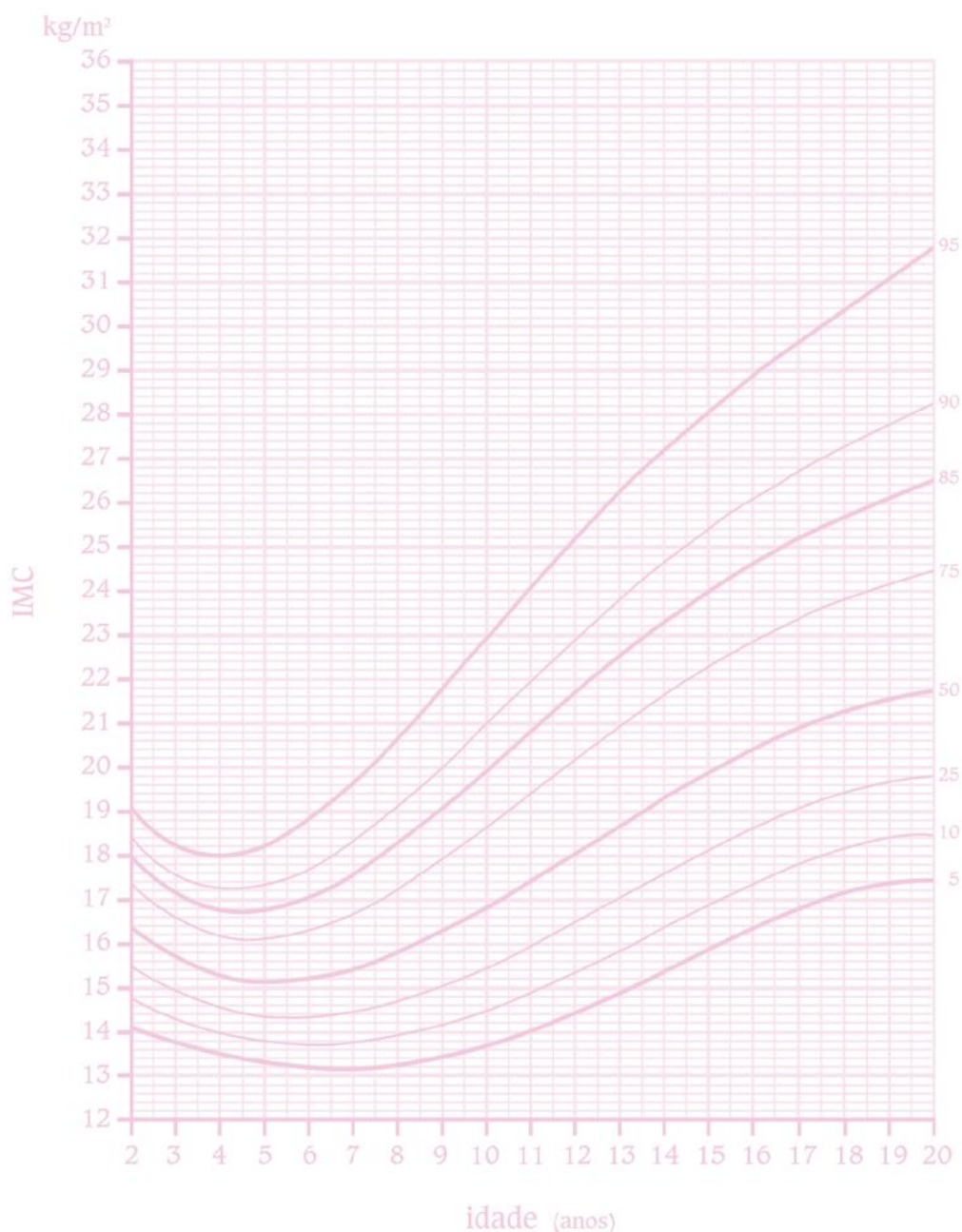
RAPAZES

*estatura 2-20 anos*



RAPARIGAS

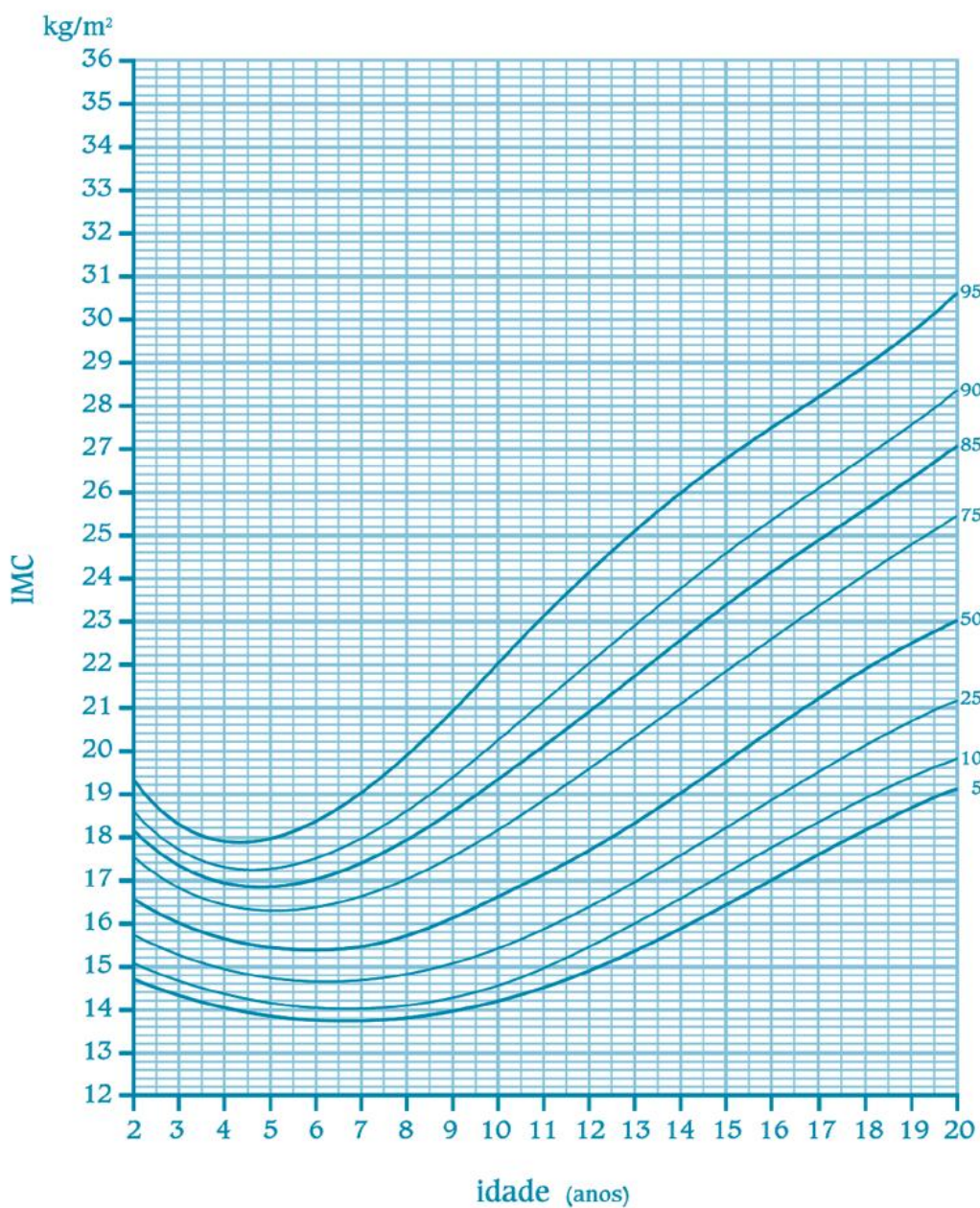
## índice de massa corporal 2-20 anos



OBESIDADE > percentil 95  
EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

RAPAZES

## índice de massa corporal 2-20 anos



OBESIDADE > percentil 95  
 EXCESSO DE PESO > percentil 85 e < percentil 95

## VI. Bibliografia

American Academy of Pediatrics. Selecting and using the most appropriate car safety seats for Growing Children: Guidelines for Counselling Parents. *Pediatrics* 2002; 109: 550-553.

Centers for Disease Control and Prevention. 2000 CDC Growth Charts: United States. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts>.

Cordeiro M, Menezes H C. ABC da Segurança na Estrada. Ed. Pais & Filhos. Lisboa, 1999.

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Crescimento e maturação dos 0-18 anos (Orientações Técnicas). Lisboa: DGCSP, 1989.

PORTUGAL. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Saúde Infantil e Juvenil: Programa – tipo de actuação. Lisboa: DGCSP, 1992.

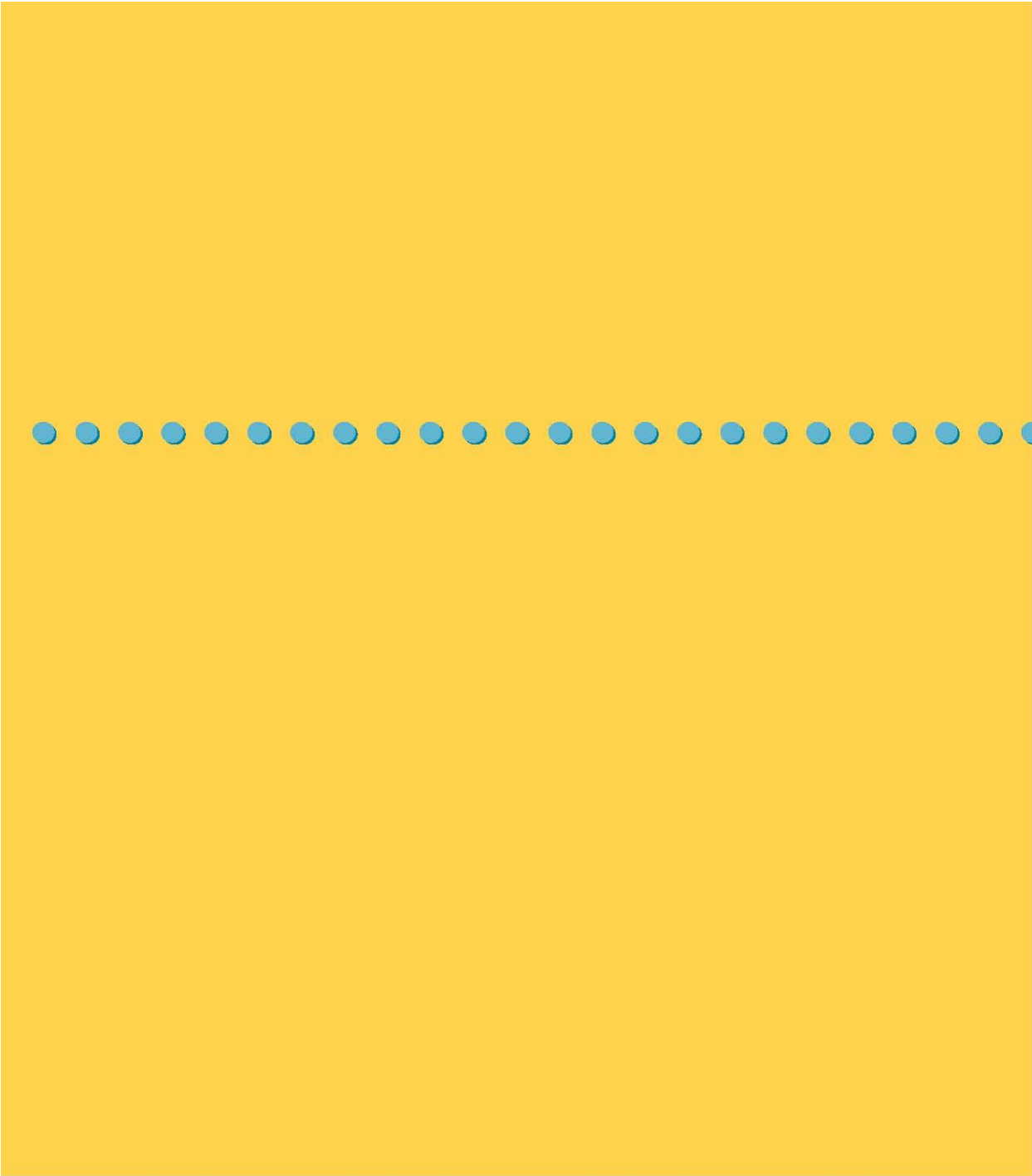
PORTUGAL. Ministério da Administração Interna. Portaria n.º 849/94. DR: I série, 1994.09.22, p. 5680.


Ravitch, Mark M. Pediatric Surgery. Chicago, Year Book Medical Publishers, 3rd ed., 1979.


Tanner J M Growth at adolescence. Oxford, Blackwell, 2nd ed., 1962, p. 28-39.


Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents: A Working Group Report from the National High Blood Pressure Education Program. *Pediatrics* 1996; 98: 649-658.

Vehicle Safety and Children. *JAMA* 2002; 287: 1212.



  
Fundos Estruturais

  
Ministério da Saúde  
Direcção-Geral da Saúde

  
**Saúde XXI**  
Programa Operacional Saúde

## **Anexo 2 - Metodologia de Projecto**

### **Metodologia de Projecto**

#### **(PROJECTOS)**

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

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

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

- **Identificação do(s) problema(s)**
  - Caracterizar a gravidade do problema, tendo em conta que a “realidade” é um todo complexo, logo os dados devem ser de diversas origens (saúde, habitação, educação, actividades económicas, etc.) e poder ser comparáveis;
  - O diagnóstico local deve permitir desenhar uma intervenção baseada nos dados recolhidos, nos recursos existentes, disponíveis e potenciais;
  - Existindo mais do que um problema, avaliar a dimensão de cada um deles, em termos de frequência e gravidade, e ponderar a adesão da comunidade, seleccionando o que for considerado prioritário e exequível por todos os parceiros.

□ **Identificação dos objectivos**

- Os objectivos deverão corresponder às alterações que se querem promover. Pode ser um grande objectivo que indica o sentido da mudança, quantificando-a, ou traduzir momentos de mudança;
- Os objectivos deverão ser explicitados em termos de espaço e de tempo, assim como de destinatários.

□ **Seleção de actividades**

- Nas actividades a realizar os alunos deverão ser considerados como sujeitos-actores do processo educativo, terão de ser contempladas as cinco dimensões das escolas promotoras da saúde - organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária - e ter-se-á em conta que o trabalho se deverá desenvolver em rede intersectorial;
- Para cada actividade, é importante especificar as tarefas necessárias à sua realização cabal e as pessoas que a executarão.
- Elaborar o cronograma das actividades é indispensável.

□ **Preparação de um orçamento para o projecto.**

□ **Organização do trabalho dos indivíduos, dos grupos e dos serviços**

- Saber “quem lidera o projecto”, “quem é o responsável por quem”, e “quem deve consultar quem”.

□ **Avaliação do projecto.**

- Por cada objectivo, listar os principais indicadores a recolher, as pessoas que efectuam o registo e tratam os dados.
- A avaliação da efectividade dos projectos de promoção da saúde deverá pôr em evidência o processo e os resultados, considerando, nomeadamente:
  - Em que medida o projecto teve a participação da comunidade educativa, contribuiu para a mudança das políticas da escola e teve controlo de custos (dimensão organizacional);

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

### Anexo 3 - Check-List de Actividades Obrigatórias por Ciclo de Ensino

Actividades obrigatórias	1.º Ciclo do Ensino Básico	2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico	Ensino Secundário
Monitorização do EGS	5-6 Anos	13 Anos	
Monitorização do cumprimento do PRV	6 Anos	13 Anos	
Cumprimento da legislação de Evicção Escolar	√	√	√
Apoio à Inclusão Escolar de Crianças e Jovens com NSE	√	√	√
Monitorização dos Acidentes	√	√	√
Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde	√	√	√

Projectos Prioritários de Promoção de Saúde	1.º Ciclo do Ensino Básico	2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico	Ensino Secundário
1. Saúde Mental	√	√	√
2. Saúde Oral	√	√	√
3. Alimentação Saudável	√	√	√
4. Actividade Física	√	√	√
5. Educação para o Ambiente e a Saúde	√	√	√
6. Promoção da Segurança e Prevenção dos Acidentes	√	√	√
7. Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção das Doenças Transmissíveis	√	√	√
8. Prevenção do Consumo de Substâncias Lícitas	√	√	√
9. Prevenção do Consumo de Substâncias Ilícitas	√	√	√
10. Prevenção da Violência Escolar e do Bullying	√	√	√
11. Educação para o Consumo	√	√	√