

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: A CRIANÇA E O JOVEM COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS EM CONTEXTO ESCOLAR



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: A CRIANÇA E O JOVEM COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS EM CONTEXTO ESCOLAR

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) – Mandato 2020-2023

AUTORES / REDATORES

Leonel Lusquinhos Sousa Oliveira (Coordenador)

Constança Maria da Silva Festas Barbosa

Celina Pereira Ferreira Machado

Natália Machado

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

Lina Maria Cardoso de Jesus Pereira

José Manuel da Silva Vilelas

[O grupo de autores foi nomeado pela Nota Interna 02/2021, aprovada na reunião do Conselho Diretivo de 5 de Janeiro de 2021]

REVISÃO TÉCNICA

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Mandato 2020-2023

REVISTO PELOS PERITOS

Filipa Daniela

Sandra Ilda Morais Lopes

EDITOR

Ordem dos Enfermeiros

EDIÇÃO

Papa-Letras (www.papa-letras.pt)

CAPA

Ordem dos Enfermeiros

GRAFISMO E PAGINAÇÃO

Gráfica Almondina (www.grafica-almondina.com)

ISBN

978-989-8444-69-1

1.ª edição digital: setembro de 2023

© 2023, Ordem dos Enfermeiros

Todos os direitos reservados por: ORDEM DOS ENFERMEIROS



Sede
Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 75
1700-028 Lisboa
T: 218455230
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

LISTA DE SIGLAS

- ATL** – Atividades de Tempos Livres
- CRTIC** – Centro de Recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação
- CRI** – Centro de Recursos para a Inclusão
- CIF** – Classificação Internacional da Funcionalidade
- CIFCJ** – Classificação Internacional da Funcionalidade da Criança e do Jovem
- CPCJ** – Comissão/ões de Proteção de Crianças e Jovens
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- EE** – Encarregados de Educação
- EESIP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- EMAEI** – Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva
- GOBP** – Guia Orientador de Boas Práticas
- HBSC** – *Health Behaviour in School-aged Children*
- MCEESIP** – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- NEE** – Necessidades Educativas Especiais
- NSE** – Necessidades de Saúde Especiais
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PEI** – Programa Educativo Individual
- PIIP** – Plano Individual de Intervenção Precoce
- PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar
- PSI** – Plano de Saúde Individual
- RSI** – Rendimento Social de Inserção
- RTP** – Relatório Técnico-Pedagógico
- SIM@SNS** – Sistema de Informação e Monitorização do SNS
- SNIPI** – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UNESCO** – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
- USF** – Unidade de Saúde Familiar



ÍNDICE

PREÂMBULO	6
1. FUNDAMENTAÇÃO	8
1.1. Evolução histórica da problemática da criança/jovem com Necessidades de Saúde Especiais	8
1.2. A criança e as Necessidades de Saúde Especiais	10
1.2.1. A criança – Um ser com Necessidades de Desenvolvimento	10
1.2.2. As Necessidades Irredutíveis da Criança	11
1.2.3. As Necessidades de Saúde Especiais, foco da atenção da Equipa de Saúde Escolar	12
1.2.4. A realidade das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais em Portugal	13
2. PADRÕES DE QUALIDADE	14
3. NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS EM CONTEXTO ESCOLAR	16
3.1. Referenciação	16
3.2. Primeiro contacto	18
3.3. Avaliação	18
3.3.1. A Classificação Internacional de Funcionalidade	19
3.3.2. Avaliação do Perfil de Funcionalidade	20
3.3.2.1 Atividades e Participação	20
3.3.2.2 Atividades e Participação - Avaliação de Enfermagem - Resumo Mínimo de dados	22
3.3.3.2 Fatores Ambientais	32
3.4. Intervenção	36
3.4.1. Elaboração do Plano de Saúde Individual	36
3.4.2. Capacitação da comunidade escolar	42
3.4.3. Monitorização/Avaliação do Plano de Saúde Individual	43
3.4.4. Articulação do Plano de Saúde Individual com outros Documentos de Referência para o contexto escolar	43
4. ALGORITMO DE ATUAÇÃO	45
5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	52
ANEXO I – Proposta de Modelo de Referenciação da criança / jovem com NSE	52
ANEXO II – Escala de avaliação Mary Sheridan modificada	53
ANEXO III - Proposta de Modelo de Plano de Saúde Individual – adaptado do PNSE ..	56



MENSAGEM DA SENHORA BASTONÁRIA E DA PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM

Este Guia Orientador de Boas Práticas é um trabalho desenvolvido por Enfermeiros Especialistas da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) e tem como objetivo ajudar as crianças e jovens com necessidades especiais em contexto escolar, bem como as suas famílias.

Trata-se de um documento com orientações de atuação e boas práticas profissionais, que se dirige aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e a todos os Enfermeiros que intervêm em Saúde Escolar, constituindo-se, assim, como um instrumento valioso baseado na mais recente evidência científica.

Todas as crianças são diferentes, com características próprias, e o que é diferente tem de ser tratado de forma diferente. São conhecidas as carências da área da Saúde Escolar, sendo o Enfermeiro o profissional de Saúde que está mais bem preparado para ajudar a superar as dificuldades destas crianças e jovens, numa perspetiva de equipa multidisciplinar, envolvendo os professores e as famílias.

Assim, este guia reúne um conjunto de intervenções de forma a assegurar cuidados diferenciados, em função das necessidades específicas de cada criança, com um desígnio comum: a salvaguarda dos direitos das crianças, proporcionando um crescimento saudável e acompanhado.

Este é mais um trabalho notável da MCEESIP, que valoriza a Enfermagem e que deve ser partilhado com todos os colegas. A partilha de conhecimentos e experiências é fundamental para o desenvolvimento e crescimento da Enfermagem.

Agradecemos todo o empenho, dedicação e profissionalismo que dedicaram a este projeto. O sentido dos guias práticos é estar ao serviço dos Enfermeiros e não deixar ninguém sozinho.

Ana Rita Cavaco, Bastonária

Ana Fonseca, Presidente do CE

PREÂMBULO (MENSAGEM DO PRESIDENTE DA MESA)

Atualmente é consensual que todas as crianças e jovens são especiais, mas, a que nos referimos quando dizemos "crianças e jovens com necessidades de saúde especiais"? Referimo-nos a qualquer criança e jovem que possa necessitar de uma intervenção de enfermagem em resposta a um problema de âmbito físico, emocional ou de aprendizagem. A criança e jovem pode apresentar uma dificuldade ou a combinação de várias, o que poderá ter implicações na aprendizagem e na realização de atividades que eram expectáveis no desenvolvimento daquela criança e jovem.

Para a criança e jovem com necessidades especiais, bem como para as suas famílias, a vida pode apresentar mais desafios, porque por vezes é mais difícil realizar atividades simples, como aprender a ler ou, se a criança possuir uma deficiência física, locomover-se. Assim, este guia evidencia um conjunto de intervenções, que têm como objetivo ajudar as crianças, jovens e suas famílias tornarem-se o mais independentes possível no ambiente escolar. O enfermeiro é o profissional de saúde que está mais bem preparado para as cuidar, assegurando cuidados diferenciados que exigem conhecimentos, habilidades e recursos para além do habitual.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica tem vindo a promover o desenvolvimento de Guias Orientadores de Boas Práticas com o propósito, de atualizar e disponibilizar aos enfermeiros intervenções cada vez mais informadas com a melhor evidência, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e jovem e sua família.

É apanágio da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica a existência de Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica nas Escolas, sendo que estas diariamente enfrentam vários desafios apresentados pelas crianças, jovens e famílias com necessidades de saúde especiais, porque a lei exige que ofereçam oportunidades educacionais a todas as crianças. Não obstante a situação agrava-se quando a Escola não oferece condições, quer seja de ordem estrutural, ou a inexistência de profissionais de saúde adequadamente preparados no ambiente escolar. Surge assim a oportunidade dos Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolverem as suas competências específicas, na área da saúde escolar direcionando o seu foco de atenção para as crianças e jovens que têm, ou que estão em risco de apresentar uma doença crónica, de desenvolvimento, comportamental ou emocional, e necessitam de maior número de cuidados de saúde e serviços, em relação ao que é exigido pelas crianças em geral.

Desta forma o foco da atenção destes Enfermeiros, engloba a criança e jovem com necessidades de saúde especiais e a sua família como um todo, tornando-os parceiros, ajudando-os no processo de cuidar e de construção do seu projeto de saúde.

Este Guia Orientador de Boas Práticas em conformidade com o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) pretende ser um valioso instrumento para os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), por forma a garantir uma resposta adequada às crianças/jovens/famílias com Necessidades de Saúde Especiais.

Inequivocamente, o desígnio dos Enfermeiros é salvaguardar os direitos das crianças, a aceitação à diferença, a promoção de atitudes de respeito e o reconhecimento do valor e o mérito pessoal.

Neste sentido, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica agradece a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste Guia.

José Manuel da Silva Vilelas

*Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem
em Saúde Infantil e Pediátrica*

1. FUNDAMENTAÇÃO

Este capítulo refere-se à fundamentação da problemática da criança e do jovem com NSE na escola, apresentando-se uma breve evolução histórica e o desenvolvimento da criança e das suas necessidades. É realizada uma reflexão sobre o conceito de NSE e a forma como tem de ser o foco da atenção da equipa de saúde escolar, bem como se dão alguns dados relativos ao número de crianças e jovens que apresentam problemas de saúde que podem ter impacto no processo de aprendizagem.

1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PROBLEMÁTICA DA CRIANÇA/ JOVEM COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

Foi essencialmente nos séculos XVIII e XIX que se começou a considerar a infância como uma fase distinta da vida adulta, assim, de acordo com o descrito por Depaepe e Smeyers (2016), intensificou-se o interesse dos adultos sobre as crianças e sua educação. Na perspetiva de Castro, Sá e Camargo (2017), a educação infantil no decorrer da história foi-se estabelecendo como um direito social. No que respeita às crianças com NSE, este processou-se através de um percurso longo de segregação, de extermínio e abandono, mas que na era dos direitos humanos foram incluídos na inclusão social. Neste sentido, Christmann e Pavão descrevem que *“A deficiência traz, em si, a presença da diferença, a qual muitas vezes gera estranheza e aversão”* (2018, p. 6).

Da consulta dos diversos relatórios da Direção-Geral da Saúde e dados estatísticos oficiais, e realçando especialmente o último relatório de 2021 da Direção-Geral de Estatística da Educação e Ciência, sobre as crianças com NEE pode-se concluir que houve um acréscimo de crianças com NEE em 2017/2018, sendo que a maioria, frequentava os estabelecimentos públicos. Verificou-se, ainda, que ao nível do desempenho, as crianças do pré-escolar apresentavam muita dificuldade em diferentes áreas como *“Adquirir e aplicar conhecimentos”*, *“Adquirir linguagem”* e *“Comunicar”*. As crianças matriculadas no ensino básico ou secundário apresentavam, maioritariamente, muita dificuldade nas áreas de *“Aprendizagem escolar”*, *“Aprendizagem geral”* e *“Linguagem”*. As medidas educativas aplicadas a estas crianças/alunos foram o *“Apoio pedagógico personalizado”*, *“Adequações no processo de avaliação”* e as *“Adequações curriculares individuais”*.

A Convenção dos Direitos da Criança é um documento que enuncia um amplo conjunto de direitos fundamentais de todas as crianças, representando um vínculo jurídico para a promoção e proteção eficaz dos direitos e liberdades nela consagrados. Os Programas Nacionais de Saúde Escolar, têm evidenciado a escola inclusiva, aconselhando que todas as crianças/jovens devem aprender juntas, independentemente das deficiências, dificuldades, diferenças ou necessidades específicas que apresentem, adotando práticas pedagógicas diferenciadas, centradas na cooperação, envolvendo todas as crianças, aceitar as diferenças e apoiar as aprendizagens, por forma a responderem às necessidades individuais da cada criança/jovem. É consensual, que estas medidas desafiam e implicam trabalho e envolvimento da escola, dos pais, encarregados de educação, comunidade e outros serviços.

O programa das NEE define estas necessidades como as que decorrem de graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação, resultantes da interação entre fatores ambientais (físicos, sociais e atitudinais) e limitações acentuadas ao nível do funcionamento em um ou mais dos seguintes domínios: sensorial (audição e visão), motor, cognitivo, fala, linguagem e comunicação, emocional, personalidade e saúde física. Impactam que estas crianças, não têm necessariamente que ser possuidores de NSE, assim como ser possuidor de NSE não envolve obrigatoriamente NEE. Neste contexto, é fundamental relevar a importância das equipas de Saúde Escolar, sendo que sempre que identificam uma criança com NSE, devem designar um profissional da equipa, que em conjunto com os profissionais da educação, façam o seu acompanhamento e mobilizem os recursos de saúde necessários para apoiar a sua inclusão escolar (Direção-Geral da Educação, 2018).

Inicialmente os enfermeiros de saúde escolar eram vistos como profissionais que diagnosticavam doenças na escola, faziam tratamentos e cuidavam dos alunos doentes. Referem também, que a sua função foi progressivamente alterando, ao ponto de coordenarem todos os cuidados requeridos pelos alunos que frequentam a escola, inclusive os alunos com NSE. Assim, os enfermeiros de saúde escolar possuem a responsabilidade de dar resposta às necessidades de saúde e de cuidados de enfermagem a essas crianças enquanto estão em ambiente escolar. Ainda são responsáveis por desenvolverem, implementarem e avaliarem planos de cuidados individualizados para essa população (Hockenberry & Wilson, 2014).

Atualmente o PNSE/2015, constitui-se como um instrumento orientador das políticas nacionais de promoção da saúde em meio escolar, evidenciando a adaptação do modelo holístico da saúde, dos seus determinantes e as características da comunidade educativa, no sentido de *“Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade, maior participação, responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens”* (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 20).

Em relação ao conceito de crianças com NSE, o PNSE classifica-o como crianças com necessidades que *“resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual”* (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 43), impactando o problema de saúde da criança, e quanto este poderá afetar a sua funcionalidade e gerar prejuízo no processo de aprendizagem, bem como da responsabilidade que daí decorre, para a equipa de

Saúde Escolar. Evidencia a importância dos profissionais de saúde, para a *deteção, sinalização e acionamento do processo, por forma a encaminharem as crianças e jovens para consultas ou centros de desenvolvimento, para efeitos de diagnóstico, orientação especializada, entre outros. (...) Assim, o processo de “referenciação ↔ avaliação ↔ intervenção ↔ monitorização dos progressos e eventual revisão das medidas de saúde deve ser operacionalizado através de um plano de saúde individual.”* (Direção-Geral da Saúde, 2015, p. 43-44). Neste sentido, o PNSE|2015 preconiza a elaboração de um Plano de Saúde Individual que avalie o impacto das condições de saúde na funcionalidade, e sublinha as medidas de saúde a implementar para melhorar o seu desempenho escolar, evocando os fatores ambientais e facilitadores, ou as barreiras no contexto escolar.

1.2. A CRIANÇA E AS NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

O desenvolvimento da criança tem sido alvo de amplos estudos, de modo a produzir evidência científica que ajude os diferentes atores a conhecerem e a compreenderem as suas competências físicas, cognitivas, emocionais e sociais.

1.2.1. A CRIANÇA – UM SER COM NECESSIDADES DE DESENVOLVIMENTO

Papalia, Olds e Feldman (2004 e 2009) identificaram pontos fundamentais a ter em consideração quando se analisa o desenvolvimento da criança. (1) **Todos os domínios do desenvolvimento estão interrelacionados** (físico, psicológico, cognitivo, emocional, social, moral, entre outros). (2) **O desenvolvimento normal inclui uma vasta gama de diferenças individuais**, porque o património genético é determinante e constitui o que chamamos de inato, outra parte advém das influências e da interação com o meio. No entanto, as características familiares, efeitos do género, classe social, raça, etnia, a presença ou ausência de problemas físicos, mentais ou emocionais marcam a diferença. (3) **A criança ajuda a moldar o seu desenvolvimento e influencia as respostas que recebe dos outros**. As características individuais e as competências de interação estabelecem influências nas crianças e nos outros de forma bidirecional. A criança molda o seu ambiente e depois responde ao mesmo em que esteve inserida e onde foi educada. (4) **Os contextos históricos e culturais influenciam fortemente o desenvolvimento da criança**, no sentido em que têm um forte impacto na vida de cada criança, tal como, se esta fosse privada de elementos básicos, como alimentos, condições de salubridade e de saúde. (5) **As experiências precoces são importantes, porém as crianças podem ser notavelmente resilientes**. A resiliência tem sido um dos fenómenos cada vez mais estudado, havendo evidência que muitas crianças que vivenciaram acontecimentos traumáticos durante a infância, ou que experimentaram dificuldades e privações, podem não ter como consequência, um dano irreversível. No entanto, a literatura tem alertado para o facto da capacidade para superar experiências precoces é limitada, isto porque, se certas conexões cerebrais não forem estimuladas em certos momentos críticos do desenvolvimento, podem nunca mais se efetuarem, limitando o potencial de desenvolvimento da criança. (6) **O desenvolvimento na infância está diretamente relacionado com o desenvolvimento ao longo do ciclo vital**. A atual evidência vai no sentido de que o desenvolvimento

dos seres humanos acontece ao longo de toda a vida, no entanto reconhece-se a importância da infância, como uma das etapas do desenvolvimento crucial, da criança pois devido à plasticidade do sistema nervoso central, onde as interações ou a falta delas, podem potencializar ou limitar aprendizagens significativas que condicionaram todo o potencial de desenvolvimento da criança.

1.2.2. AS NECESSIDADES IRREDUTÍVEIS DA CRIANÇA

De acordo com Gomes-Pedro (2004), as necessidades da criança são inalienáveis, irredutíveis e inquestionáveis, cumprindo a todos o desiderato de as assegurar. Aos enfermeiros, em especial os que cuidam de crianças, compete-lhes funcionarem como seus advogados, promovendo o seu desenvolvimento integral, capacitando e empoderando os pais e os demais atores sociais, a assegurar a satisfação das suas necessidades.

Importa referir que Brazelton e Greenspan (2004), identificaram **sete necessidades fundamentais** para o desenvolvimento de uma criança. A sistematização proposta, constitui-se um guia orientador para os cuidadores, de modo a proporcionar à criança, oportunidades de crescer, aprender e desenvolver-se enquanto pessoa. Tal como os autores sugerem, estas necessidades deverão impregnar as atitudes e as políticas que são desenvolvidas em relação às crianças e suas famílias. A consciente assunção da amplitude destas necessidades, deverá conduzir os diferentes profissionais, que interagem com a criança e sua família, a uma reavaliação das suas convicções e das suas práticas diárias, no que respeita à assistência prestada às crianças e famílias, em termos de educação, cuidados de saúde, serviços sociais e sistema legal (Festas, Quelhas & Braga, 2020; Augusto, Rosário, Silva, Araújo & Barbieri-Figueiredo, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014; Brazelton & Greenspan, 2004).

1. Necessidade de relações afetivas contínuas – A criança necessita de pelo menos uma pessoa adulta que estabeleça com ela um compromisso a longo prazo, de modo que seja possível desenvolver uma relação de confiança e vinculação. Quando existem relações sólidas, empáticas e afetivas, a criança aprende a ser mais afetuosa e solidária e acaba por comunicar os seus sentimentos, refletir nos seus próprios desejos e desenvolver relacionamentos mais saudáveis com adultos e outras crianças.

2. Necessidade de proteção física, de segurança e de disciplina – A criança necessita de proteção física e de cuidados básicos, de modo a garantir um crescimento e desenvolvimento adequado, desde o início da vida e ao longo de toda a infância e adolescência. São os pais ou os cuidadores que garantem este cuidado de proteção física e psicológica, que conta com um sistema integrado de respostas na área da promoção da saúde e proteção específica contra doenças, de modo que cresça e se desenvolva de forma harmoniosa. A disciplina é também uma necessidade estruturante da vida da criança, pois desde cedo, esta deve ser preparada para aceitar as restrições ao seu comportamento, que é mediado por um sistema de regras que começam no relacionamento com os familiares em casa e depois se estendem à família alargada, à escola e à sociedade em geral.

3. Necessidade de experiências adaptadas às diferenças individuais – Cada criança é única, pois é portadora de um património genético exclusivo e desenvolve interações singulares com o ambiente que a rodeia num tempo e num lugar irrepetíveis. A literatura tem demonstrado que a criança responde às expectativas do contexto, por isso torna-se fundamental, tomar consciência dessas diferenças individuais e utilizá-las para potenciar a aprendizagem.

4. Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento – A criança pela sua circunstância de desenvolvimento, necessita de um ambiente diversificado e estimulante. Em cada estágio de desenvolvimento são imprescindíveis determinadas experiências, de modo a atingir níveis de desenvolvimento, que se processam a ritmos, também, singulares e únicos. Esta circunstância deve orientar as oportunidades que são dadas à criança para experimentar, procurar soluções, correr riscos e mesmo lidar com o insucesso nas atividades que tem de realizar, pois só desse modo é possível desenvolver valores como a perseverança, a autoconfiança e a autoestima.

5. Necessidade de estabelecer limites, de organização e de expectativas – O amor continua a ser a necessidade emocional mais importante e estruturante do desenvolvimento infantil, mas é igualmente importante que a criança conheça os limites da sua ação, para se poder organizar internamente e ajustar as expectativas. A criança precisa de aprender as regras, ajustando o seu comportamento de interação com os outros. São os pais ou os cuidadores que devem, de forma calorosa, firme e consistente, explicar à criança o que está bem e o que está mal, ajudando-a a compreender as regras do mundo que a rodeia.

6. Necessidade de comunidades de apoio estáveis e de continuidade cultural – No processo de desenvolvimento de uma criança, para além da crucial função da família, tem de ser reconhecido o apoio de outros grupos sociais de proximidade, que validam e reforçam as intencionalidades e desejos parentais. A escola, os grupos desportivos e recreativos, os lugares de culto religioso, a vivência comunitária das tradições e dimensões culturais permitem à criança, gradualmente, perceber o que é esperado dela, enquanto ser social e cultural.

7. Necessidade de proteger o futuro – As tarefas de proteção e de apoio ao crescimento e desenvolvimento de uma criança estão diretamente relacionadas com as condições de vida disponibilizadas por cada sociedade, determinam ações que estão diretamente relacionadas com as variáveis de saúde, com o apoio ao desenvolvimento parental, para que utilizando todos os recursos comunitários, se possa disponibilizar à criança um futuro onde possa desenvolver todo o seu potencial.

1.2.3. AS NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS, FOCO DA ATENÇÃO DA EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR

No cumprimento da finalidade do PNSE|2015, os EESIP integrados na Equipa de Saúde Escolar devem estar preparados para os grandes desafios da sociedade atual, desenvolvendo uma intervenção sistemática, de modo a ajudar as crianças e os jovens a atingirem a plenitude do seu potencial de saúde e de educação (Direção-Geral da Saúde, 2015). O foco

da atenção dos enfermeiros são todas as crianças e jovens com as suas necessidades, crescimento e desenvolvimento. É no eixo da capacitação que a Equipa de Saúde Escolar desenvolve a sua ação de modo a preparar as crianças e jovens para a tomada de decisão, o que contribui para a adoção de estilos de vida saudáveis, tornando-os mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais.

O conceito de NSE inicialmente proposto no PNSE de 2006, fortalecido no PNSE|2015 também reforçado no Decreto-Lei nº 54 de 2018 da escola inclusiva, refere que as crianças e jovens podem apresentar, também, outras necessidades que decorrem de problemas de saúde física e mental, que impactam na funcionalidade, produzindo limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema e com necessidade de intervenção em meio escolar. São exemplo as alterações das funções ou estruturas do corpo (doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras), que possam ter influência no desempenho escolar, sendo necessária a identificação e remoção de barreiras a vários níveis: aprendizagem, atitudes, comunicação, relacionamento interpessoal/social, autonomia, espaço físico e meio socioeconómico, para que as crianças possam desenvolver todo o seu potencial.

Neste sentido, a escola tem a responsabilidade de identificar a existência de fatores ambientais facilitadores (influenciam positivamente a realização de atividades escolares) ou de barreira (impedem ou limitam a participação da criança na vida escolar) e que interferem com as aprendizagens escolares (Direção-Geral da Saúde, 2015). Desta forma, a natureza da necessidade de saúde da criança e do jovem que implica irregularidade na frequência escolar pode comprometer o processo de aprendizagem, pelo que, a atenção deve incidir no processo de aprendizagem, avaliando toda a comunidade escolar, por forma a que as barreiras se transformem em ambientes facilitadores, para que a criança com NSE aprenda tal como qualquer outra criança e jovem. Assim, deve-se agilizar a referenciação dos profissionais de saúde, em articulação com a família e a escola (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Inegavelmente que o conceito de NSE está ligado ao processo de integrar um ambiente promotor da aprendizagem na escola, sendo que esta, tem de ser capaz de se transformar e de se adaptar às necessidades de cada criança e jovem, necessitando de muita atenção por parte da Equipa de Saúde Escolar, que em interação com os outros atores, organizam um plano estruturado de intervenção.

1.2.4. A REALIDADE DAS CRIANÇAS E DOS JOVENS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS EM PORTUGAL

O último relatório de 2018 do estudo da HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) (Matos & Equipa Aventura Social, 2018), que revelou os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos, demonstra que destes 15,1% dos adolescentes têm uma doença ou problema de saúde, uma incapacidade prolongada ou permanente, tais como alergias, asma ou necessidade de usar óculos. Estas situações influenciam as suas atividades na escola e os tempos livres com os amigos. Neste sentido, as suas necessidades de saúde podem significar uma NSE, que depois de avaliada pelos EESIP, poderá ser identificada como tal e ser alvo de intervenção específica de enfermagem, que leva à necessidade de elaborar um Plano de Saúde Individual às crianças/adolescentes com NSE.

2. PADRÕES DE QUALIDADE

A melhoria contínua do exercício profissional é um dos principais objetivos dos enfermeiros, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Os padrões de qualidade são definidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros e é da competência deste órgão, em conjunto com os Colégios de Especialidade, zelar pelo cumprimento rigoroso dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A partir das categorias dos enunciados descritivos, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, e da explicitação do seu enquadramento conceptual, é determinado o desenvolvimento de competências dos enfermeiros para as NSE nos enunciados descritivos: “*O bem-estar e o autocuidado*” e na “*Adaptação às condições de saúde*” (OE-MCEESIP, 2017).

No regulamento dos padrões da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, surgem elementos importantes a considerar (OE-MCEESIP, 2017):

- A identificação dos problemas da criança/jovem relativamente a necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem;
- A implementação de intervenções que contribuam para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar da criança/jovem;
- A implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais junto das crianças/jovens, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;
- O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem;
- O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, e respetiva avaliação;
- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos;

- A referenciação das crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade;
- A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, com vista ao apoio na inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais;
- O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade de suporte à criança/jovem com necessidades de cuidados;
- A otimização das capacidades da criança/jovem, em idade escolar, para a adoção de estratégias de coping e de adaptação;
- O encaminhamento da criança/jovem com necessidades especiais de cuidados para Instituições de Ensino, adequadas a cada situação específica, referenciando para a equipa local de intervenção.

Segundo o Regulamento 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, relativo à Norma para o cálculo de dotações seguras dos Cuidados de Enfermagem, nos Cuidados de Saúde Primários, inseridos nas Unidades de Cuidados na Comunidade, a desenvolver atividade no âmbito da Saúde Escolar, é recomendado 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por cada 150 alunos com necessidades de saúde especiais.

Por tudo o que foi referido anteriormente, a resposta às NSE em meio escolar dos EESIP é fundamental para a prestação de cuidados com qualidade à criança/jovem, família, de forma a potenciar os fatores facilitadores do bom desenvolvimento e aquisição de aprendizagens em meio escolar.

3. NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS EM CONTEXTO ESCOLAR

A atuação das equipas de saúde escolar inicia-se na referenciação das crianças e jovens com NSE, pelo que se abordarão os aspetos relevantes da mesma. Seguidamente, descrevem-se os procedimentos relacionados com o primeiro contacto com as famílias das crianças e jovens referenciados com NSE, e as questões relacionadas com a avaliação das NSE. O desenvolvimento destas fases conduzirá à intervenção, com a elaboração do Plano de Saúde Individual e a capacitação do contexto escolar.

3.1. REFERENCIAÇÃO

A referenciação constitui a informação formal, à Equipa de Saúde Escolar, de crianças e jovens com NSE, que necessitem de intervenção no contexto escolar.

A referenciação para a Equipa de Saúde Escolar pode ter diferentes proveniências:

a. Serviços de Saúde

- Equipa de Saúde Familiar (médico de família/enfermeiro de família da USF/UCSP), ou outra Unidade Funcional, Equipa ou Núcleo do Agrupamento de Centros de Saúde;
- Hospital;
- Médico assistente, Pediatra ou outro Profissional de Saúde, incluindo da Saúde Mental da Infância e Adolescência;

b. Família ou encarregado de educação diretamente com a Equipa de Saúde Escolar;

c. Escola ou IPSS com intervenção na área da criança ou jovem com deficiência;

d. Equipas Locais de Intervenção Precoce;

e. Serviços da comunidade e da rede social (CPCJ, RSI).

Para iniciar o processo de referenciação externa para a Equipa de Saúde Escolar, o profissional, perante a avaliação da situação, envolvendo a criança/família, identifica as necessidades que justificam a referenciação. Assim, quando a referenciação parte de um profissional de saúde, da educação, ou da rede social deve ser acompanhada do consentimento escrito informado livre e esclarecido da família/encarregado de educação. (Anexo 1 - Proposta de modelo Referenciação do PNSE|2015).

Plataformas de registo – Sistema de Informação e Monitorização do SNS, Sistema de Informação do Ministério da Educação ou outras – têm sido desenvolvidas de modo a registar informação, que possa ser agregada e lida em termos de indicadores. No que se refere à sinalização, ocorre logo que é colocado no sistema de registo, e, nesta circunstância, ocorre a sinalização automática da criança como tendo uma NSE, depois será necessário um processo sistemático de referenciação para a Equipa de Saúde Escolar.

REFERENCIAÇÃO

A referenciação não deverá ser assumida no decorrer da consulta do sistema de informação, uma vez que desrespeita o princípio ético da finalidade, pois não foram sinalizadas com o fim de referenciação para a Equipa de Saúde Escolar.

Dentro das estruturas do Ministério da Saúde, a referenciação interna para a Equipa de Saúde Escolar poderá ser realizada através dos sistemas e plataformas em uso nas instituições ou por via de documento modelo em vigor na instituição. Para os restantes referenciaçoes, deverá estar disponível um modelo tipo baseado no proposto no PNSE|2015. Neste sentido, no Anexo I apresenta-se uma proposta de Modelo de Referenciação, adaptada do modelo proposto pelo PNSE|2015.

As Equipas de Saúde Escolar, através dos meios de comunicação com a comunidade e com os serviços, deverão encontrar estratégias para a divulgação e sensibilização acerca do PNSE|2015 - Eixo Condições de Saúde – Necessidades de Saúde Especiais. Pretende-se com estas medidas, que a comunidade tenha conhecimento do serviço, esteja esclarecida quanto às etapas do processo, de forma que se garanta a acessibilidade ao mesmo.

REFERENCIAÇÃO

1 – Avaliação da Necessidade

das crianças sinalizadas com NSE: Realizar uma avaliação da necessidade de intervenção em contexto escolar por parte da Equipa Saúde Escolar.

2 – Consentimento da Família

das crianças sinalizadas com NSE: Realizar uma avaliação da necessidade de intervenção em contexto escolar por parte da Equipa Saúde Escolar.

3 – Referenciação

Formalizar a referenciação articulando com a Equipa de Saúde Escolar.

3.2. PRIMEIRO CONTACTO

Após a Equipa de Saúde Escolar receber a referenciação, devem ser estabelecidos procedimentos para o primeiro contacto com os pais/EE.

A abordagem nestes primeiros contactos é importante, por serem os alicerces no estabelecimento da relação de ajuda/confiança com os pais/EE, que será crucial para a avaliação e implementação do PSI. Estes devem seguir uma valorização holística, que respeite os valores, cultura e preferências da família.

O primeiro contacto pode ser efetuado através de atendimento telefónico qualificado. Este, servirá para a apresentação do serviço, partilha e esclarecimento de informação, nomeadamente clarificar o serviço prestado pelas Equipas de Saúde Escolar e averiguar as expectativas e preocupações da criança/família. É o momento-chave para o agendamento da consulta de enfermagem em regime presencial.

O agendamento da consulta de enfermagem, sempre que possível, deverá ser negociado com os pais/EE/família quanto ao local (sede da Equipa de Saúde Escolar, locais comunitários, escola), horário e participantes por parte da família, de acordo com as especificidades de cada um.

3.3. AVALIAÇÃO

No contexto da consulta de enfermagem constituem como objetivos para uma avaliação adequada, o recurso a instrumentos de avaliação *standardizados*, observação crítica da criança e entrevista com os pais/cuidadores e/ou professores e análise de relatórios elaborados por outros profissionais que acompanham a criança.

Os instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil podem servir como padrão de referência e contribuir para focar a atenção nas necessidades específicas de cada criança, ajudando a orientar o Plano de Saúde Individual, uma vez que as perturbações detetadas podem envolver um espectro de problemas de vários tipos e gravidades.

Para a avaliação do desenvolvimento infantil de acordo com o proposto pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), dispomos da Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* Modificada (Anexo II). No entanto existem outras escalas que podem ser utilizadas como a *Schedule of Grown Skills II*, *Griffiths*, *Denver*, *Bayley*, *Gross Motor Function Classification System*, *EADFCPC* - Escala de Avaliação Desenvolvimento e Funcionalidade da Criança com Paralisia Cerebral, *VINELAND II* - Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland entre outras.

No que concerne à avaliação da visão e da audição, podemos fundamentar o uso de instrumentos de avaliação, tendo por base o parecer n°248/2010 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, o qual refere que quer o enfermeiro, quer o enfermeiro especialista, podem e devem proceder à avaliação da visão e da audição das crianças, recorrendo à

escala optométrica, às tabelas oftalmológicas para avaliação da função de leitura, acúmetria ou audiometria, respetivamente, se dispuserem dos conhecimentos e experiência adequados e se for esse o consenso dentro da equipa de Saúde.

Assim, o processo de avaliação/intervenção deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, que acompanha o impacto na participação nas atividades e rotinas de vida diárias, em meio escolar, de modo que a criança possa atingir o máximo das suas potencialidades. Neste contexto, uma avaliação realizada de forma rigorosa e completa permite ter um conhecimento aproximado do potencial máximo da criança e definir um plano de intervenção individual concordante, que potencializa oportunidades para otimizar a inclusão e participação nas atividades em meio escolar, tendo como objetivo a melhor qualidade de vida e integração social.

3.3.1. A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela OMS em 2001 e traduzida para português em 2004, é uma ferramenta que permite avaliar a criança e o jovem, de forma neutra em relação à etiologia da doença que possa ter, propondo uma abordagem centrada nos determinantes da saúde ou “fatores de risco (Direção-Geral da Saúde, 2004).

O objetivo geral da CIF é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, bem como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. Trata-se de uma classificação que define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Os domínios contidos na CIF podem ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. Estes domínios são descritos com base na perspetiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e Participação. Como classificação, a CIF agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa com uma determinada condição de saúde. A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes construtos. Neste sentido, a classificação permite ao utilizador registar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios (Direção-Geral da Saúde, 2004).

Em 2007, a OMS publicou uma classificação com especificidades para a população infantil e juvenil: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-CY). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Crianças-Jovens, oferece pontos de partida especialmente mais extensos e com maior detalhe, para se melhor descrever os aspetos relacionados com o crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens. Utilizando esta classificação o funcionamento de crianças e jovens pode ser descrito com maior detalhe, a partir de diferentes perspetivas: funções corporais, características anatómicas, atividades e participação. Também apresenta uma classificação de fatores externos, de modo a incluir o ambiente mais amplo de uma criança, tais como os aspetos da aprendizagem e brincadeira e o processo de desenvolvimento (World Health Organization, 2007).

QUADRO 1. VISÃO GERAL DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE DE SAÚDE

Componentes	PARTE 1: FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE		PARTE 2: FATORES CONTEXTUAIS	
	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Dominios	Funções do corpo Estruturas do corpo	Áreas vitais (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e incapacidade
Constructos	Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade de execução de tarefas num ambiente padrão Capacidade de execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspetos positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspetos negativos	Deficiência	Limitação da atividade	Barreiras	Não aplicável
		Incapacidade		

3.3.2. AVALIAÇÃO DO PERFIL DE FUNCIONALIDADE

A avaliação da funcionalidade deve ser multidisciplinar e o qualificador deve resultar de um consenso, considerando o que é o desempenho da criança/jovem do mesmo grupo etário nas atividades: execução de uma tarefa ou ação e participação: envolvimento numa situação da vida real (World Health Organization, 2007).

3.3.2.1. ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

Para a componente atividades e participação são avaliados os domínios ouvir, ver, comunicar, andar e deslocar-se, adquirir e aplicar o conhecimento, realizar tarefas diárias comuns para a sua faixa etária, cuidar de si próprio de forma apropriada à sua faixa etária, interagir e estabelecer relacionamentos interpessoais de forma apropriada à sua faixa etária e cuidar da própria saúde (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O desempenho (o que o indivíduo faz no seu ambiente habitual) e a capacidade (para executar uma tarefa ou ação) são os dois qualificadores para a componente atividades e participação. O qualificador de desempenho e o qualificador da capacidade podem ser utilizados com e sem os dispositivos de auxílio e a ajuda de terceiros (World Health Organization, 2007), conforme a escala:

- 0 - AUSÊNCIA de Dificuldade – 0-4%
- 1 - Dificuldade LIGEIRA – 5-24%
- 2 - Dificuldade MODERADA – 25-49%
- 3 - Dificuldade GRAVE – 50-95%
- 4 - Dificuldade TOTAL – 96-100%

QUADRO 2. ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO				
Ouvir (mesmo com a utilização de prótese auditiva) (d115).				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Ver (mesmo com a utilização de óculos ou lentes de contacto) (d110).				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Comunicar (compreender e ser compreendido pelos outros mesmo com a utilização de símbolos, de gestos ou de quadros de comunicação) (d310, d315, d330, d335, d350).				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Andar e deslocar-se (mesmo com a utilização de cadeira de rodas, de andarilho, de canadianas, etc.) (d430, d440, d450, d465, d470, d475).				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Adquirir e aplicar o conhecimento (aprender novos conhecimentos, aplicar conhecimentos adquiridos, pensar, raciocinar e resolver problemas) (d110, d140, d145, d150, d175).				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Realizar tarefas diárias comuns para a sua faixa etária (tarefas escolares, atividades lúdicas /recreativas, etc.) (d210, d220, d910, d920, d930).				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Cuidar de si próprio de forma apropriada à sua faixa etária (comer, vestir, beber, lavar-se, urinar, evacuar, etc.) (d510, d520, d530, d540, d550, d560).				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Interagir e estabelecer relacionamentos interpessoais de forma apropriada à sua faixa etária (d710, d720, d730, d740, d750, d760)				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total
Cuidar da própria saúde (medicação, aspiração, terapia específica, etc.) (d570)				
Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total

Fonte: adaptado do Anexo 5B – PSI para crianças e jovens com NSE (Direção-Geral da Saúde, 2015)

3.3.2.2. ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO - AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM - RESUMO MÍNIMO DE DADOS

FOCO: AUDIÇÃO
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Audição comprometida se: Detetadas alterações no rastreio auditivo da criança/jovem realizado pelo ESIP.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade para ouvir
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar audição
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Audição comprometida Audição não comprometida
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Referir para o serviço médico Requerer serviço de enfermagem Requerer serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Orientar para o serviço de saúde Incentivar progressos

FOCO: VISÃO
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Visão comprometida se: Detetadas alterações no rastreio visual da criança/jovem realizado pelo ESIP.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade para ver
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar visão
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Visão comprometida Visão não comprometida
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Monitorizar a acuidade visual Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: COMUNICAÇÃO
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Comunicação comprometida se: Detetadas alterações na comunicação na avaliação da criança/jovem pelo ESIP.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade para comunicar
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar comunicação
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Com alterações na comunicação Sem alterações na comunicação
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Referir para a terapia da fala Otimizar comunicação Incentivar comunicação Incentivar o apoio/suporte da família Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Comunicação Expressiva comprometida se: Detetadas alterações na comunicação na avaliação da criança/jovem pelo ESIP.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade para comunicar verbalmente
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar comunicação expressiva
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Comunicação Expressiva comprometida Sem comunicação expressiva comprometida
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Referir para a terapia da fala Otimizar Comunicação Incentivar Comunicação. Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: COMUNICAÇÃO RECETIVA
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Comunicação recetiva comprometida se: Detetadas alterações na comunicação na avaliação da criança/jovem pelo ESIP.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade compreender a comunicação
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar comunicação recetiva
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Comunicação recetiva comprometida Sem comunicação recetiva comprometida
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Referir para a terapia da fala Otimizar comunicação Incentivar comunicação Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: ANDAR
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Andar comprometido se: Na avaliação da criança/jovem pelo ESIP for detetado: se necessita de equipamento; necessita de ajuda de pessoa; dependente não participa.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade para andar
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar andar
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Andar comprometido Andar não comprometido
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Referir para o serviço de fisioterapia Assistir o andar Incentivar o andar Incentivar andar nas escadas Instruir andar Providenciar dispositivo adaptativo para o andar Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: COGNIÇÃO
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Cognição comprometida se: Na avaliação da criança/jovem pelo ESIP for detetado algum sinal de alarme.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade de perceção, pensamento, raciocínio e memória
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar cognição
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Cognição comprometido Sem cognição comprometida
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Ensinar a treinar a cognição Ensinar terapia de estimulação da cognição Executar técnica para estimular cognição Incentivar a interação social Instruir a estimular a memória Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: AUTOCUIDADO - ATIVIDADE RECREATIVA
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
Autocuidado: Atividade Recreativa comprometida se: Na avaliação da criança/jovem pelo ESIP for detetado algum sinal de alarme.
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
Capacidade para brincar
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
Avaliar Autocuidado atividade recreativa
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
Autocuidado: atividade recreativa comprometido Autocuidado: atividade recreativa não comprometido
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
Assistir no autocuidado atividade recreativa Ensinar no autocuidado atividade recreativa Ensinar sobre recursos da comunidade Incentivar iniciativa Incentivar o autocuidado: atividade recreativa Incentivar a tomada de decisão Planear atividades de lazer Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: AUTOCUIDADO - BEBER	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
Autocuidado - Beber comprometido se: Na avaliação do Autocuidado - Beber, existir grau moderado ou elevado de compromisso	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Ingerir líquidos durante as refeições e durante o dia ou quando se tem sede.	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar Autocuidado - Beber	Avaliar Compromisso no Autocuidado - Beber
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Autocuidado - Beber comprometido Sem Autocuidado - Beber comprometido	
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
Assistir no autocuidado - beber Ensinar sobre o autocuidado - beber Incentivar o autocuidado - beber Instruir o autocuidado - beber Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos	

FOCO: ALIMENTAR-SE	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
Alimentar-se comprometido se: Na avaliação do Alimentar-se, existir grau moderado ou elevado de compromisso	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Capacidade para alimentar-se	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar Alimentar-se	Avaliar Compromisso no Alimentar-se
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Com compromisso no Alimentar-se Sem compromisso no Alimentar-se	
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
Alimentar Alimentar através de estoma Assistir no alimentar através de estoma Instruir alimentar-se com dispositivo Providenciar dispositivo para alimentar-se Alimentar através de sonda Assistir no alimentar através de sonda Assistir no alimentar-se Incentivar a alimentar-se	Instruir a alimentar-se Supervisionar dieta Supervisionar alimentar-se por sonda Vigiar refeição Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: AUTOCUIDADO - USO DO SANITÁRIO	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
Autocuidado - Uso do Sanitário comprometida se: Na avaliação do Autocuidado - Uso do sanitário, existir grau moderado ou elevado de compromisso	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Capacidade de utilizar o sanitário	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar Autocuidado - Uso do sanitário	Avaliar Compromisso no Autocuidado - Uso do sanitário.
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Autocuidado - Uso de sanitário comprometido Sem Autocuidado - Uso de sanitário comprometido	
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
Assistir no uso do sanitário Ensinar sobre dispositivos para o uso do sanitário Incentivar o autocuidado - Uso do sanitário Incentivar o autocuidado - Uso do sanitário com dispositivo Instruir o autocuidado - Uso do sanitário Instruir o autocuidado - Uso do sanitário com dispositivo Providenciar dispositivos para o Uso do sanitário Treinar o Autocuidado - Uso do sanitário Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos	

FOCO: AUTOCUIDADO - VESTUÁRIO	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
Autocuidado - Vestuário comprometido se: Na avaliação do Autocuidado - Vestuário, existir grau moderado ou elevado de compromisso	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Vestir ou despir roupas	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar Autocuidado - Vestuário	Avaliar Compromisso no Autocuidado - Vestuário
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Autocuidado - Vestuário comprometido Sem Autocuidado - Vestuário comprometido	
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
Assistir no autocuidado - Vestuário Ensinar sobre autocuidado - Vestuário Incentivar o autocuidado - Vestuário Incentivar o autocuidado - Vestuário com dispositivos Instruir o autocuidado - Vestuário com dispositivo Providenciar dispositivos para o autocuidado - Vestuário	Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: AUTOCUIDADO - HIGIENE	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
Autocuidado - Higiene comprometido se: Na avaliação do Autocuidado - Higiene, existir grau moderado ou elevado de compromisso	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Ter o cuidado de manter o corpo limpo e bem arranjado	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar Autocuidado - Higiene	Avaliar Compromisso no Autocuidado - Higiene
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Autocuidado - Higiene comprometido Sem Autocuidado - Higiene comprometido	
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
Assistir no autocuidado - Higiene Assistir no autocuidado - Higiene da boca Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado - Higiene Ensinar sobre Higiene Oral Ensinar sobre autocuidado - Higiene Incentivar o autocuidado - Higiene Instruir o autocuidado - Higiene Instruir o autocuidado - Higiene com dispositivos Providenciar dispositivos para o autocuidado - Higiene Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos	

FOCO: INTERAÇÃO SOCIAL	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
Interação social comprometido se: Na avaliação da Interação social, pelo ESIP, for detetado algum sinal de alarme.	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Relacionar: agir com os outros	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar Interação social	
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Participa e interage com indivíduos e grupos. Não participa nem tem trocas sociais com indivíduos e grupos	
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
Encorajar interação social Incentivar interação social Orientar para serviço de saúde Prevenir o isolamento social Vigiar comportamento	Requerer serviço de enfermagem Referir para o serviço médico Requerer intervenção da Equipa Local do SNIPI Incentivar progressos

FOCO: GESTÃO DE REGIME TERAPÊUTICO	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
<p>Gestão do Regime Terapêutico comprometido se: Na avaliação da Interação Social, pelo ESIP, for detetado algum sinal de alarme.</p>	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Adesão ao Regime terapêutico	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar Gestão de Regime terapêutico	Avaliar conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Gestão de Regime Terapêutico Comprometido. Gestão de Regime Terapêutico Não Comprometido	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico Conhecimento da comunidade sobre gestão do Regime terapêutico
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
<p>Apoiar na tomada de decisão Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico Assistir na Gestão do regime terapêutico Encorajar tomada de decisão Encorajar Tomada de decisão para comportamento de adesão Ensinar sobre autovigilância Ensinar sobre complicações Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz Ensinar sobre gestão de regime terapêutico Ensinar sobre regime medicamentoso Gerir Regime medicamentoso Incentivar adesão ao regime medicamentoso Incentivar adesão ao regime terapêutico Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico Providenciar matéria de leitura sobre gestão de regime terapêutico Incentivar progressos</p>	

FOCO: PAPEL DE ESTUDANTE
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO
<p>Papel de Estudante comprometido se: Na avaliação do papel de estudante, pelo ESIP, for detetado algum sinal de alarme.</p>
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO
<p>Papel do indivíduo: interagir de acordo com a identidade e as responsabilidades de ser um estudante; comportamentos esperados de estar na escola ou participar na educação; sobretudo em relação ao desenvolvimento intelectual e pessoal ao longo da adolescência.</p>
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO
<p>Avaliar papel de estudante</p>
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS
<p>Com compromisso do papel de estudante Sem compromisso do papel de estudante</p>
INTERVENÇÕES SUGERIDAS
<p>Ensinar sobre o papel de estudante Incentivar papel de estudante Incentivar progressos Orientar para consulta Orientar para o serviço de saúde Incentivar progressos</p>

FOCO: PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS	
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	
Papel do Prestador de Cuidados comprometido se: Na avaliação do Papel do prestador de Cuidados, pelo ESIP, for identificado potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade do Prestado de Cuidados sobre tomar conta.	
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO	
Papel do indivíduo: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde; membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.	
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO	
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta Conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados sobre tomar conta Capacidade do prestador de cuidados sobre tomar conta
INTERVENÇÕES SUGERIDAS	
Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se Ensinar prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico Instruir prestador de cuidados a administrar medicamento Treinar o prestador de cuidados a levantar a pessoa Instruir o cuidador no uso de dispositivos de ostomia de eliminação Instruir o prestador de cuidados a administrar insulina Instruir o prestador de cuidados a alimentar Instruir o prestador de cuidados a alimentar através de sonda Instruir o prestador de cuidados a assistir no autocuidado: higiene Instruir o prestador de cuidados a levantar a pessoa Instruir o prestador de cuidados a otimizar sonda Instruir o prestador de cuidados a trocar fralda Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o alimentar-se Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o andar Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o autocuidado: beber Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o autocuidado: vestuário Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o transferir-se Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento Instruir o prestador de cuidados para aspirar secreções Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha Instruir o prestador de cuidados para assistir no autocuidado Instruir o prestador de cuidados para assistir no autocuidado: beber Instruir o prestador de cuidados para assistir no erguer-se Instruir o prestador de cuidados para assistir no levantar-se Instruir o prestador de cuidados para assistir no posicionar-se Instruir o prestador de cuidados para assistir no sentar-se	Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se Instruir o prestador de cuidados para assistir no uso do sanitário Instruir o prestador de cuidados para monitorizar glicemia capilar Instruir o prestador de cuidados para tomar conta Instruir o prestador de cuidados para posicionar Instruir o prestador de cuidados para transferir Instruir o prestador de cuidados para vestir Treinar o prestador de cuidados a alimentar Treinar o prestador de cuidados a alimentar por sonda Treinar o prestador de cuidados a aspirar secreções Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se Treinar o prestador de cuidados a assistir no andar com auxiliar de marcha Treinar o prestador de cuidados a assistir no autocuidado Treinar o prestador de cuidados a assistir no autocuidado: beber Treinar o prestador de cuidados a assistir no autocuidado: higiene Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se Treinar o prestador de cuidados a assistir no transferir-se Treinar o prestador de cuidados a assistir no uso do sanitário Treinar o prestador de cuidados a executar inaloterapia Treinar o prestador de cuidados a monitorizar glicemia capilar Treinar o prestador de cuidados a transferir Treinar o prestador de cuidados a vestir Treinar o prestador de cuidados para assistir no andar Treinar o prestador de cuidados para assistir no sentar-se Treinar o prestador de cuidados a monitorizar glicemia capilar Treinar o prestador de cuidados a posicionar Treinar o prestador de cuidados a transferir Incentivar progressos

FOCO: PAPEL PARENTAL			
CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO:			
Papel Parental comprometido se: Na avaliação do papel parental de cuidados, pelo ESIP, for detetado algum sinal de alarme.			
DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO			
Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.			
ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO			
Avaliar conhecimento da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades especiais)		Avaliar a capacidade da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades especiais)	
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS			
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades especiais)	Conhecimento da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades especiais)	Potencial para melhorar a capacidade da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades especiais).	Capacidade da mãe e/ou pai para tomar conta (necessidades especiais)
INTERVENÇÕES SUGERIDAS			
Instruir a mãe e/ou pai a tomar conta de necessidades especiais Instruir a mãe e/ou pai a tomar conta do desenvolvimento infantil (especial) Instruir a mãe e/ou pai sobre medidas adaptativas de comunicação Instruir papel parental especial Orientar mãe e/ou pai sobre papel parental especial Ensinar a mãe e/ou o pai sobre complicações. Ensinar a mãe e/ou o pai sobre gestão de sinais e sintomas (especiais) Ensinar a mãe e/ou o pai sobre necessidades especiais Incentivar progressos			

3.3.3.2. FATORES AMBIENTAIS

Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as crianças e os jovens vivem e conduzem a sua vida (Organização Mundial da Saúde, no prelo).

Na escola, os fatores ambientais facilitadores são os que influenciam positivamente a realização de atividades escolares e os fatores ambientais-barreira são os que impedem ou limitam a participação na vida escolar e que interferem com as aprendizagens escolares (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os produtos e tecnologias são definidos como “qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente concebido para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade” (Organização Mundial da Saúde, no prelo, p. 63). Segundo a Declaração de Salamanca “devem utilizar-se os recursos técnicos adequados que forem acessíveis, sempre que se justificar o seu uso para promover o sucesso educativo, no contexto do currículo escolar, e para ajudar a comunicação, a mobilidade e a aprendizagem” (UNESCO, 1994, p. 23).

A qualidade do ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo Homem refere-se aos elementos animados e inanimados do ambiente natural ou físico bem como aos componentes deste ambiente que foram modificados pelas pessoas e que se podem constituir de boa ou má qualidade (Organização Mundial da Saúde, no prelo).

Os apoios e relacionamentos “*dão apoio prático físico ou emocional, assim como na educação, proteção e assistência, e nos relacionamentos com outras pessoas, em casa, no local de trabalho, na escola, nos locais de lazer ou em outros aspetos das suas atividades diárias*” (Organização Mundial da Saúde, no prelo, p. 78). Deverão ser identificados como facilitadores ou barreira em função da quantidade de apoio físico e emocional prestado pela pessoa ou animal.

As atitudes “*são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras*” (Organização Mundial da Saúde, no prelo, p. 81). Influenciam o comportamento individual e a vida escolar em todos os níveis e podem ser consideradas uma barreira pela sua presença (por exemplo, atitudes negativas em relação a uma criança ou jovem com necessidades de saúde especiais).

Os Serviços, Sistemas e Políticas podem constituir-se como facilitadores ou barreira em função da sua disponibilidade. Os Serviços “*proporcionam benefícios, programas estruturados e operações, em vários sectores da sociedade, organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos. (incluindo as pessoas que prestam esses serviços)*” (Organização Mundial da Saúde, no prelo, p. 83). Os Sistemas são mecanismos de controlo administrativo concebidos para organizar, controlar e supervisionar Serviços e as Políticas regem ou regulam os Sistemas que controlam Serviços.

QUADRO 3. FATORES AMBIENTAIS: PRODUTOS E TECNOLOGIA

FATORES AMBIENTAIS
Produtos e Tecnologias - Na avaliação deve assegurar-se a identificação da necessidade de uso de produtos e tecnologias na escola.
<p>e110 – Para consumo pessoal (alimentos, medicamentos que necessita tomar na escola)</p> <p>e115 – Para uso pessoal na vida diária (dispositivos protésicos e ortopédicos, dispositivos de estimulação funcional para controlar intestinos, bexiga, respiração, frequência cardíaca, etc.) e para o jogo (brinquedo e produtos adaptados)</p> <p>e120 – Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal (equipamentos, produtos e tecnologias utilizadas para a deslocação dentro e fora da escola, tais como carros e carrinhos especiais, cadeira de rodas, etc.)</p> <p>e125 – Para a comunicação (dispositivos óticos e auditivos, sistemas de transmissão de som, de escrita especializada, próteses de voz, placas de comunicação, etc.)</p> <p>e130 – Para a educação (livros, manuais, brinquedos educativos, equipamentos informáticos, software, etc.)</p> <p>e135 – Para o trabalho (secretária, máquinas e equipamento concebido ou adaptado para facilitar o estudo)</p> <p>e140 – Para a cultura, a recreação e o desporto (equipamentos, produtos e tecnologias, adaptados ou concebidos, para a realização e otimização das atividades culturais, recreativas e desportivas)</p> <p>e150 – Arquitetura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública (rampas, portas automáticas, maçanetas, placas, indicações em braille, tamanho do corredor, tipo de pavimento, etc.)</p>

Fonte: adaptado do Anexo 5B – PSI para crianças e jovens com NSE (Direção-Geral da Saúde, 2015)

QUADRO 4. FATORES AMBIENTAIS: AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO HOMEM

FATORES AMBIENTAIS
Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo Homem - Na avaliação deve assegurar-se a identificação da necessidade de alterações ao ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo Homem.
<p>e225 – Clima (temperatura e humidade da sala de aula, etc.)</p> <p>e240 – Luz (natural ou artificial de adequada intensidade)</p> <p>e250 – Som (intensidade e qualidade do som ambiente)</p> <p>e260 – Qualidade do ar interior e exterior da escola (presença de cheiros, fumo, humidade, ar condicionado, gases tóxicos, etc.)</p>

Fonte: adaptado do Anexo 5B – PSI para crianças e jovens com NSE (Direção-Geral da Saúde, 2015)

QUADRO 5. FATORES AMBIENTAIS: APOIO E RELACIONAMENTOS

FATORES AMBIENTAIS
Apoio e Relacionamentos - Na avaliação deve assegurar-se a identificação da necessidade de medidas de apoio e relacionamentos.
<p>e310 – Família próxima (cônjuges, parceiros, pais, irmãos, pais de acolhimento, pais adotivos e avós)</p> <p>e315 – Família alargada (tios, tias, sobrinhos, sobrinhas, primos)</p> <p>e320 – Amigos (pessoas de confiança e apoio para além da família)</p> <p>e325 – Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e, membros da comunidade (relacionadas com a escola, tempos livres ou outros aspetos da vida e que partilham interesses comuns)</p> <p>e330 – Pessoas em posição de autoridade (professores/as, tutores, etc.)</p> <p>e340 – Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (amas, terapeutas, psicólogos, etc.)</p> <p>e350 – Animais domésticos de estimação ou de apoio à mobilidade que dão suporte físico, emocional ou psicológico</p> <p>e355 – Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos de audiometria, ortópticos, protésicos, profissionais da área médico-social e outros prestadores destes serviços)</p> <p>e360 – Outros profissionais (professores/as, assistentes sociais, etc., que proporcionam serviços que têm impacto na saúde)</p>

Fonte: adaptado do Anexo 5B – PSI para crianças e jovens com NSE Especiais (Direção-Geral da Saúde, 2015)

QUADRO 6. FATORES AMBIENTAIS: ATITUDES

FATORES AMBIENTAIS
Atitudes - Na avaliação deve assegurar-se a identificação da necessidade de otimização de atitudes.
e410 – Atitudes individuais dos membros da família próxima (opiniões e crenças de membros familiares próximos que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e415 – Atitudes individuais dos membros da família alargada (opiniões e crenças de membros da família alargada que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e420 - Atitudes individuais dos amigos (opiniões e crenças de amigos que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e425 – Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade (opiniões e crenças de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e430 – Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade (opiniões e crenças de pessoas em posição de autoridade que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e440 – Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (questões sociais, políticas e económicas que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e450 – Atitudes individuais de profissionais de saúde (opiniões e crenças de profissionais de saúde que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e455 – Atitudes individuais de outros profissionais (opiniões e crenças de outros profissionais que influenciam o comportamento e as ações individuais)
e465 – Normas, práticas e ideologias sociais (costumes, práticas, regras e sistemas de valores e crenças, tais como, normas sociais, morais ou religiosas que afetam ou criam práticas e comportamentos sociais e individuais)

Fonte: adaptado do Anexo 5B – PSI para crianças e jovens com NSE Especiais (Direção-Geral da Saúde, 2015)

QUADRO 7. FATORES AMBIENTAIS: SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS

FATORES AMBIENTAIS
Serviços, Sistemas e Políticas - Na avaliação deve assegurar-se a identificação da necessidade de medidas relacionadas com serviços, sistemas e políticas.
e540 – Relacionados com os transportes (serviços e políticas que asseguram a mobilidade dos alunos/as)
e560 – Relacionados com o fornecimento de comunicação em massa através de rádio, TV, jornais, internet, serviços em braille, etc.
e570 – Relacionados com a segurança social (serviços e políticas que asseguram a atribuição de apoio económico às famílias dos alunos/as com necessidades especiais)
e575 – Relacionadas com o apoio social geral (ajudas para cuidados pessoais, transportes, condições de saúde, etc.)
e580 – Relacionados com a saúde (serviços e políticas de prevenção e tratamentos de problemas de saúde, reabilitação médica e promoção de estilos de vida saudável)
e580.0 Serviços de saúde que têm por finalidade proporcionar intervenções junto dos indivíduos para o seu bem-estar físico, psicológico e social, tais como, serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças, serviços de cuidados primários, cuidados em situações agudas, serviços de reabilitação e de cuidados prolongados; serviços financiados com recursos públicos ou privados, prestados a curto ou longo prazo, por períodos ou de uma só vez, na escola
e580.9 Serviços, sistemas e políticas de saúde, não especificados:
e585 – Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a educação e formação profissional (mecanismos de controlo administrativo de acesso ao ensino público ou privado, programas de educação baseados nas necessidades especiais do aluno, incluindo tamanho de turmas, apoios educativos, cantina escolar e serviços extraescolares)

Fonte: adaptado do Anexo 5B – PSI para crianças e jovens com NSE Especiais (Direção-Geral da Saúde, 2015)

3.4. INTERVENÇÃO

A avaliação do impacto das condições de saúde nas atividades e participação vai determinar a necessidade de elaboração de um Plano de Saúde Individual e consequente intervenção em contexto escolar.

3.4.1. ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Compete à Equipa de Saúde Escolar elaborar o PSI envolvendo o pai/mãe/encarregado de educação e elementos do estabelecimento de educação e ensino, em articulação com os recursos dos serviços de saúde, considerando as condições de saúde da criança/jovem e os fatores ambientais facilitadores e/ou barreira do contexto escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015). O PSI integra os resultados da avaliação da funcionalidade (atividades e participação) e identifica as medidas de saúde a implementar para melhorar o desempenho escolar da criança/jovem.

O PSI é um documento elaborado em função de cada criança/jovem, de acordo com as suas características e necessidades individuais em detrimento da patologia associada pela qual foi referenciado.

A Equipa de Saúde Escolar, apesar de ser identificada como recurso específico existente na comunidade a mobilizar para apoio à aprendizagem e à inclusão (Decreto-Lei n.º 54/2018) tem o dever de considerar confidencial toda a informação acerca da criança/jovem e sua família e partilhar apenas a informação pertinente com aqueles que estão diretamente implicados no PSI, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social, bem como os direitos da criança/jovem e da família (Regulamento n.º 338/2017).

QUADRO 8. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

O PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL
Perfil de funcionalidade
Identificação das medidas de saúde (o que fazer? como fazer?)
Identificação dos responsáveis pela execução/implementação das medidas de saúde
Identificação de quando? as medidas de saúde devem ser implementadas
Identificação do onde? as medidas de saúde devem ser implementadas
Identificação da data de avaliação inicial e reavaliações

Fonte: PNSE | 2015 (Direção-Geral da Saúde, 2015)

IDENTIFICAÇÃO DAS MEDIDAS DE SAÚDE (O QUE FAZER? COMO FAZER?)

As consequências dos fatores ambientais sobre a vida das crianças e jovens com necessidades de saúde especiais são variadas e complexas. Pretende-se que, em contexto escolar, os fatores ambientais barreira (impedem ou limitam a participação na vida escolar e que interferem com as aprendizagens) sejam, tendencialmente, eliminados e que os fatores ambientais facilitadores (participam para a capacitação e a aprendizagem) sejam promovidos e implementados (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No PSI deverão ser identificadas as medidas de saúde a serem implementadas para melhorar as aprendizagens, considerando os fatores ambientais identificados.

De seguida apresentam-se algumas propostas de medidas de saúde a implementar nos diferentes fatores ambientais alvo de intervenção em contexto escolar.

QUADRO 9. PROPOSTAS DE MEDIDAS DE SAÚDE CONSIDERANDO O FATOR AMBIENTAL: PRODUTOS E TECNOLOGIAS

PRODUTOS E TECNOLOGIAS
- Ensinar/Instruir/Treinar a comunidade escolar sobre o uso de produtos e tecnologias
- Gerir produtos para consumo pessoal na escola
- Gerir produtos para uso pessoal na vida diária
- Otimizar produtos e tecnologias para a comunicação
- Otimizar o uso de dispositivo auditivo
- Otimizar o uso de dispositivo ótico
- Otimizar o uso de dispositivo para a comunicação
- Otimizar dispositivo para a mobilidade e o transporte pessoal
- Otimizar produtos para o trabalho
- Otimizar produtos e tecnologias para a educação
- Otimizar produtos e tecnologias para a cultura, a recreação e o desporto
- Otimizar produtos para uso pessoal na vida diária
- Providenciar dispositivo auditivo
- Providenciar dispositivo ótico
- Providenciar produtos e tecnologias para a comunicação
- Providenciar informação em formatos alternativos (visual, tátil e/ou auditivo, Braille, ampliado, Língua Gestual Portuguesa, etc.)
- Providenciar dispositivo para a mobilidade e o transporte pessoal
- Providenciar produtos e tecnologias para o trabalho (secretária, máquinas e equipamento concebido ou adaptado para facilitar o estudo)
- Providenciar adaptações na arquitetura da escola de forma a torná-la acessível (rampas de acesso, elevadores, etc.)
- Providenciar produtos e tecnologias para a educação (livros, brinquedos, manuais, computador e software específico)
- Providenciar produtos e tecnologias para a cultura, a recreação e o desporto
- Providenciar produtos para uso pessoal na vida diária (talheres adaptados, material antiderrapante, copos adaptados, escovas de dentes adaptadas, cadeiras adaptadas, redutores de sanita, alteadores de sanita, etc.)
- Providenciar produtos para consumo pessoal na escola

**QUADRO 10. PROPOSTAS DE MEDIDAS DE SAÚDE CONSIDERANDO O FATOR AMBIENTAL:
AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO HOMEM**

AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO HOMEM

- Gerir qualidade do ar interior e exterior (presença de cheiros, ar condicionado, etc.)
- Gerir climatização (temperatura e humidade)
- Gerir ruído em sala de aula/espacos físicos
- Gerir tom de voz do interlocutor (falar mais alto não ajuda a criança/jovem a ouvir melhor)
- Gerir posicionamento da criança/jovem em sala de aula evitando posiciona-la de frente para uma fonte de luz (natural ou artificial)
- Gerir a luminosidade em sala de aula (intensidade, tipo e direccionalidade da fonte de luz)
- Informar a criança/jovem sempre que ocorram mudançãs na disposiçãõ da sala de aula
- Otimizar posicionamento do interlocutor
- Posicionar a criança/jovem para otimizaçãõ do ouvido com melhor capacidade auditiva
- Providenciar sala de aula, evitando salas perto de zonas interiores/exteriores ruidosas (ex. campo de jogos, refeitório, entradas/saídas)
- Providenciar melhoria da acústica da sala de aula
- Providenciar um lugar na sala de aula que proporcione um melhor campo de visãõ e permitir que a criança/jovem mude de lugar, consoante as tarefas em causa e as ajudas óticas e/ou técnicas que utiliza
- Sentar a criança/jovem afastada do corredor ou do ruído da rua
- Sentar a criança/jovem próxima do professor

**QUADRO 11. PROPOSTAS DE MEDIDAS DE SAÚDE CONSIDERANDO O FATOR AMBIENTAL:
APOIO E RELACIONAMENTOS**

APOIO E RELACIONAMENTOS

- Administrar medicação
- Apoiar na adesãõ ao regime terapêutico
- Apoiar a criança/jovem durante as atividades escolares e lúdicas/recreativas
- Assegurar privacidade na gestão do regime terapêutico
- Assistir no autocuidado
- Contratualizar comportamento positivo
- Envolver a criança/jovem em atividades extracurriculares (desporto escolar)
- Ensinar sobre a gestão do regime terapêutico
- Ensinar/instruir/treinar prestador de cuidados do contexto escolar
- Executar tratamento
- Facilitar a expressãõ de sentimentos da criança/jovem sobre a sua condiçãõ de saúde e o seu impacto nas atividades de vida diária
- Facilitar elo de comunicaçãõ entre a família, a comunidade escolar e os serviçõs de saúde que intervém com a criança/jovem
- Facilitar a adesãõ da gestão do regime terapêutico
- Facilitar a implementaçãõ de estratégias não farmacológicas do alívio da dor
- Promover o apoio de pares/amigos
- Promover o autocuidado
- Promover competências sócio-emocionais no grupo/turma
- Vigiar sinais e sintomas de alerta em funçãõ da condiçãõ de saúde

**QUADRO 12. PROPOSTAS DE MEDIDAS DE SAÚDE CONSIDERANDO O FATOR AMBIENTAL:
ATITUDES**

ATITUDES
<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar crenças - Fomentar o espírito de entajuda - Gerir expectativas - Gerir preconceitos - Gerir estigmas - Gerir estereótipos - Gerir discriminação - Promover a autoestima - Promover uma atitude positiva face à condição de saúde - Promover atitude positiva no processo de comunicação - Reforçar capacidades da criança/jovem - Reforçar consecução de objetivos de aprendizagem - Reforçar a autoeficácia

**QUADRO 13. PROPOSTAS DE MEDIDAS DE SAÚDE CONSIDERANDO O FATOR AMBIENTAL:
SERVIÇOS, SISTEMAS E POLITICAS**

SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Consultar profissional de saúde (consultoria) - Providenciar serviço de promoção de saúde - Proteger o direito da criança/jovem à inclusão - Referenciar para a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) - Referenciar para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi) - Referenciar para Centro de Recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (CRTIC) para a Educação Especial - Referenciar para Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) - Referenciar para outro profissional de saúde - Requerer o apoio social - Requerer transporte domicílio/escola e Atividades Tempos Livres (ATL)

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS DE SAÚDE

No Plano de Saúde Individual deve constar a identificação do responsável pela execução das medidas de saúde, podendo ser da família, da escola, dos serviços de saúde ou da comunidade.

QUADRO 14. RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS DE SAÚDE

Família	Escola	Serviços de Saúde	Comunidade
Pai Mãe Cuidador Encarregado de Educação Criança/Jovem	Direção Educador de Infância/Professor EMAEI Assistente Operacional Psicólogo Assistente Social Técnicos do Centro de Recursos para a Inclusão Cozinheiro Nutricionista Administrativo Outros	Enfermeiro ESIP outros	ATL Município Junta de Freguesia outros

IDENTIFICAÇÃO DE QUANDO AS MEDIDAS DE SAÚDE DEVEM SER IMPLEMENTADAS

A identificação de quando as medidas devem ser implementadas deve ser clara, especificando em que rotina do contexto escolar, hora do dia, dia da semana, mês ou qualquer outro momento.

QUADRO 15. QUANDO AS MEDIDAS DE SAÚDE DEVEM SER IMPLEMENTADAS

Hora do dia	Dia da semana	Dia do mês	Rotina	Outro
			Chegada/saída Refeições Higiene pessoal Sesta Outra	

IDENTIFICAÇÃO DE ONDE AS MEDIDAS DE SAÚDE DEVEM SER IMPLEMENTADAS

As medidas de saúde devem ser implementadas no espaço escolar ou qualquer outro espaço relacionado com o contexto escolar.

QUADRO 16. ONDE AS MEDIDAS DE SAÚDE DEVEM SER IMPLEMENTADAS

Espaço Escolar			Outro espaço
Sala de aula	Refeitório/Cantina	Biblioteca	ATL
Recreio – Espaço interior	Auditório	Gabinete de Saúde	Transporte escolar
Bufete	Sala de Convívio	Casa de Banho	Rua
Recreio – Espaço exterior	Centro de Apoio à aprendizagem	Ginásio	Outro

IDENTIFICAÇÃO DA DATA DE AVALIAÇÃO INICIAL E REAVALIAÇÕES

A data da avaliação inicial, bem como os momentos de avaliação do Plano de Saúde Individual devem estar devidamente identificados/previstos.

QUADRO 17. DATAS DE AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM NSE

Elaboração do PSI (data da avaliação inicial)	Início da implementação do PSI
1º momento de avaliação do PSI	Entre 3 a 6 meses
Momentos seguintes de avaliação do PSI	No final de cada ano letivo

No Anexo III apresenta-se uma proposta de modelo de Plano de Saúde Individual que poderá ser utilizado pelos enfermeiros de saúde escolar, que surge de uma adaptação do modelo proposto pelo PNSE|2015, de forma a ser editável.

3.4.2. CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE ESCOLAR

A capacitação é um dos seis eixos do PNSE[2015]. Capacitar vai muito além da transmissão de simples informação e compreensão da mesma relativa à saúde, mas sim estar capaz de a utilizar e tomar decisões (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A capacitação da comunidade caracteriza-se pelo aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos (Loureiro & Miranda, 2016).

A capacitação de uma comunidade implica um reforço da ação comunitária bem como o desenvolvimento de competências pessoais, isto é, agir tanto no grupo como individualmente. Segundo a OMS, *“capacitar significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde pela mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde”* (World Health Organization, 1998, p. 7).

Por sua vez, a capacitação dos indivíduos é conseguida através de ações de literacia em saúde que surgem como uma estratégia de empoderamento, de forma a potenciar o crescimento e desenvolvimento da autonomia e responsabilidade individual e coletiva (Loureiro & Miranda, 2016). De acordo com a DGS, *“a capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços”* (Direção-Geral da Saúde, 2015a, p. 21).

No ano de 2018, em Astana, Cazaquistão, realizou-se a Conferência Global de Cuidados de Saúde Primários. Nesta conferência os líderes de saúde presentes e as partes interessadas na promoção e desenvolvimento da saúde sustentada e sustentável, relativamente ao empoderamento individual e comunitário, reforçaram o apoio relativo ao *“envolvimento de indivíduos, famílias, comunidades e sociedade civil na sua participação no desenvolvimento e implementação de políticas e planos que impactam a saúde”* (World Health Organization, 2018, p. 10). A literatura reforça a importância do empoderamento comunitário, arguindo que projetos de intervenção comunitária que não o promovam tendem a ser pouco eficazes (Zambrano, Bustamante & García, 2009). No mesmo sentido é definido pela World Health Organization *“o empoderamento para a saúde pode ser social, cultural, psicológico ou político, em que os indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades”* (1998, p. 6).

De forma a empoderar a comunidade educativa, o Enfermeiro deve ensinar que, segundo a CIPE (2019), significa dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde; instruir, isto é, fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa e treinar, ou seja, desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa. Desta forma a comunidade educativa poderá ficar mais capacitada o que lhes permitirá intervir em situações específicas devidamente identificadas no PSI da criança/jovem com NSE. Por tudo isto, a capacitação revela-se como um dos alicerces das necessidades de saúde especiais de forma a permitir a implementação e consequente operacionalização das intervenções planeadas no plano de saúde individual da criança e jovem.

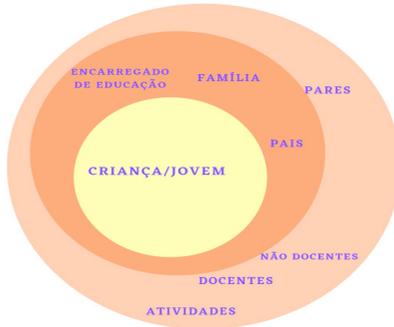


Figura 1 - Capacitação da Comunidade Escolar

A capacitação da comunidade e o conseqüente empoderamento pode ser uma intervenção do PSI, tendo sempre em consideração:

- O consentimento da família da criança/jovem e do próprio, para a realização da capacitação.
- A definição do público-alvo de forma clara e inequívoca.
- A abordagem deve ser sempre a ascendente, isto é, deve ser realizado um diagnóstico de forma a verificar o que a comunidade alvo da intervenção sabe sobre a temática, o que pretende saber e de que forma.
- A família e a criança/jovem devem participar em todo o processo.

3.4.3. MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

A equipa de saúde escolar elabora o PSI, apoia a sua implementação, realiza a sua monitorização em conjunto com o pai/mãe/encarregado de educação e com todos os intervenientes, e procede à sua revisão (Diário da República, Despacho n.º 8297-C/2019).

3.4.4. ARTICULAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL COM OUTROS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA PARA O CONTEXTO ESCOLAR

De forma a promover uma abordagem integrada, as medidas propostas no PSI devem, com o consentimento do pai/mãe/encarregado de educação, ser articuladas com outros documentos que acompanham a criança/jovem no seu percurso escolar, acautelando-se a complementaridade entre serviços.

Salienta-se que *“quem melhor conhece cada aluno tem um papel fundamental e determinante no desenho das ações e das medidas a mobilizar para que seja otimizado o nível de desempenho e de participação”* (Direção-Geral da Educação, 2018, p. 33). Desta forma, o PSI pode articular-se com os seguintes elementos:

• **Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)**

O PIIP é um documento elaborado pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI) quando a criança, dos 0 aos 6 anos, está integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

Segundo o Decreto-Lei Nº 281/2009, de 6 de outubro, contém a avaliação da criança nos seus contextos (familiar e outros), bem como as medidas e ações a desenvolver de forma a assegurar um processo adequado de transições ou de complementaridade entre serviços e instituições. No artigo 8.º do mesmo decreto-lei refere-se que no PIIP deve constar: 1) a identificação dos recursos e necessidades da criança e da família; 2) os apoios a prestar; 3) o desenvolvimento das capacidades de adaptação da criança; a data de início da execução do plano e do período provável da sua duração; 4) a periodicidade da realização das avaliações bem como os procedimentos para o processo de transição para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar (Diário da República, 2009).

• **Relatório Técnico-Pedagógico (RTP)**

O RTP é um documento da responsabilidade da Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva da escola e fundamenta a necessidade de mobilização de medidas seletivas e ou adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão (Diário da República, 2018). No artigo 21.º do mesmo decreto-lei, no RTP estão identificados: 1) os fatores (da escola, do contexto e individuais) que facilitam e que dificultam o progresso e o desenvolvimento das aprendizagens da criança ou do jovem; 2) as medidas de suporte à aprendizagem e inclusão a mobilizar bem como a forma de as operacionalizar; 3) os responsáveis pela sua implementação; 4) o procedimento de avaliação da eficácia de cada medida e a articulação com os recursos específicos existentes na comunidade de apoio à aprendizagem e à inclusão, nomeadamente as equipas de saúde escolar dos Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde; 5) a concordância expressa do pai/mãe/encarregado de educação (Direção-Geral da Educação, 2018).

• **Programa Educativo Individual (PEI)**

O PEI é um documento elaborado pela equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva. Acompanha o relatório técnico-pedagógico quando é proposta a medida adicional: adaptações curriculares significativas (Direção-Geral da Educação, 2018).

No Decreto-Lei n. 54/2018, artigo 24.º, refere-se que o PEI contém: 1) a identificação e a operacionalização das adaptações curriculares significativas; 2) as aprendizagens a desenvolver; 3) as estratégias de ensino; 4) as adaptações no processo de avaliação, bem como outros dados relevantes, não esquecendo as expectativas do pai/mãe/encarregado de educação; 5) o total de horas letivas do aluno; 6) os produtos de apoio que se considerem necessários para o acesso e participação no currículo bem como, quando aplicável, 7) as estratégias para a transição entre ciclos e níveis de educação e ensino (Direção-Geral da Educação, 2018).

O PSI, o PEI e o PIIP devem ser complementares devendo ser garantida a necessária coe-rência, articulação e comunicação (Direção-Geral da Educação, 2018).

4. ALGORITMO DE ATUAÇÃO

FLUXOGRAMA DE NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS PARA A SAÚDE ESCOLAR



5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tal como recomenda o PNSE|2015, a investigação em saúde escolar tem a finalidade de poder contribuir para identificação da melhor evidência científica, de modo que esta possa ser transferível para as situações prática clínica (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Promover a saúde e prevenir a doença da comunidade educativa, de modo a diminuir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos, é um dos objetivos do PNSE|2015. Deste modo, para assistir as crianças com NSE é necessário que as Equipas de Saúde Escolar tenham informação acerca da dimensão do fenómeno, de modo a desenvolver intervenções concertadas e potenciar o processo de aprendizagem destas crianças.

A problemática das crianças com NSE é um tema ainda pouco investigado em Portugal, os dados disponíveis nas plataformas de registo da DGS são pouco versáteis, não permitindo conhecer em tempo real, qual o verdadeiro número de crianças com NSE que são assistidas pelas Equipas de Saúde Escolar e as dinâmicas de intervenção encetadas.

Assim, considera-se importante sistematizar alguns tópicos de investigação, que à luz do conhecimento atual e das perceções resultantes do contacto diário com esta realidade, possam ser desafios no futuro:

- Cumprimento das Políticas e Recursos disponíveis para intervenção e/ou acompanhamento das crianças com NSE;
- Perceção e expectativas dos pais/EE de crianças com NSE acerca da assistência de enfermagem, pela Equipa de Saúde Escolar;
- Perceção e expectativas dos profissionais de saúde relativas à assistência de enfermagem à criança/jovem com NSE em meio escolar;
- Perceção e expectativas da escola (docentes e não docentes) acerca da assistência de enfermagem pela Equipa de Saúde Escolar);
- Sinalização/referenciação das crianças com NSE;
- Diagnósticos de Enfermagem frequentes na assistência de enfermagem às crianças com NSE;
- Recursos para acompanhar as crianças com NSE.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de guias orientadores de boas práticas de cuidados de Enfermagem, baseados na mais atual evidência científica e na experiência que advém duma prática de cuidados continuamente refletidos, constitui uma base estrutural importante para os cuidados de enfermagem. Este Guia Orientador de Boas Práticas teve como finalidade, organizar os elementos essenciais para a abordagem à criança e jovem com Necessidade de Saúde Especiais em contexto escolar, por forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Para as crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, bem como as suas famílias, a vida pode apresentar-lhes mais desafios, nomeadamente quando existem alterações da sua condição de saúde. Assim, consideramos que este guia é um excelente contributo para os EESIP, evidenciando um conjunto de intervenções, com a finalidade de ajudar as crianças, jovens e suas famílias, a tornarem-se o mais independentes possível no ambiente escolar, sendo que o enfermeiro, é o profissional de saúde que está melhor preparado para os cuidar, assegurando cuidados diferenciados de qualidade que exigem conhecimentos, habilidades e recursos específicos.

O presente Guia Orientador de Boas Práticas, encontra-se em conformidade com o Plano Nacional de Saúde Escolar, pelo que consideramos que é um valioso instrumento para os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, bem como, para os enfermeiros que intervêm na saúde escolar, por forma a garantirem respostas adequadas às necessidades das crianças, jovens/famílias com NSE. Assim, importa referir que o foco da atenção destes Enfermeiros, engloba como um todo a criança e jovem com NSE e a sua família, tornando-os parceiros no cuidar e na construção do seu projeto de saúde.

Indubitavelmente que o desígnio dos Enfermeiros é salvaguardar os direitos das crianças, a aceitação à diferença, a promoção de atitudes de respeito e o reconhecimento do valor e o mérito pessoal, pelo que, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, agradece a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste referencial orientador para melhorar as práticas diárias com base nos padrões da qualidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. (s. d.). *Os direitos da criança: as nações unidas, a convenção e o comité*. Ministério Público., Lisboa. doi: https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/os_direitos_crianca_catarina_albuquerque.pdf
- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M., Araújo, B., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Crianças com Necessidades Especiais. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da Criança e do jovem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Braatz, J., & Kraemer, C. (2013). Constituição histórica da criança com paralisia cerebral como anormal e os reflexos na Educação. *Educação: Teoria e Prática*, 23 (42), 127-142. doi: <http://dx.doi.org/10.18675/1981-8106>
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2004). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e a aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Castro, E., Sá, M., & Camargo, P. (2017). Educação infantil e políticas educacionais: do passado ao presente na busca do futuro. 39 (2), 155-164. doi: <https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v39i2.31042>
- Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. (2018). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável. 17 Objetivos para Transformar o Nosso Mundo*. doi: https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. (2015). *Necessidades Especiais de Educação Parceria entre a Escola e o CRI: Uma Estratégia para a Inclusão*. (E. Cercica., Ed.) Estoril. doi: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/necessidades_especiais_de_educacao_parceria_entre_a_escola_e_o_cri_uma_estrategia_para_a_inclusao.pdf
- Christmann, M., & Pavão, S. (2018). A inerência do diagnóstico clínico na produção de (in) exclusão educacional. *Acta Scientiarum Education*, 40 (3). doi: <http://periodicos.uem.br/ojs/acta>
- Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações mais saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa.
- Depaepe, M., & Smeyers, P. (2016). Educacionalização como um processo de modernização em curso. 34 (3), 753-768. doi: <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2016v34n3p753>
- Diário da República. (14 de outubro de 1986). Lei n.º 46. *Diário da República n.º 237/1986 - I Série. Assembleia da República*. Lisboa, Porto.
- Diário da República. (23 de agosto de 1991). Decreto-Lei n.º 319. *Diário da República n.º 193/1991 - Série I. Lisboa*. doi: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/319/1991/08/23/p/dre/pt/html>

- Diário da República. (10 de fevereiro de 1997). Lei n.º 5. *Diário da República n.º 34/1997- Série I – A. Assembleia da República*. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (7 de junho de 2006). Despacho n.º 12045. *Diário da República n.º 110/2006 – II Série. Alto Comissariado da Saúde*. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (7 de janeiro de 2008). Decreto-Lei n.º 3. *Diário da República n.º 4/2008 - I Série. Ministério da Educação*. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (6 de outubro de 2009). Decreto-Lei n.º 281. *Diário da República, n.º 193, I série*. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (27 de agosto de 2009). Lei n.º 85. *Diário da República n.º 166/2009 - I Série*. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (3 de junho de 2015). Lei n.º 65. *Diário da República n.º 128/2015 - I Série. Assembleia da República*. Lisboa, Portugal.
- Diário da República. (6 de julho de 2018). Decreto-Lei n.º 54. Lisboa, Portugal. doi: <https://dre.pt/application/conteudo/115652961>
- Diário da República. (18 de setembro de 2019). Despacho n. 8297-C. *Diário da República n.º 179, 1.º Suplemento, II.ª Série. Educação e Saúde*. Lisboa, Portugal. doi: <https://dre.pt/application/conteudo/124793123>
- Direção-Geral da Educação. (2018). Para uma Educação Inclusiva: Manual de Apoio à Prática. doi: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf
- Direção-Geral da Saúde & Direção-Geral da Educação. (2016). Orientação 006/2016 - Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola. Lisboa. doi: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/orientacao-conjunta-n-0062016-de-23112016-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Tradução portuguesa. Obtido em março de 2021, de <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Plano Nacional da Saúde Escolar*. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.
- Direção-Geral da Saúde. (julho de 2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://observatoriolisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (junho de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. obtido <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. doi: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Rastreio e Tratamento da Surdez com implantes cocleares em idade pediátrica. *DGS - Norma 018/2015 de 11/12/2015 atualizada em 14/07/2017*. doi: <https://nocs.pt/rastreio-e-tratamento-da-surdez-com-implantes-cocleares-em-idade-pediatica/>

- Direção-Geral da Saúde. (2019). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 - Manual de Formação resumido para Apoio aos Profissionais de Saúde e de Educação. doi: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Estatística da Educação e Ciência. (maio de 2021). Necessidades Especiais de Educação 2017/2018. Obtido de <https://www.dgeec.mec.pt/np4/home>
- Fernandes, P. (2013). Políticas de educação especial em Portugal: uma análise a partir de um quadro de referência europeu. *Acta Scientiarum. Education*, 35(2), 201-211. doi: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=303328749007>.
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- Gomes-Pedro, J. (2004). O que é ser criança? *Análise Psicológica*, 33-42.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (9ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos (Portugal). Lisboa.
- Instituto Politécnico de Leiria. (2014). Necessidades Educativas Especiais: Manual de Apoio para Docentes. doi: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1210/2/manual-docentes-acessivel.pdf>
- Internacional Council of Nurses. (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. doi: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Laverack, G. (2008). Promoção de saúde - Poder e empoderamento. (Lusodidacta) Loures.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2016). *Promover a Saúde: dos fundamentos à ação (2ª Edição)*. (2ª ed.). (Almedina, Ed.).
- Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a recessão - Dados Nacionais do estudo HBSC 2018*. (E. d. Social, Ed.) Lisboa.
- Ministério da Educação & Ministério da Saúde. (2006). *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde*. doi: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/ProtocoloME_MS.pdf
- Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, G. d. (2016). *Estatísticas sobre Deficiências ou Incapacidades*. doi: <http://odh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/outras-publicacoes/item/281-estat%C3%ADsticas-sobre-defici%C3%AAsncias-ou-incapacidades>
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Conselho de Enfermagem*. doi: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Entrevista ao adolescente. Promover o Desenvolvimento Infantil na criança. *Cadernos OE | Série I | Número 3 | Volume 1*. doi: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudelInfantil_Pediatria_volume1.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diminuir o medo da cirurgia | Assistir a criança com Diabetes Mellitus tipo I | Assistir a criança com estoma. *Cadernos OE - Série I, Número 3 | Volume 2*. doi: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VollI.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento Regulamento de Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 422/2018*. doi: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (1959). *Declaração dos direitos das crianças*. Obtido de: Assembleia Geral das Nações Unidas. Recuperado de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf
- Organização das Nações Unidas. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: McGraw Hill Brasil de Portugal.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança (11ª ed.)*. McGraw Hill Brasil.
- Silva, J., Fernandes, I., & Fonseca, L. (2020). Políticas para pessoa com deficiência e as contribuições de Freire e Montessori. 19 (1), 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2020.1.36611>
- Sousa, C. (2012). *Comunicação Aumentativa*. (E. S. Sociais, Ed.) Leiria. doi: <https://iconline.ipliria.pt/bitstream/10400.8/534/1/Comunicação%20Aumentativa.pdf>
- UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na área das Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca, Espanha.
- UNICEF. (2018). *Annual Report 2018 - for every child, every right*. New York, USA. doi: <https://www.unicef.org/media/55486/file/UNICEF-annual-report-2018%20revised%201.pdf>
- UNICEF. (2019). *Situação mundial da infância 2019 – Crianças, alimentação e nutrição, Crescendo saudável em um mundo em transformação*. New York, USA. doi: https://www.unicef.org/brazil/media/5566/file/Situacao_Mundial_da_Infancia_2019_Resu
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Otava.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion – Glossary*. Genebra, Suíça. doi: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children & Youth version*. doi: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/class_int_func_cj.pdf
- World Health Organization. (25-26 de October de 2018). *Global Conference on Primary Health Care*. Astana, Cazaquistão. doi: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- Zambrano, A., Bustamante, G., & García, M. (2009). Trayectorias Organizacionales y Empoderamiento Comunitario: un Análisis de Interfaz en dos Localidades de la Región de la Araucanía. *PSYKHE*, 8, N°2, 65-78. doi: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v18n2/art05.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – PROPOSTA DE MODELO DE REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM COM NSE

REFERENCIAÇÃO | PROFISSIONAL DE SAÚDE/ INCLUSÃO E ESCOLAR

A referenciação para a equipa de saúde escolar de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais pode ser feita pelos Serviços de Saúde (ACES/Hospital). A escola, pais, encarregado de educação, se identificarem qualquer necessidade de saúde, podem, do mesmo modo, referenciar para a Equipa de Saúde Escolar.*

A referenciação implica **SEMPRE** o **CONHECIMENTO** dos pais ou encarregado de educação.

1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome do aluno:	
Data de nascimento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N.º utente do SNS:	
Encarregado/a de Educação:	
Contacto:	
Médico/a de Família:	
Estabelecimento de Ensino que frequenta:	
Nível de Educação/Ensino:	
Pré-escolar <input type="checkbox"/> 1º CEB <input type="checkbox"/> 2º CEB <input type="checkbox"/> 3º CEB <input type="checkbox"/> E. Secundário <input type="checkbox"/>	
Outro. Qual?	
Ano de Escolaridade:	
Docente responsável pelo grupo/turma:	
Contacto docente responsável pelo grupo/turma:	

2. REFERENCIAÇÃO	
Motivo:	
Referenciado por: Pais/EE: <input type="checkbox"/> Escola: <input type="checkbox"/> ELI: <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Qual?	
Nome de quem Referencia:	
Data:	Assinatura:

3. ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO	
Tomei conhecimento:	
Data:	Assinatura

* Necessidades de Saúde Especiais (NSE) são as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual.

ANEXO II – ESCALA DE AVALIAÇÃO MARY SHERIDAN MODIFICADA

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 1/12 Meses				
	Postura e Motricidade Global (PMG)	Visão e Motricidade Fina (VMF)	Audição e Linguagem	Comportamento e Adaptação Social
4 – 6 Semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral – levanta a cabeça. • Decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Tração pelas mãos – a cabeça cai. • Sentado - dorso em arco e mãos fechadas. • Suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segue uma bola pendente a 20-25cm em $\frac{1}{4}$ de círculo (do lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa a face da mãe quando o alimenta. • Sorriso presente às 6 semanas. • Chora quando desconfortável e responde com sons naturais em situações de prazer.
3 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral – apoio nos antebraços. • Decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. • Tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. • De pé - flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãos abertas – juntas na linha média e brinca com elas. • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. • Segue uma bola pendente $\frac{1}{4}$ círculo e horizontal. • Convergência. • Pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri. • Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.
6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral – apoia-se nas mãos. • Decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. • Tração pelas mãos – faz força para se sentar. • Mantém-se sentado sem apoio. • De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem prensão palmar. • Leva os objetos à boca. • Transfere objetos. • Se o objeto cai esquece-o imediatamente. • Boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Segue os sons a 45cm do ouvido. • Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. • Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito ativo, atento e curioso.
9 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min. • Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem prensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objeto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção rápida para os sons perto e longe. • Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. • Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leva uma bolacha à boca. • Mastiga. • Distingue os familiares dos estranhos.
12 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • Passa de decúbito dorsal a sentado. • Tem equilíbrio sentado. • Gatinha. • Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. • Procura um objeto escondido. • Interesse visual para perto e longe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resposta rápida aos sons suaves, mas habituando-se depressa. • Dá pelo nome e voltasse. • Jargon (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). • Compreende ordens simples "dá, cá e adeus". 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe pelo copo com ajuda. • Segura a colher, mas não usa. • Colabora no vestir levantando os braços. • Muito dependente do adulto. • Demonstra afeto.

Fonte: adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. (Direção-Geral da Saúde, 2013)

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 18 Meses/5 anos				
	Postura e Motricidade Global (PMG)	Visão e Motricidade Fina (VMF)	Audição e Linguagem	Comportamento e Adaptação Social
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Anda bem. • Apanha brinquedos do chão. 	<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"> • 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"> • Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir ao wc. • Começa a copiar atividades domésticas.
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Corre. • Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. 	<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"> • Diz o primeiro nome. • Fala sozinho enquanto brinca. • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. • Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. • Nomeia objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca o chapéu e os sapatos. • Usa bem a colher. • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.
3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3A) e copia (3ª 1/2) 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"> • Diz o nome completo e o sexo. • Vocabulário extenso, mas pouco compreensível por estranhos. • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho ao wc. • Come com colher e garfo.
4 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé sem apoio 3 - 5 seg. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia 4 cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Linguagem compreensível. • Apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez.
5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé 3 - 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo (5A). • Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se só. • Lava as mãos e a cara e limpa-se só. • Escolhe os amigos. • Compreende as regras do jogo.

Fonte: adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. (Direção-Geral da Saúde, 2013)

SINAIS DE ALARME		
1 mês	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado. • Hipertonicidade na posição de pé. • Nunca segue a face humana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). • Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Não fixa nem segue objetos. • Não sorri. • Não há qualquer controlo da cabeça. • Mãos sempre fechadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membros rígidos em repouso. • Sobressalto ao menor ruído. • Chora e grita quando se toca. • Pobreza de movimentos.
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de controlo da cabeça. • Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. • Não olha nem pega em qualquer objeto. • Assimétrias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não reage aos sons. • Não vocaliza. • Desinteresse pelo ambiente. • Irritabilidade. • Estrabismo manifesto e constante.
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Não se senta. • Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição. • Assimétrias. • Sem preensão palmar, não leva objetos à boca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não reage aos sons. • Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização. • Apático sem relação com familiares. • Engasga-se com facilidade. • Estrabismo.
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Não aguenta o peso nas pernas. • Permanece imóvel, não procura mudar de posição. • Assimétrias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. • Não responde à voz. • Não brinca nem estabelece contacto. • Não mastiga.
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. • Anda sempre na ponta dos pés. • Assimétrias. • Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não responde quando o chamam. • Não vocaliza espontaneamente. • Não se interessa pelo que o rodeia; não estabelece contacto. • Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. • Estrabismo.
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Não anda sozinho. • Deita os objetos fora. • Não constrói nada. • Não parece compreender o que se lhe diz. • Não pronuncia palavras inteligíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se interessa pelo que está em seu redor. • Não estabelece contacto. • Não procura imitar. • Estrabismo.
4/5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração. • Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrabismo ou suspeita de défice visual. • Perturbação do comportamento.

Fonte: adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. (Direção-Geral da Saúde, 2013)

ANEXO III – PROPOSTA DE MODELO DE PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL – ADAPTADO DO PNSE

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL CRIANÇAS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS

Ano lectivo _____

IDENTIFICAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE ESCOLAS / UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Agrupamento			
UCC			
Telefone		Email	

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome			
D. Nasc.		Ano/Turma	
Morada			
E.E.			
Contacto		Email	

1 – PERFIL DE FUNCIONALIDADE

Atividades e Participação	Ausência de Dificuldade	Dificuldade Ligeira	Dificuldade Moderada	Dificuldade Grave	Dificuldade Total	Fatores Ambientais		
						Facilitadores	Barreira	
Ouvir (mesmo com a utilização de prótese auditiva) (d115)						e	e	
Ver (mesmo com a utilização de óculos ou lentes de contacto) (d110)						e	e	
Comunicar (compreender e ser compreendido pelos outros mesmo com a utilização de símbolos, de gestos ou de comunicação) (d301, d315, d330, d335, d350)						e	e	
Andar e deslocar-se (mesmo com a utilização de cadeira de rodas, de andariço, de canadianas, etc.) (d430, d440, d450, d465, d470, d475)						e	e	
Adquirir e aplicar o conhecimento (aprender novos conhecimentos, aplicar conhecimentos adquiridos, pensar, raciocinar e resolver problemas) (d110, d140, d145, d150, d175)						e	e	
Realizar tarefas diárias comuns para a sua faixa etária (tarefas escolares, atividades lúdicas/ recreativas, etc.) (d210, d220, d910, d920, d930)						e	e	
Cuidar de si próprio de forma apropriada à sua faixa etária (comer, vestir, beber, lavar-se, urinar, evacuar, etc.) (d510, d520, d530, d540, d550, d560)						e	e	
Interagir e estabelecer relacionamentos interpessoais de forma apropriada à sua faixa etária (d710, d720, d730, d740, d750, d760)						e	e	
Cuidar da própria saúde (medicação, aspiração, terapia específica, etc.) (d570)						e	e	

2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR

Fatores Ambientais identificados	Descrição das medidas de saúde (o que fazer/como fazer)

Medidas	Quem?	Quando?	Onde?

RESPONSÁVEIS PELO PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL

Nome	Função	Assinatura

DATA DA AVALIAÇÃO INICIAL: ____/____/____

DATA DA REAVALIAÇÃO: ____/____/____

Ordem dos Enfermeiros

**GUIA ORIENTADOR
DE BOAS PRÁTICAS:
A CRIANÇA E O JOVEM
COM NECESSIDADES DE SAÚDE
ESPECIAIS EM CONTEXTO ESCOLAR**

