

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE NA ESCOLA

SAÚDE NA ESCOLA

SAÚDE NA ESCOLA

Brasília - DF
2009

24

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE NA ESCOLA

Brasília – DF
2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica



CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE NA ESCOLA

Série B. Textos Básicos de Saúde
Cadernos de Atenção Básica, n. 24

Este material é destinado prioritariamente
para as Equipes de Saúde da Família.
Deve ser conservado em
seu local de trabalho.

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Cadernos de Atenção Básica, n. 24

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 35.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, sala 655

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2497

Fax: (61) 3226-4340

E-mail: dab@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/dab

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)

ISBN 978-85-334-1644-4

I. Saúde pública. 2. Educação. 3. Políticas públicas. I. Título. II. Série.

CDU 373:614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2009/0539

Títulos para indexação:

Em inglês: Health on School

Em espanhol: Salud en la Escuela

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1 INTRODUÇÃO	10
2 POLÍTICAS PÚBLICAS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	12
3 A ESCOLA COMO <i>LOCUS</i> DE CUIDADO EM SAÚDE	15
4 ESTRATÉGIAS GERAIS DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR	17
5 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR – AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS QUE ESTÃO NA ESCOLA	20
6 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	67
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	82
EQUIPE TÉCNICA	93

APRESENTAÇÃO

7

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

A relação entre os setores de Educação e de Saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas por serem baseados na universalização de direitos fundamentais e com isso favorecem maior proximidade com os cidadãos nos diferentes cantos do país. Afinidade que, historicamente, já foi unidade, pelo menos no caso do Brasil, quando na década de 50 do século passado que o então Ministério da Educação e Saúde (MES) se desdobrou em dois: no Ministério da Saúde e no Ministério da Educação e Cultura, com autonomia institucional para elaboração e implantação de políticas em suas áreas. Na ocasião, as ações desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde, do antigo MES, passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde.

A partir dos anos 50 até o início dos anos 2000, passando pela redemocratização do Brasil e pela Constituição Federal de 1988, muitas foram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir e/ou dentro de uma perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ou odontológica. Assim, centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes, que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas, deveriam ser saudáveis.

Noutra frente, a abordagem dos estudantes era realizada sob o marco de uma psicologia “medicalizada”, a qual deveria solucionar os “desvios” e/ou “déficits” ligados ao comportamento/disciplina e/ou a capacidade de aprender e/ou atentar.

Por um ou outro caminho, a saúde entrava na escola para produzir uma maneira de conduzir-se, de “levar a vida”, baseada no ordenamento dos corpos a partir da medicalização biológica e/ou psíquica dos fracassos do processo ensino-aprendizagem. No entanto, esta não era nem é a única opção para trabalhar no encontro da educação com a saúde, ou seja: na implementação de políticas públicas e/ou propostas de ações intersetoriais que articulem as unidades de saúde às unidades escolares. Ao contrário, como reação de educadores e sanitaristas, surgiram outros modos de entender o estreito vínculo entre a produção do conhecimento e um viver saudável, os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), editada pelo Ministério da Saúde, em 2006, representa um marco político/ideológico importante no processo vivo e cotidiano de construção do Sistema Único de Saúde, uma vez que retoma o debate político sobre as condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis, propondo que haja uma substituição de um processo de trabalho centrado

na culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde. Assim, a definição de seu objetivo geral de

[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais [...] (BRASIL, 2006d).

é acompanhada por um conjunto de conceitos e diretrizes que confirmam uma atitude baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho, que promovam mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão centrando-se na organização do trabalho em equipe.

A escola deve ser entendida como um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde.

No contexto situacional do espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado.

Segundo a Lei Básica de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a educação deve ser inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana e o ensino público deve centrar-se na gestão democrática, cujos princípios são a participação de profissionais da educação na elaboração do projeto político-pedagógico da escola e a participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes.

A partir da compreensão de que uma ação intersetorial, uma parceria, existe na medida em que “ambas as partes envolvidas trabalham juntas para atingir um objetivo comum, resultando em benefícios para todos”, (ROCHA, 2008), assim, parece, então, que os sistemas de saúde e de educação no Brasil venceram o primeiro passo para um trabalho conjunto. Ao mesmo tempo, parece que a promoção da saúde apresenta-se como uma forma de pensar e agir em sintonia com este agir educativo, cuja finalidade é a formação de sujeitos e projetos pedagógicos voltados para o direito à vida.

O território é espaço da produção da vida e, portanto, da saúde. Define-se como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico que é construído coletivamente e de forma dinâmica por uma série de sujeitos e instituições que aí se localizam e circulam. Dessa maneira, o conceito de território é central para se abordar os princípios da Atenção Básica, pois é a

abrangência sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família para o desenvolvimento de suas ações, onde se vincula à comunidade que aí vive e produz saúde e/ou doenças. É nesse território (que contempla as unidades escolares) e com os sujeitos de sua comunidade onde as equipes de Saúde da Família podem construir e fortalecer a articulação com a comunidade escolar.

Este Caderno pretende materializar a parceria entre o setor de Educação e o setor de Saúde, destacando que esta pode se ampliar para envolver outros parceiros na construção de um território mais saudável, de uma comunidade mais saudável, de uma escola mais saudável, fortalecendo as múltiplas instâncias de controle social e o compromisso da comunidade para agir em defesa da vida. Assim, ratificam-se os princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, na qual as equipes de Saúde da Família assumem o protagonismo e a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos escolares, além do desafio de um processo de trabalho que considere a integralidade das ações, o cuidado longitudinal e o acesso dos escolares às ações específicas do Programa Saúde na Escola, considerando suas diretrizes e prioridades em cooperação com os profissionais da educação.

Ministério da Saúde

I INTRODUÇÃO

O **Programa Saúde na Escola (PSE)**, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008b).

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se *locus* para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Nas últimas décadas, a percepção dos países sobre o conceito e a prática de saúde escolar e de promoção da saúde tem mudado. Na década de 80, a crítica do setor de Educação em relação ao setor de Saúde de que este não utilizava a escola como uma aliada e parceira tornou-se mais contundente. Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, é pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2006a).

A essas informações, somou-se o Informe Lalonde, documento oficial do governo do Canadá, publicado em 1974, que define o conceito de Campo da Saúde como constituído por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Esse documento apoiou a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia para criação de espaços saudáveis e protetores. No início dos anos 90, diante das propostas do setor de Educação, da crescente crítica de pouca efetividade da educação em saúde nas escolas e do fortalecimento das políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL, 2006a).

Assim, a promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde mundo afora. Durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação

do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (STEWART-BROWN, 2006), o que inclui os serviços de saúde comunitários, como as Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania. Assim, dos profissionais de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, o princípio básico da promoção da saúde (PORTUGAL, 2006; DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Nesse sentido, há que se considerar a importância de um sistema educacional inclusivo, que tem se proposto a tornar as escolas públicas brasileiras acessíveis a crianças e adolescentes com deficiência, além de a pertinência da participação solidária dos profissionais de saúde na consecução desse objetivo. De acordo com os resultados do Censo Escolar da Educação Básica de 2008, houve crescimento significativo nas matrículas da educação especial nas classes comuns do ensino regular. Estão em classes comuns 375.772 estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

Este Caderno de Atenção Básica busca trazer os principais conceitos e práticas de Avaliação das Condições de Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens que estão na escola pública dentro de uma abordagem contemporânea de promoção da saúde escolar, com ênfase na discussão da efetividade das iniciativas promovidas pelas equipes de Saúde da Família.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. O Programa Mais Saúde: Direito de Todos, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2008, é um exemplo disso (BRASIL, 2008d).

Esse programa busca aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2008-2011, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que contemplam 73 medidas e 165 metas, que objetivam avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e da intersetorialidade. Nesse sentido, o primeiro eixo de ações estratégicas do Mais Saúde aponta para a efetivação de ações intersetoriais que possuam alta complementaridade e sinergia focadas, especialmente, nos municípios e, neles, nas escolas e nos ambientes de trabalho.

Nesse eixo, explicita-se a Medida 1.5, que visa implementar o Programa Saúde na Escola – PSE, em articulação com o Ministério da Educação, e que pretende alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas, de 2008 a 2011. O PSE foi instituído pelo presidente da República, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b), no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008b).

Os principais objetivos deste Programa são:

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;

VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

No seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar.

No artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras:

- I** – Avaliação clínica;
- II** – Avaliação nutricional;
- III** – Promoção da alimentação saudável;
- IV** – Avaliação oftalmológica;
- V** – Avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI** – Avaliação auditiva;
- VII** – Avaliação psicossocial;
- VIII** – Atualização e controle do calendário vacinal;
- IX** – Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X** – Prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI** – Prevenção do uso de drogas;
- XII** – Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII** – Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV** – Educação permanente em saúde;
- XV** – Atividade física e saúde;
- XVI** – Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;
- XVII** – Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

O parágrafo único do artigo 4º diz textualmente que

[...]as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. (BRASIL, 2007b).

Essas diretrizes estão em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006e) em relação às atribuições das equipes de Saúde da Família, na qual se destaca:

SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS [da ESF]:

- I** – Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos

a riscos [...] II – Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). (BRASIL, 2006e).

A promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

3 A ESCOLA COMO LOCUS DE CUIDADO EM SAÚDE

15

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. Distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos. Esse encontro de saberes gera o que se convencionou chamar “cultura escolar”, que assume expressão própria e particular em cada estabelecimento, embora apresente características comuns a tudo aquilo que é típico do mundo escolar.

Essa dinâmica cultural da escola é extremamente vigorosa, tornando-a um espaço de referências muito importante para crianças e adolescentes, que cada vez mais desenvolvem em seu âmbito experiências significativas de socialização e vivência comunitária. A escola é considerada por alguns como o espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo. Portanto, a cultura escolar configura e é instituinte de práticas socioculturais (inclusive comportamentos) mais amplos que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma. É dentro desse enfoque que se entende e se justifica um programa de saúde na escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, irradiando-se dessa forma para além dos limites da escola.

Considerando o Ensino Infantil, o Fundamental e o Médio, verifica-se que cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes estão acessíveis às ações de educação, promoção e assistência à saúde no sistema educacional brasileiro (BRASIL, 2006a).

As condições de vida e saúde e também as iniquidades sociais em nosso país permitem dizer que essa parcela da população está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ação eficaz pelo sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social. Ao considerar os esforços do Ministério da Educação em tornar a escola pública inclusiva e acessível a crianças e adolescentes com deficiência (física, visual, auditiva, múltipla), oportuniza-se uma sociedade mais igualitária, sendo que os profissionais da saúde terão papel relevante no suporte às necessidades específicas desses estudantes. Conhecer e lidar com esses fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo e protegendo a saúde, impactará de maneira positiva a qualidade de vida, as condições de aprendizado e, conseqüentemente, a construção da cidadania.

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis. As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas para a consecução dos objetivos citados, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008), sempre em associação com as equipes de educação.

Entre os desafios mais importantes das ações de promoção da saúde na escola, estão: (1) A integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares; (2) A instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para apoiar e fortalecer as iniciativas; (3) A identificação e a vigilância de práticas de risco; (4) O monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar (BRASIL, 2006a).

Visando lograr a integralidade do enfoque da área da saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propõe a utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação física da escola e envolvam pais, professores e comunidades. Metodologias dessa natureza devem permear todas as atividades desenvolvidas, tais como diagnóstico das necessidades de saúde da população escolar; desenvolvimento curricular de forma integrada; preparação de material didático; formação permanente de professores e funcionários; investigação, seguimento e avaliação das atividades desenvolvidas; e difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados (BRASIL, 2006a).

Dentro da lógica da Vigilância em Saúde, e como protagonistas corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida das populações onde estão inseridas, as equipes de Saúde da Família (ESF) devem se constituir como importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar em todas as localidades e espaços, principalmente nas localidades onde essa questão ainda é incipiente. Além disso, as ESF podem e devem atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes. Ainda, devem garantir e potencializar o acesso e a parceria das escolas com a Unidade de Saúde da Família, coordenando ações contínuas e longitudinais e promovendo a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas das escolas (SILVEIRA; PEREIRA, 2004). Compreende-se ainda que nesse processo também podem ser consideradas eventuais demandas de saúde de profissionais da escola, no sentido de fortalecer os vínculos e corresponder às expectativas mútuas entre profissionais da saúde e da educação. De modo semelhante, as equipes de Saúde da Família podem contar com o apoio dos profissionais da educação, buscando se instrumentalizar sobre o uso de ferramentas pedagógicas e educacionais que podem ser incorporadas à sua abordagem de educação e comunicação em saúde.

Essa parceria deve se estruturar e solidificar levando-se em conta os limites e as inúmeras possibilidades de atuação, de forma dinâmica e perene, não eventual, nem esporádica. Este é um rico desafio para os profissionais da saúde da ESF e da área da educação, e também para seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores de políticas sociais, além de movimentos sociais, representações populares, acadêmicas e de serviços, públicas e privadas (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, investimentos na educação permanente em saúde que contribuam para transformação das práticas profissionais, pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços poderão se constituir como estratégias essenciais de aprimoramento das ações como a de Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde, consideradas fundamentais para a reorganização da Atenção Básica e do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

4 ESTRATÉGIAS GERAIS DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR

Uma forma de conhecer a vulnerabilidade das instalações, dos equipamentos e dos espaços onde as crianças, adolescentes e jovens circulam é por meio da identificação dos riscos no ambiente escolar, com o objetivo de corrigi-los ou eliminá-los. Esse procedimento implica diagnóstico de situação com propostas de correção e envolvimento dos gestores e gerentes da educação e da saúde na adoção de soluções. Uma escola inclusiva deverá também considerar ambientes e equipamentos que permitam acessibilidade e livre trânsito e apoio aos estudantes com deficiência. Os projetos e atividades relacionados com a comunidade educativa e os riscos do ambiente na saúde, como as áreas de lazer inadequadas, bueiros abertos, muros e vias de acesso e trânsito e outros que ofereçam riscos aos escolares, deverão apelar à participação dos jovens nos processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de ações que contribuam para um ambiente saudável e sustentável, por meio da partilha de boas práticas e de um trabalho em rede (PORTUGAL, 2006).

A elaboração de um bom projeto é passo fundamental e estratégico para sistematizar as ações de saúde escolar. Alianças e parcerias também são fundamentais, por exemplo, com programas públicos ou privados, ou ainda do terceiro setor, que utilizem tecnologias propícias para a promoção da saúde escolar. Para estimular a participação local e da comunidade, podem ser realizados seminários de sensibilização e instrumentalização técnica dos diversos atores envolvidos – professores, funcionários, estudantes, pais e profissionais de saúde (BRASIL, 2006a), precedidos pela escuta às demandas e necessidades comunitárias nas áreas de saúde, educação e outras.

No nível local e das comunidades, os projetos deverão levar em conta as prioridades nacionais para as áreas de promoção da saúde. Para isso, devem estar orientados para apoiar os currículos escolares e trabalhar acontecimentos de saúde relevantes, levando em consideração a realidade epidemiológica e devendo as ações serem dirigidas para as práticas da escola e dos alunos e para as suas necessidades (PORTUGAL, 2006). Algumas atividades, como ações coletivas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade, poderão ser propostas pelas equipes de saúde e/ou pela comunidade envolvida, para serem executadas no espaço da escola. Porém, as **demandas** assistenciais e clínicas devem ser encaminhadas, prioritariamente, para as unidades de saúde da própria equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Os projetos de promoção da saúde exigem planejamento de curto, médio e longo prazo e devem ser sucintos, exequíveis, incluir participação ativa de todos os atores em todas as etapas do seu desenvolvimento (desde o levantamento das principais necessidades e identificação das prioridades, até a elaboração e execução de estratégias), ser avaliados ao final de cada ano letivo e incluir sempre a gestão da sua qualidade (PORTUGAL, 2006).

No contexto da promoção da saúde escolar, os projetos deverão ser dirigidos para: a) Conscientização da comunidade para a vulnerabilidade dos estudantes face aos riscos ambientais que constituem as principais ameaças à sua saúde, em geral, poluição atmosférica, saneamento inadequado, ruído, substâncias químicas, radiações, entre outros, e as formas de reduzi-los; b) Envolvimento dos estudantes nos projetos de educação para o ambiente e saúde; c) Promoção da segurança e contribuição para a prevenção de acidentes: rodoviários, domésticos e de lazer ou trabalho, quer

eles ocorram na escola, no espaço periescolar, quer no espaço de jogo e recreio; d) Monitoramento dos acidentes ocorridos na escola e no espaço periescolar; e) Avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos de educação e ensino, incluindo cantinas, bares e espaços de jogos e recreio; f) Intervenção em áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis: saúde mental, saúde bucal, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva, educação para o consumo (PORTUGAL, 2006); g) Criação de mecanismos e estratégias de enfrentamento das violências, em todas as suas dimensões, bem como a difusão e a promoção da cultura de paz nas escolas brasileiras.

Uma estratégia fundamental para garantir a institucionalização e sustentabilidade das ações e projetos é o trabalho participativo com a direção e o corpo de professores, além de estimular a inserção da promoção da saúde no projeto político pedagógico da escola. Isso exige uma relação próxima entre os profissionais de saúde e da educação, para reflexão conceitual da proposta e otimização de ações no cotidiano programado pela instituição. Como medida facilitadora, deve-se estimular o desenvolvimento de práticas metodológicas e atividades com estudantes, pais e familiares em parceria com o corpo de professores da escola (BRASIL, 2006a).

Durante o processo de formulação do projeto de ação local, devem ser identificados potenciais agentes multiplicadores, que podem ser professores, alunos, pais ou lideranças comunitárias. Eles deverão se responsabilizar, como membros de referência, pela promoção da saúde e, portanto, estimular o desenvolvimento e a manutenção das ações na escola (BRASIL, 2006a).

O desenho dos projetos deverá obedecer a uma metodologia. A seguir, no Quadro 1, são sugeridas algumas etapas a ser seguidas num processo de construção de um projeto de ação local de promoção da saúde escolar, junto com a comunidade (PORTUGAL, 2006).

Quadro 1 – Sugestão de seis etapas a ser seguidas para a operacionalização e avaliação de projetos de promoção da saúde escolar (PORTUGAL, 2006)¹

1) “Identificação do problema”

Após a sensibilização e efetivação da parceria e da apresentação da proposta conceitual de promoção da saúde, devem-se levantar as necessidades por meio de reuniões, grupos de trabalho ou oficinas com a comunidade escolar: alunos, pais, professores, funcionários, outros profissionais e membros da comunidade. Caso não seja possível iniciar com todos esses atores, pode-se fazê-lo com os professores e alunos e, depois, envolver o restante da comunidade organizada. Deve-se identificar e caracterizar cada necessidade ou problema de saúde, tendo em conta que a “realidade” é um todo complexo, logo os dados podem ser de origens variadas (saúde, habitação, educação, atividades econômicas etc.). Os dados recolhidos sobre os recursos existentes, disponíveis e potenciais devem subsidiar a elaboração do diagnóstico para viabilizar a intervenção local. Existindo mais do que um problema, deve-se avaliar a dimensão de cada um deles, em termos de frequência e gravidade, e ponderar a adesão da comunidade, selecionando o que for considerado prioritário e exequível por todos os parceiros.

2) “Identificação do objetivo”

Os objetivos deverão corresponder às mudanças que se quer promover. Pode ser um grande objetivo que indica o sentido da mudança, quantificando-a, ou traduzir momentos de mudança. Os objetivos deverão ser explicitados em termos de espaço e de tempo, assim como de destinatários.

continua...

¹ Adaptado

3) “Seleção de atividades e ações”

Apresentados os temas e discutidos as demandas, prioridades e objetivos, deve ser traçado um plano de ação de acordo com as necessidades e possibilidades da comunidade escolar. Nas atividades e ações a serem realizadas, os estudantes deverão ser considerados como sujeitos-atores do processo educativo. Devem ser contempladas todas as dimensões das escolas promotoras da saúde – organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária – e levado em conta que o trabalho será desenvolvido em rede intersetorial. Para cada atividade, é importante especificar a metodologia, as tarefas necessárias à sua realização e as pessoas que a executarão. Elaborar o cronograma das atividades é indispensável.

4) “Avaliação de custos/orçamento para o projeto” – quando for o caso.

5) “Organização do trabalho dos indivíduos, dos grupos e dos serviços”

Saber “quem lidera ou facilita cada atividade ou ação do projeto”, “quem é o responsável por quem” e “quem deve consultar quem”, e/ou outras formas de gestão, colegiada, por exemplo. De modo inverso, identificar se há oposição ao projeto e quais as razões, para que sejam discutidas em grupo.

6) “Avaliação do projeto”

Para cada objetivo, é necessário listar os principais indicadores a serem avaliados, as pessoas que efetuarão a coleta e o tratamento dos dados. A avaliação da efetividade dos projetos de promoção da saúde deverá pôr em evidência o processo e os resultados, considerando, nomeadamente:

- a) Em que medida o projeto teve a participação da comunidade educativa, contribuiu para a mudança das políticas da escola e teve controle de custos (dimensão organizacional);
- b) Em que medida o projeto desenvolveu uma abordagem holística do tema e melhorou as práticas da escola (dimensão curricular);
- c) Em que medida o projeto tornou o ambiente escolar mais seguro e saudável (dimensão ecológica);
- d) Em que medida o projeto melhorou o relacionamento intra e interpessoal na escola (dimensão psicossocial);
- e) Em que medida o projeto estabeleceu uma boa articulação com a comunidade extraescolar (dimensão comunitária);
- f) Em que medida o projeto aumentou as competências em saúde de alunos, pais e professores e evidenciou ganhos em saúde (indicadores de saúde positiva).

Outras ações avaliativas possíveis: produção de relatórios; análise das condições de promoção da saúde nas escolas; avaliação subjetiva, por meio de entrevistas com professores, diretores, alunos e membros da comunidade escolar; avaliação do grau de conhecimento sobre o projeto e do grau de satisfação com suas atividades; e realização periódica de encontros ou mesmo grupos focais de avaliação e reflexões.

Por fim, o anexo A oferece passos metodológicos para construção de estratégias intersetoriais de abordagem da saúde na escola. O anexo B apresenta proposta metodológica para profissionais da educação e equipes de Saúde da Família, que pode ser adaptada conforme as necessidades e realidades locais, e o anexo C apresenta a metodologia resumida “Construção Compartilhada...”

5 AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR – AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS QUE ESTÃO NA ESCOLA

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é responsabilidade das equipes de Saúde da Família (ESF), às quais compete realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão nas escolas inseridas em seus territórios adscritos. Frente às necessidades de saúde identificadas, as ESF devem se articular com toda a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros equipamentos existentes na comunidade, para a elaboração de planos terapêuticos integrais e integrados para a resolução das necessidades e dos problemas detectados.

A ESF constitui o serviço de saúde que interage com a escola e que se articula com os demais serviços de saúde. Por isso, sempre que se detecte uma criança, adolescente ou jovem com necessidades ou problemas de saúde, deve-se designar um profissional da equipe de saúde, em conjunto com um representante da comunidade escolar, para fazer o acompanhamento e coordenação do cuidado ou plano terapêutico proposto, mobilizando os recursos de saúde e educacionais necessários, evitando-se ou reduzindo-se ao máximo o afastamento dos estudantes de suas atividades escolares normais (PORTUGAL, 2006). A estruturação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF, compostos por equipes multiprofissionais, trará reforços técnicos importantes e a possibilidade de acompanhamento qualificado às crianças e adolescentes com deficiência.

5.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL

As avaliações clínicas periódicas multidisciplinares permitem identificar e atuar sobre fatores de risco, de forma preventiva, contribuindo para redução da morbidade e mortalidade. Além disso, existem boas evidências de que, quando pautadas na integralidade do cuidado e na educação em saúde, avaliações periódicas promovem a adoção de hábitos e atitudes de vida mais saudáveis, por parte, principalmente, do estudante cidadão que está em formação (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007).

O Programa Saúde na Escola (PSE) preconiza que crianças, adolescentes e jovens escolares tenham acesso, pelo menos uma vez por ano, preferencialmente nos inícios dos períodos letivos, à avaliação clínica e psicossocial (BRASIL, 2008b).

O objetivo dessas avaliações deve ser o de fomentar o desenvolvimento físico e mental saudáveis, em cada fase da vida do escolar, oferecendo cuidado integral, de acordo

com as necessidades de saúde detectadas. Na prática, essas avaliações permitem observar o crescimento e desenvolvimento dos estudantes (inclusive no que diz respeito àqueles com deficiência e aos aspectos de saúde mental) e cuidar da manutenção de um estado de saúde geral adequado. No seu escopo, devem estar incluídas medidas de educação e promoção da saúde, como orientações em relação à nutrição, à prevenção do uso de drogas, aos cuidados com os dentes, à prevenção de violências (física, sexual e *bullying* ou assédio moral, como ficou reconhecido no Brasil), à alimentação saudável e à prática de atividade física, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao aconselhamento contraceptivo, à cultura da paz, entre outras.

Por se tratar de questão muito complexa, não existe consenso em torno de como deve ser feita essa avaliação. Ao planejar o calendário de avaliação clínica e psicossocial que melhor se adapte ao seu contexto, a equipe envolvida no PSE precisa lembrar que a atenção à saúde deve ser personalizada. Os procedimentos devem ser adaptados às necessidades do escolar e/ou da sua família, dependendo de fatores de risco e resiliência e, evidentemente, da estrutura e recursos do serviço de saúde. Todo protocolo deve ser flexível, permitindo que determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento do número de avaliações ou a mudança nas estratégias dessas avaliações, como a realização de visitas domiciliares, para averiguar as condições de vida do escolar na residência. Por outro lado, a ausência de fatores de alto risco pode determinar diminuição do número de avaliações, transferindo parte da responsabilidade pela saúde do escolar para a equipe de educação e para a família.

Neste capítulo são fornecidos subsídios técnicos, fundamentados em evidências científicas, para operacionalização das avaliações clínicas e psicossociais no contexto do PSE. As recomendações devem ser vistas como sugestões iniciais, que podem ser aprimoradas por cada equipe de saúde, devendo se adequar a cada contexto específico. É considerado o fato de que, ao contemplar o desenvolvimento de ações de saúde para alunos da rede pública de ensino nos níveis de Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, e Educação de Jovens e Adultos, o PSE extrapola o marco teórico de “idade escolar” (que classicamente é definida como entre 5 e 11 anos), para incluir os jovens e adolescentes. Para maior aprofundamento no que se refere aos adolescentes, sugere-se consultar o Caderno de Atenção Básica: Saúde de Adolescentes e Jovens.

5.1.1 O que fazer?

As avaliações clínicas devem ser estruturadas de modo a rever o desenvolvimento da criança ou adolescente por meio da história clínica e a realizar um exame físico dirigido, objetivando identificar problemas agudos e/ou crônicos. Podem ser realizadas pelos profissionais de nível superior das ESF, em ambientes adequados e com privacidade garantida, dentro dos princípios da bioética em saúde. Sempre que necessário, o escolar deve ser encaminhado para uma avaliação médica, na qual será realizado exame físico completo e solicitados exames complementares apropriados.

5.1.1.1 *História clínica*

Como em toda avaliação clínica, o início de tudo é uma história clínica adequada. Nos casos de deficiência com comprometimento grave de comunicação e escolares de pouca idade, há necessidade de se obter a história a partir dos pais ou do acompanhante. Porém, sempre que possível, deve-se ouvir também a história da criança e avaliar seu ponto de vista. No escolar adolescente ou adulto, a história não difere daquela realizada em outras circunstâncias clínicas.

Em todas as situações, ela deve ser realizada em ambiente adequado, sem pressa, respeitando limites e particularidades no caso de alunos com deficiência, não sendo necessário seguir uma ordem definida se, ao final, todas as informações importantes forem alcançadas. Em uma primeira avaliação clínica, deve ser obtida uma história completa e essas informações devem ser atualizadas a cada retorno. É importante enfatizar que a história clínica é o principal instrumento para identificar possíveis fatores de risco e agravos à saúde.

Há autores que defendem a utilização de “perguntas disparadoras”, de natureza geral, e que permitem avaliar a situação geral de saúde, especialmente se não existem queixas específicas referidas durante uma avaliação de rotina. Alguns exemplos de “perguntas disparadoras” são: “Do que você mais gosta ou menos gosta em si mesmo?”; “Que preocupações você gostaria de me contar hoje?”; “Ocorreu alguma mudança importante na escola ou na família, desde a nossa última avaliação?”; “Como você está se dando na escola e na família?”; “Existe alguma coisa que lhe preocupa?”. Em determinadas situações, “perguntas disparadoras” mais diretas podem ser usadas, do tipo: “Você acha que o cigarro, a bebida ou alguma droga é um problema para você ou para alguém na sua família?”; “Você já esteve em alguma situação em que foi ferido, maltratado ou ameaçado?” (GREEN; PALFREY, 2002). Mais detalhes a respeito da história clínica do adolescente para avaliação da atenção integral de adolescentes de 10 a 19 anos poderão ser obtidos no Caderno de Atenção Básica de Saúde de Adolescentes e de Jovens.

Em relação ao período escolar inicial (cinco a nove anos), os principais protocolos preconizam a investigação, por meio de perguntas específicas, das habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitivas em todas as consultas de supervisão de saúde. Deve-se questionar também sobre a eficácia do processo de aprendizagem, com o objetivo de detectar problemas que necessitem da intervenção da equipe de saúde (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007), o que pode ser muito importante nos casos de alunos com deficiência que precisem de tecnologias assistivas como apoios, cadeiras ou equipamentos pedagógicos auxiliares.

No mais, é suficiente fazer o que todo profissional de saúde que atua na Atenção Básica pratica: aplicar medidas básicas de comunicação humanizada e centrada na pessoa, por exemplo: chamar as pessoas pelos seus nomes, demonstrar empatia, incorporar conversa social à consulta, não usar jargão, valorizar as preocupações do escolar e da família, dar informações claras, treinar habilidades verbais e não verbais de ouvir as pessoas; criar parceria efetiva com a família e a escola (reconhecendo capacidades e dividindo as tarefas com os pais e a equipe de educação); aprimorar o uso de momentos próprios para ações educativas (como fragmentos

de informação associados ao exame físico); personalizar a orientação preventiva (utilizando perguntas diretas e sugestões com foco nas condições reais do escolar); e gerenciar o tempo de forma eficiente.

5.1.1.2 Exame físico

A realização sistemática do exame físico completo em todas as avaliações não está justificada (GREEN; PALFREY, 2002). Protocolos apoiados em revisões mais criteriosas recomendam a utilização mais eficiente do tempo, enfocando certos aspectos específicos do exame físico, de acordo com a idade do escolar, a não ser que necessidades de saúde identificadas durante a história clínica exijam avaliação médica mais detalhada (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007).

No exame físico, o adolescente tem o direito de optar pela presença de um familiar durante a realização desse exame. Dependendo da situação, o profissional deve solicitar a presença de um componente da equipe durante o procedimento. A explicação prévia do que e como será realizado o exame é importante para tranquilizar o adolescente e diminuir seus temores. Além da ansiedade frente ao manuseio do corpo, não raro o adolescente encontra-se ansioso ante a perspectiva de achados anormais. Assim, é desejável que o profissional responda a essa expectativa, revelando o que está normal durante a avaliação.

Ausculata cardíaca e palpação de pulsos devem ser feitas pelo menos no início da vida escolar e no início da adolescência, pois constituem procedimentos simples de triagem, sensíveis para diagnosticar cardiopatias congênitas que, eventualmente, tenham passadas despercebidas até o momento (GREEN; PALFREY, 2002).

A medida rotineira da pressão arterial está indicada a partir dos três anos de idade e deve ser realizada nas avaliações anuais, de acordo com a técnica adequada (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007). A este respeito sugere-se a leitura do tópico “Detecção Precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica” deste Caderno.

Alguns autores recomendam o exame da genitália dos meninos adolescentes, como teste de triagem de fimose, hipospádia, massas escrotais e varicocele (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1997). Porém, protocolos mais rígidos só indicam o exame clínico dos testículos em meninos de alto risco, com história de criptorquidia, orquidopexia ou atrofia testicular (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007). Da mesma forma, a recomendação do exame das mamas em adolescentes como teste de triagem para câncer e também para estimular a prática do autoexame tem sido feita apenas em bases empíricas não científicas (BAXTER, 2001).

A triagem rotineira para escoliose em adolescentes costuma ter um número excessivo de falso-positivos e encaminhamentos desnecessários. As evidências atuais são insuficientes para que se recomende ou contraindique essa prática. Contudo, dada a facilidade de execução, muitos autores sugerem incluí-la nas avaliações anuais entre 11 e 16 anos (BLANK, 2003).

Exame ginecológico anual está indicado em jovens com vida sexual ativa (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007) e deve ser encaminhada sua realização na Unidade de Saúde da Família, se necessário.

Sobre detalhes da realização do exame físico de adolescentes e jovens, consulte o Caderno de Atenção Básica Saúde de Adolescentes e de Jovens.

5.1.1.3 Monitorização do crescimento

As crianças menores de cinco anos necessitam de acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento. Com relação aos escolares, hoje em dia, embora o valor da monitorização do crescimento como indicador do estado de saúde seja pequeno, ela permite: (1) Identificar distúrbios e doenças que afetam o crescimento; (2) Gerar dados para estudos epidemiológicos; e (3) Tranquilizar os pais em relação ao crescimento esperado do(a) seu(sua) filho(a) (GARNER et al., 2000; HALL, 2000).

Até o momento, a maioria dos protocolos recomenda fazer a aferição anual do peso e da estatura do escolar, comparando essas medidas com curvas de referência apropriadas. Durante a pré-adolescência, com a proximidade do estirão do crescimento, é recomendável registrar também a velocidade de crescimento (BLANK, 2003; INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007). Escolares que se encontrem abaixo do percentil três (-2 scores Z) ou acima do percentil 97 (+2 scores Z), ou ainda que apresentem desaceleração do ritmo ou mudança do canal de crescimento estatural, devem ser encaminhados para avaliação médica. Tais dados podem ser registrados na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2009b) e na Caderneta de Saúde do Adolescente, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

5.1.1.4 Avaliação da acuidade visual

A partir dos três/quatro anos, está indicada a triagem da acuidade visual, usando-se tabelas de letras ou figuras. Devem ser encaminhadas ao oftalmologista as crianças de três a cinco anos que tenham acuidade inferior a 20/40 ou diferença de duas linhas entre os olhos, e as crianças de seis anos ou mais que tenham acuidade inferior a 20/30 ou diferença de duas linhas entre os olhos (BLANK, 2003). Essa triagem visual pode ser realizada no cenário da escola como uma ação de prevenção e promoção da saúde, efetuada conjuntamente pelas equipes de saúde e educação. No tópico intitulado “Avaliação da Acuidade Visual”, são feitas orientações específicas sobre como conduzir essa avaliação.

5.1.1.5 Avaliação da saúde bucal

É recomendável que toda a equipe de saúde desestime enfaticamente a ingestão de alimentos comprovadamente cariogênicos, principalmente açúcares refinados. Além disso, estimule a escovação dentária e o uso do fio dental. No tópico intitulado “Avaliação da Saúde Bucal”, são feitas orientações específicas sobre como conduzir essa avaliação.

5.1.1.6 Avaliação da audição

Desde o nascimento, toda a equipe de saúde deve estar atenta para o desenvolvimento da fala e da audição. Testes específicos, como a audiometria, são recomendados para crianças com fatores de risco, o que é explorado melhor no tópico “Avaliação Auditiva” (BLANK, 2003).

5.1.1.7 Atualização do calendário vacinal

A imunização contra doenças transmissíveis tem eficácia clara e amplamente documentada. Portanto, há justificativa para se recomendar enfaticamente a aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contraindicações específicas. Possibilitar o cumprimento do calendário de vacinas dos órgãos oficiais é obrigação do sistema de saúde e de todos os profissionais da ESF, devendo ser seguido (BLANK, 2003). Informações complementares estão disponíveis no tópico “Atualização do Calendário Vacinal”.

5.1.1.8 Exames complementares

Não se justifica a triagem rotineira de anemia em crianças escolares de baixo risco e assintomáticas. Também não há documentação científica de que a realização rotineira de exames de fezes e urina em crianças assintomáticas tenha qualquer impacto na saúde (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007).

Está contraindicada a realização de exames complementares, em crianças e adolescentes assintomáticos, como condição para realização de práticas esportivas de forma não profissional (MATTHEWS; WILSON, 2004).

Diante de um fator de risco cardiovascular comprovado, como a presença de parentes próximos que tenham tido doença cardiovascular antes dos 55 anos, ou pais cujos níveis de colesterol sejam iguais ou superiores a 240 mg/dl, está recomendada a triagem anual de hipercolesterolemia (BLANK, 2003; INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007).

Recomenda-se que todas as jovens sexualmente ativas sejam examinadas para infecção por clamídia (ESTADOS UNIDOS, 2001), prevenindo-se assim casos de infertilidade no futuro. Com relação às demais doenças sexualmente transmissíveis (DST), não há evidências suficientes para indicar sua triagem em adolescentes de baixo risco. No entanto, uma triagem laboratorial rotineira é oportuna se o escolar apresentar sintomas de DST, relatar parceiro com DST ou tiver relações sexuais desprotegidas (NYQUIST; LEVIN; SIGEL, 2004; INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007).

Todas as meninas sexualmente ativas deverão ter rastreamento de displasia cervical (exame citopatológico/“Papanicolaou”) realizado nos primeiros três anos do início da atividade sexual ou na idade de 21 anos (o que ocorrer primeiro). A partir daí, a Organização Mundial

de Saúde recomenda que a prevenção do câncer de colo do útero seja feita anualmente, por dois anos consecutivos e, caso esses exames sejam negativos, a cada três anos (SANKARANARAYANAN; BUDUKH; RAJKUMAR, 2001).

5.1.1.9 Situações comuns na saúde do escolar

5.1.1.9.1 Avaliação para prática de esportes

O objetivo da avaliação de saúde com pré-participação em esportes é determinar se a criança ou adolescente pode participar com segurança de uma atividade desportiva organizada. Deve-se dar atenção às partes do corpo mais vulneráveis ao estresse dos esportes. A história clínica e o exame físico devem concentrar-se nos seguintes sistemas: cardiovascular (lesões estenóticas, hipertensão arterial, cirurgia), respiratório (asma), visão, genitourinário (ausência ou perda da função de um testículo ou rim), gastrointestinal (hepatoesplenomeglia, hérnia), pele (infecção), musculoesquelético (inflamação, disfunção) e neurológico (concussões, convulsões não controladas) (MATTHEWS; WILSON, 2004). Esta pode ser também uma boa oportunidade para uma avaliação dos significados pessoais que a criança ou adolescente atribui às atividades esportivas, podendo ser avaliada a presença de comportamentos relacionados a transtornos alimentares, por exemplo, se a prática esportiva é utilizada como método compensatório para manutenção do peso, o uso abusivo de diuréticos, o uso de esteroides anabolizantes.

As orientações em saúde devem incluir aconselhamento sobre uso de equipamento protetor, supervisão e instruções adequadas, uso de medicamentos (por exemplo, betabloqueadores) (GREEN; PALFREY, 2002).

A orientação preventiva também deve abordar as necessidades nutricionais para manter o crescimento e a interrupção da atividade quando ocorrer dor. (MATTHEWS; WILSON, 2004).

5.1.1.9.2 Questões relacionadas à saúde mental do escolar

É importante que o escolar seja visto dentro de um contexto histórico e cultural do seu desenvolvimento – emocional, social, cognitivo. Dessa forma, ele trava relações com iguais, corresponde a marcos do desenvolvimento e possui aspectos morais relacionados aos seus tutores e amigos.

Algumas questões relacionadas à saúde mental das crianças e adolescentes escolares devem ser focos de atenção dos profissionais de saúde, assim como (e, em vários casos, prioritariamente) dos profissionais da educação. A escola é um cenário que possibilita a observação em longo prazo de alguns comportamentos, pois nela transcorre praticamente toda a infância e grande parte da juventude do indivíduo. Por exemplo, é sabido que as crianças com comportamentos agressivos têm maiores chances de serem elas próprias vítimas de abuso, como a punição física em casa, devendo os profissionais estar atentos a essa possibilidade (MENEGHEL; GIULIANI; FALCETO, 1998).

Vários outros comportamentos podem ser também, às vezes preferencialmente, focalizados no ambiente escolar. Caso forem persistentes, alguns deles podem ter significados clínicos e gerar consequências pedagógicas e sociais, como: sonolência, retraimento social em relação aos colegas, ser alvo ou autor de *bullying* ou assédio moral, como ficou reconhecido no país (comportamento agressivo entre estudantes, e aqui está incluída a possibilidade de a vítima ser estigmatizada por ter um comportamento considerado, pelos seus pares, como fora dos padrões sociais de seu gênero).

Finalmente, o ambiente escolar possibilita observar e constatar mudanças de vários comportamentos, podendo ajudar, como fonte de informações para os pais profissionais de saúde, na caracterização futura de algum transtorno psiquiátrico específico. Contudo, é importante salientar que em alguns casos os profissionais de saúde são induzidos por pais e professores a rotular os escolares com doenças ou transtornos que justifiquem o fracasso ou inadequado desempenho escolar. Nesse sentido, devem ser evitadas categorizações que impliquem tratamentos medicamentosos específicos. O que deve ser feito é um acompanhamento do processo do desenvolvimento em todos os seus aspectos, considerando o papel estratégico da família do escolar nesse processo.

5.1.1.9.3 Questões relacionadas à saúde do escolar com deficiência

Escolares com deficiência são aqueles que:

[...] têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2006).

A parceria entre educação e saúde poderá contribuir para a plena inclusão das crianças e adolescentes com deficiência no ensino regular, bem como ao pleno acesso delas à rede de unidades de saúde do SUS.

De acordo com os resultados do Censo Escolar da Educação Básica de 2008, houve crescimento significativo nas matrículas, alcançando o número de 375.772 estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

Incluí-las, acompanhar seu desenvolvimento e assegurar sua permanência na escola é fundamental para melhorar suas condições gerais de saúde, comunicação e convivência.

Será de suma importância a parceria com os profissionais de saúde auxiliando os profissionais da educação no sentido de, em conjunto, perceberem as necessidades individualizadas de cada um e poderem atuar para atendê-las, tanto no ambiente da unidade de saúde quanto no ambiente escolar. Os profissionais de reabilitação dos NASF poderão avaliar e, junto com as equipes de Saúde da Família, indicar os melhores posicionamentos,

ângulos, apoios, objetos adaptados que auxiliem alunos com deficiência a se colocarem de maneira fisicamente mais confortável em sala de aula, propiciando a eles maior possibilidade de participação, integração e aprendizado.

Deve-se proporcionar aos alunos com deficiência a condição específica para garantir a sua participação em todas as atividades na escola, quebrando barreiras atitudinais e transformando o ambiente escolar para o acolhimento das diferenças.

COMO FAZER A AVALIAÇÃO CLÍNICA?

O papel do médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem e odontologia, auxiliar de enfermagem e de consultório dentário, agente comunitário de saúde, equipe do NASF.

A avaliação clínica está diretamente ligada à prevenção e atenção à saúde, por isso deve ser realizada prioritariamente pelos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

É evidente que as exigências contemporâneas de atenção integral à saúde excedem em muito a capacidade de atendimento de um modelo de atenção centrado no profissional médico. Nesse sentido, o ideal é que as avaliações clínicas preconizadas pelo PSE envolvam toda a equipe de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem e odontologia, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e, inclusive, os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, se possível e necessário).

É importante que os profissionais de saúde e educação “falem a mesma língua”, ou seja, que haja certa uniformidade de discurso no sentido de promover educação em saúde, enfatizando as ações específicas consideradas importantes no período escolar (redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo de drogas, álcool e tabaco e outros comportamentos de risco; promoção da saúde sexual e reprodutiva; promoção da cultura da paz; entre outras).

Os professores e demais profissionais da escola podem e devem participar na detecção de certas necessidades de saúde, com o auxílio de profissionais de saúde. Já é bem conhecido esse papel na suspeição de problemas de visão, audição e de transtornos de aprendizagem. Essa função pode ser estendida a questões que exigem observação do comportamento por longo período, sobressaindo aquelas relacionadas à saúde mental, comentadas anteriormente.

Técnicos de odontologia e odontólogos devem ser responsabilizar pela avaliação da saúde bucal, no entanto, orientações em relação ao cuidado dos dentes e prevenção de cáries devem ser fornecidas por todos os profissionais da equipe.

Procedimentos técnicos bem estabelecidos, como mensuração dos dados antropométricos, medida da pressão arterial e atualização do calendário vacinal, podem ser realizados pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem, no espaço da escola.

Em função das competências exigidas, a obtenção da história clínica completa e do exame físico dirigido deve ser feita por enfermeiro, cirurgião-dentista e médico da equipe, prioritariamente no espaço das unidades de saúde, podendo também ser utilizado o espaço físico das escolas, desde que apresente condições estruturais adequadas, dentro dos princípios da bioética em saúde. Deve-se evitar a “medicalização” do ambiente escolar.

Nesses casos, recomenda-se que crianças até 12 anos sejam avaliadas na presença de um responsável legal, pois sua capacidade de entendimento e de responsabilização não está plenamente desenvolvida. Preferencialmente, um dos pais deve estar na avaliação, para fornecer os dados da história clínica e ajudar na tomada de decisões. Deve-se lembrar que os pais têm deveres com os filhos, entre eles o de cuidar de sua saúde. Havendo dificuldade em comparecimento dos pais, pode ser enviado, por meio da escola, termo de consentimento que autorize a realização da avaliação clínica na criança, acompanhada por um responsável da escola.

Adolescentes a partir dos 12 anos geralmente já possuem capacidade cognitiva para avaliar suas necessidades e fazer escolhas, de forma que eles podem ser considerados parcialmente competentes. A eles é necessário que se garanta a privacidade e confidencialidade da assistência (BRASIL, 1998b, art. 103), dando-lhes a possibilidade de serem avaliados sem os pais, porém, preferencialmente, com a permissão informada deles (SAITO et al., 1999).

Após os 18 anos, os jovens costumam preencher todos os requisitos de desenvolvimento do julgamento moral necessários para tomar decisões sobre questões de caráter pessoal, e devem ser avaliados, preferencialmente, sozinhos, salvo se desejarem a presença de acompanhantes.

5.2 ATUALIZAÇÃO DO CALENDÁRIO VACINAL

As recomendações vacinais são baseadas nas características do produto imunobiológico, no conhecimento científico a respeito dos princípios de imunização ativa e passiva, epidemiologia e impacto das doenças (morbidade, mortalidade, custos do tratamento e perda de produtividade), considerações sobre a segurança da vacina, análise de custos das medidas preventivas, estudos publicados e não publicados e opiniões de especialistas em saúde pública, medicina preventiva e clínica médica (KLIEGMAN, 2007).

Nenhuma vacina é 100% segura ou eficaz e respostas ótimas à vacinação dependem da natureza da vacina, da idade e do estado imunológico do indivíduo. Benefícios e riscos estão associados com o uso de todos os produtos imunobiológicos e as recomendações quanto às práticas vacinais refletem o balanço entre evidências que demonstram benefícios

individuais e coletivos decorrentes da vacinação e os custos potenciais e riscos individuais que podem advir da vacinação. Benefícios oriundos da vacinação compreendem proteção parcial ou completa contra uma determinada doença e benefícios gerais para a sociedade como um todo. Os benefícios individuais são: proteção contra a doença sintomática, melhora da qualidade de vida e da produtividade individual e prevenção da mortalidade relacionada à doença. Os benefícios sociais incluem: criação e manutenção de imunidade coletiva contra doenças comunicáveis, prevenção de surtos de doenças e redução nos custos do cuidado à saúde. Os riscos da vacinação abrangem desde efeitos adversos comuns, locais e menores até efeitos raros, severos e que implicam risco de morte (KLIEGMAN, 2007).

A idade de administração das vacinas é influenciada pelos riscos específicos da doença para cada idade, habilidade de resposta à imunização e possíveis interferências com a resposta imune mediados por anticorpos transmitidos passivamente pela mãe. As vacinas são recomendadas na menor idade em que haja risco de desenvolvimento da doença para a qual a eficácia e segurança da vacina tenham sido demonstradas (KLIEGMAN, 2007).

É importante salientar que a imunização contra doenças transmissíveis é um importante componente da promoção de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada e não há justificativa para não se recomendar enfaticamente a aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contraindicações específicas, como situações de imunodeficiência e corticoterapia prolongada. Cada visita da criança ao sistema de saúde deve ser uma oportunidade para atualizar e completar o calendário vacinal básico do Ministério da Saúde, que é obrigatório (MARCONDES, 2005).

Todas as pessoas envolvidas no atendimento à criança e ao adolescente devem ser capazes de avaliar a atualização de seu calendário vacinal, não só por meio da checagem do cartão individual de vacinas, que fica em poder da família, mas também devem poder fazê-lo por meio do registro de vacinação da criança ou adolescente, que precisa ficar adequadamente arquivado no serviço de saúde à qual a criança é vinculada. Além do calendário vacinal, devem estar registrados quaisquer efeitos adversos que possam ser corretamente atribuídos à determinada vacina aplicada. Outra forma de se verificar ativamente a adequação do calendário vacinal poderia ser feita no momento da matrícula escolar ou durante campanhas realizadas nas escolas (CAMPOS-OUTCALT, 2006).

O esquema de vacinação pode ser completado independentemente do tempo decorrido desde a última dose da vacina administrada. Quando a documentação ou história vacinal for de validade questionável, as crianças e adolescentes devem ser considerados suscetíveis às doenças em questão e devem ser adequadamente imunizados. Existem diversos calendários de vacinação recomendados para crianças e adolescentes que são elaborados levando-se em conta a situação epidemiológica das doenças imunopreveníveis, a disponibilidade das vacinas e o orçamento de cada país ou região (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, [200-?]b). As recomendações atualizadas do Ministério da Saúde quanto à vacinação básica de crianças e adolescentes encontram-se detalhadas nas tabelas a seguir:

Tabela I – Calendário básico de vacinação da criança

Idades	Vacinas	Doses	Doenças evitadas
Ao nascer	BCG – ID	Dose única	Formas graves de tuberculose
	BCG – ID	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B ¹	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) ²	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (vacina oral de rotavírus humano) ³	1ª dose	Diarreia por rotavírus
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (vacina oral de rotavírus humano) ⁴	2ª dose	Diarreia por rotavírus
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Vacina contra febre amarela ⁵	Dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	Dose única	Sarampo, rubéola e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	Reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 – 6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SRC (tríplice viral)	Reforço	Sarampo, rubéola e caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	Reforço	Febre amarela

¹ A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 3 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

² O esquema de vacinação atual é feito aos dois, quatro e seis meses de idade com a vacina tetravalente e dois reforços com a tríplice bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre quatro e seis anos.

³ É possível administrar a primeira dose da vacina oral de rotavírus humano a partir de um mês e 15 dias a três meses e sete dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

⁴ É possível administrar a segunda dose da vacina oral de rotavírus humano a partir de três meses e sete dias a cinco meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de quatro semanas.

⁵ A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos nove meses de idade que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra febre amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

Tabela 2 – Calendário de vacinação do adolescente(I)

Idades	Vacinas	Doses	Doenças evitadas
De 11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde)	Hepatite B	1ª dose	Contra hepatite B
	dT (dupla tipo adulto) ⁶	1ª dose	Contra difteria e tétano
	Febre amarela ⁷	Reforço	Contra febre amarela
	SCR (tríplice viral) ⁸	Dose única	Contra sarampo, caxumba e rubéola
1 mês após a 1ª dose contra hepatite B	Hepatite B	2ª dose	Contra hepatite B
6 meses após a 1ª dose contra hepatite B	Hepatite B	3ª dose	Contra hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra difteria e tétano	dT (dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra difteria e tétano
4 meses após a 1ª dose contra difteria e tétano	dT (dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra difteria e tétano
A cada 10 anos, por toda a vida	dT (dupla tipo adulto) ⁹	Reforço	Contra difteria e tétano
	Febre amarela	Reforço	Contra febre amarela

Existem crianças, adolescentes, adultos e idosos que são portadores de quadros clínicos especiais. Estes apresentam maior risco para vir a contrair a doença ou maiores riscos para suas complicações. Como exemplos, podem ser citados os portadores de alguma imunodeficiência congênita ou adquirida, indivíduos que não apresentam imunodepressão, mas que convivam com imunodeprimidos, indivíduos que apresentaram eventos adversos de pós-vacinação comprovadamente associados ao produto de imunização e o indivíduo suscetível que teve contato com agente infeccioso imunoprevenível que é objeto do Programa Nacional de Imunizações. Nesses casos são disponibilizados, pelo Ministério da Saúde (MS), os imunobiológicos especiais, conforme a Portaria nº 48, de 28 de julho de 2004 (BRASIL, 2004c), que regulamenta o funcionamento da unidade do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais e o Manual do CRIE, que normatiza as indicações e esquemas das vacinas e imunoglobulinas. Para obtenção dos imunobiológicos especiais, deve-se ter em mãos relatório médico, prescrição médica e exames complementares que

⁶ A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 3 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

⁷ O esquema de vacinação atual é feito aos dois, quatro e seis meses de idade com a vacina tetravalente e dois reforços com a tríplice bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre quatro e seis anos.

⁸ É possível administrar a primeira dose da vacina oral de rotavírus humano a partir de um mês e 15 dias a três meses e sete dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

⁹ Adolescente grávida que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

comproven sua condição clínica e se dirigir a uma das unidades clínicas do CRIE, ou a uma sala de vacinação pública para solicitação. Mais informações estão disponibilizadas no endereço eletrônico do MS: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30949.

5.3 DETECÇÃO PRECOCE DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil têm demonstrado que a prevalência de HAS em crianças e adolescentes varia de 0,8% a 8,2%. A HAS é incomum em crianças menores e lactentes, com uma prevalência de aproximadamente 1%, e geralmente é secundária a um processo patológico de base. Adolescentes e crianças maiores, porém, podem desenvolver hipertensão primária ou essencial. E estudos mostram que crianças com nível pressórico acima do percentil 90 têm risco 2,4 vezes maior de apresentar hipertensão na fase adulta (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, 2004).

A incorporação da medida da pressão arterial na avaliação de rotina de crianças e adolescentes tem permitido o diagnóstico mais precoce de HAS secundária em indivíduos assintomáticos, bem como a detecção precoce de HAS primária, que, embora seja diagnóstica principalmente em adultos, inicia-se na infância. A HAS primária em crianças e adolescentes está associada a excesso de peso, nível reduzido de atividade física, ingestão inadequada de frutas e vegetais e consumo excessivo de sódio e de álcool. Indivíduos com hipertensão grave na infância têm maior risco de desenvolver encefalopatia hipertensiva, convulsões, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca congestiva na fase adulta e também a maior gravidade da HAS em negros. Assim, medidas para a detecção e intervenção precoce em crianças com hipertensão são potencialmente benéficas na prevenção de complicações de longo prazo (SINHA, 2007).

O melhor método para a medida da pressão arterial é o método auscultatório. Manômetros anaeroides são utilizados para medir a pressão arterial em crianças e são confiáveis quando calibrados com uma frequência bianual. Para uma correta avaliação da pressão arterial (PA) em crianças, é necessário que se utilize de um manguito que seja adequado ao tamanho do braço da criança (tabela 3). O braço direito é o mais adequado para se determinar a PA, devido à possibilidade de diminuição da pressão no braço esquerdo secundária a coarctação da aorta. Por convenção, um manguito adequado é aquele cuja porção inflável tem uma largura que é, pelo menos, 40 por cento do perímetro do braço e um comprimento que deve cobrir 80 a 100 por cento da circunferência do membro. Manguitos fora desse padrão podem subestimar ou superestimar a pressão sanguínea, devendo aplicar um fator de correção (tabela 4). A pressão arterial deve ser medida em um ambiente controlado, depois de cinco minutos de descanso na posição sentada com o braço direito apoiado a nível cardíaco. O quinto som de Korotkoff é utilizado para definir o nível de pressão diastólica (SILVA, 2007).

Tabela 3 – Tamanho de manguitos disponíveis

Tipo	Largura do manguito (cm)	Comprimento (cm)
Recém-nascido	2,5 – 4	5 – 9
Lactente	4 – 6	11,5 – 18
Criança	5 – 4	17 – 19
Adulto	1,5 – 13	22 – 26
Braço grande de adulto	14 – 15	30,5 – 33
Coxa de adulto	18 – 19	36 – 38

Fonte: (REPORT..., 1987)

Tabela 4 – Fator de correção para cifras tensionais de acordo com o tipo de manguito e o perímetro braquial

Largura do manguito	12		15		18	
Perímetro ideal	30		37,5		45	
Limites (cm)	26-33		33-41		> 41	
Perímetro do braço (cm)	PAS	PAD	PAS	PAD	PAS	PAD
26	+5	+3	+7	+5	+9	+5
28	+3	+2	+5	+4	+8	+5
30	0	0	+4	+3	+7	+4
32	-2	-3	+3	+2	+6	+4
34	-4	-3	0	+1	+5	+3
36	-6	-4	0	+1	+5	+3
38	-8	-6	-1	0	+4	+2
40	-10	-7	-2	-1	+3	+1
42	-12	-9	-4	-2	+2	+1
44	-14	-10	-5	-3	+1	0
46	-16	-11	-6	-3	0	0
48	-18	-13	-7	-4	-1	-1
50	-21	-14	-9	-5	-1	-1

PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica

Fonte: (LOBO, 1994).

As medidas de pressão identificadas devem ser avaliadas segundo tabelas de pressão arterial para determinada idade, altura e sexo e são em geral baseadas nos dados do *National Health and Nutrition Examination Survey* de 1999-2000 (tabelas 5 e 6, gráficos A e B) (V DIRETRIZES..., 2006). Se a pressão arterial, medida com todos os cuidados referidos acima, for maior do que o normal (percentil 90), a pressão arterial deve ser repetida duas vezes, em outras visitas, para testar a validade da leitura. Três medidas separadas de uma pressão arterial maior que o percentil 95, avaliadas em visitas diferentes, são necessárias para se fazer o diagnóstico de hipertensão arterial em crianças e adolescentes (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, 2004).

Tabela 5 – Valores de pressão arterial referentes aos percentis 90, 95 e 99 de pressão arterial para meninas de 1 a 17 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de estatura							PA sistólica (mmHg) por percentil de estatura						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	67
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	63	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Tabela 6 – Valores de pressão arterial referentes aos percentis 90, 95 e 99 de pressão arterial para meninos de 1 a 17 anos de idade, de acordo com o percentil de estatura

Idade (anos)	Percentil	PA sistólica (mmHg) por percentil de estatura								PA sistólica (mmHg) por percentil de estatura							
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	
1	90	94	95	97	99	100	102	103		49	50	51	52	53	53	54	
	95	98	99	101	103	104	106	106		54	54	55	56	57	58	58	
	99	105	108	108	110	112	113	114		61	62	63	64	65	66	66	
2	90	97	99	100	102	104	105	106		54	55	56	57	58	58	59	
	95	101	102	104	106	108	109	110		59	59	60	61	62	63	63	
	99	109	110	111	113	115	117	117		66	67	68	69	70	71	71	
3	90	100	101	103	105	107	108	109		59	59	60	61	62	63	63	
	95	104	105	107	109	110	112	113		63	63	64	65	66	67	67	
	99	111	112	114	116	118	119	120		71	71	72	73	74	75	75	
4	90	102	103	105	107	109	110	111		62	63	64	65	66	66	67	
	95	106	107	109	111	112	114	115		66	67	68	69	70	70	71	
	99	113	114	116	118	120	121	122		74	75	76	77	78	78	79	
5	90	104	105	106	108	110	111	112		65	66	67	68	69	69	70	
	95	108	109	110	112	114	115	116		69	71	71	72	73	74	74	
	99	115	116	118	120	121	123	123		77	78	79	80	81	81	82	
6	90	105	106	108	110	111	113	113		68	68	69	70	71	72	72	
	95	109	110	112	114	115	117	117		72	72	73	74	75	76	76	
	99	116	117	119	121	123	124	125		80	80	81	82	83	84	84	
7	90	106	107	109	111	113	114	115		70	70	71	72	73	74	74	
	95	110	111	113	115	117	118	119		74	74	75	76	77	78	78	
	99	117	118	120	122	124	125	126		81	81	82	82	83	84	86	
8	90	107	109	110	112	114	115	116		71	72	72	73	74	75	76	
	95	111	112	114	116	118	119	120		75	76	77	78	79	79	80	
	99	119	120	122	123	125	127	127		83	84	85	86	87	87	88	
9	90	109	110	112	114	115	117	118		72	73	74	75	76	76	77	
	95	113	114	116	118	119	121	121		76	77	78	79	80	81	81	
	99	120	121	123	125	127	128	129		84	85	86	87	88	88	89	
10	90	111	112	114	115	117	119	119		73	73	74	75	76	77	78	
	95	115	116	117	119	121	122	123		77	78	79	80	81	81	82	
	99	122	123	125	127	128	130	130		85	86	86	88	88	89	90	
11	90	113	114	115	117	119	120	121		74	74	75	76	77	78	78	
	95	117	118	119	121	123	124	125		78	78	79	80	81	82	82	
	99	124	125	127	129	130	132	132		86	86	87	88	89	90	90	
12	90	115	116	118	120	121	123	123		74	75	75	76	77	78	79	
	95	119	120	122	123	125	127	127		78	79	80	81	82	82	83	
	99	126	127	129	131	133	134	135		86	87	88	89	90	90	91	
13	90	117	118	120	122	124	125	126		75	75	76	77	78	79	79	
	95	121	122	124	126	128	129	130		79	79	80	81	82	83	83	
	99	128	130	131	133	135	136	137		87	87	88	89	90	91	91	
14	90	120	121	123	125	126	128	128		75	76	77	78	79	79	80	
	95	124	125	127	128	130	132	132		80	80	81	82	83	84	84	
	99	131	132	134	136	138	139	140		87	88	89	90	91	92	92	
15	90	122	124	125	127	129	130	131		76	77	78	79	80	80	81	
	95	126	127	129	131	133	134	135		81	81	82	83	84	85	85	
	99	134	135	136	138	140	142	142		88	89	90	91	92	93	93	
16	90	125	126	128	130	131	133	134		78	78	79	80	81	82	82	
	95	129	130	132	134	135	137	137		82	83	83	84	85	86	87	
	99	136	137	139	141	143	144	145		90	90	91	92	93	94	94	
17	90	127	128	130	132	134	135	136		80	80	81	82	83	84	84	
	95	131	132	134	136	138	139	140		84	85	86	87	87	88	89	
	99	139	140	141	143	145	146	147		92	93	93	94	95	96	97	

Atualmente considera-se obrigatória a medida da pressão arterial a partir dos três anos de idade, anualmente, ou antes dessa idade, quando a criança apresenta antecedentes mórbidos neonatais, doenças renais ou fatores de risco familiar. Há ainda a recomendação de realização rotineira de medida da pressão arterial em ambiente escolar, o que pode contribuir para ampliar ainda mais a detecção dos casos de hipertensão arterial na infância e adolescência (SINHA, 2007).

Qualquer profissional de saúde capacitado pode realizar a medida da pressão arterial nos ambientes sugeridos, e a realização das avaliações fora do ambiente do consultório médico pode contribuir para diminuir a incidência da chamada “hipertensão do jaleco branco”.

Os médicos devem estar alertas para a possibilidade de causas identificáveis de hipertensão nos jovens, e modificações no estilo de vida são fortemente recomendadas. A terapêutica farmacológica deve ser reservada para níveis superiores de PA ou se não houver resposta às mudanças de estilo de vida implementadas. Os critérios de escolha dos fármacos anti-hipertensivos são semelhantes em crianças e adultos, porém as doses para crianças são muitas vezes pequenas e devem ser ajustadas com cuidado (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, 2004).

5.4 AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL

O exame dos olhos é uma parte importante da rotina do exame da criança, e a equipe de Saúde da Família é muito importante na detecção de doenças oculares óbvias e naquelas assintomáticas e de curso insidioso. Em 2007, o governo federal, por meio de Portaria Interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde), lançou o Projeto Olhar Brasil, que, entre outras ações, visa a identificar os problemas visuais relacionados à refração em alunos matriculados na rede pública de Ensino Fundamental (1ª a 8ª série) (BRASIL, 2007a). Os municípios que aderiram ao Projeto Olhar Brasil poderão integrar ações com o PSE, assim potencializando os recursos.

O rastreamento em programas desenvolvidos na comunidade e nas escolas também pode ser efetivo para a detecção de problemas precocemente. A Academia Americana de Oftalmologia recomenda a triagem visual de crianças e adolescentes como forma de reduzir a perda visual passível de prevenção. Estudos epidemiológicos brasileiros (YUNES, 1983; RODRIGUES, 1972) mostraram que 10,8% dos escolares de municípios do Nordeste e 12% das crianças do município de São Paulo apresentavam algum grau de deficiência visual. No projeto diagnóstico de saúde escolar 1980-1982, foram encontrados 5% de escolares com acuidade visual deficiente. A Organização Mundial da Saúde reconheceu que existem 153 milhões de indivíduos cegos no mundo, por erros refracionais não corrigidos: miopia, hipermetropia e astigmatismo. Esse número ultrapassa os 30 milhões, caso se considerem os indivíduos com presbiopia ("vista cansada"). A triagem da acuidade visual é, portanto, de extrema importância, sendo viável a aplicação de teste de acuidade visual (Teste de Snellen) por profissionais da saúde, não necessariamente os médicos, e por profissionais da educação, desde que capacitados, conforme estabelece o Projeto Olhar Brasil. No caso de constatação de distúrbios visuais conforme descrito a seguir, o agente comunitário de saúde e os profissionais da educação capacitados deverão encaminhar os casos para as equipes de Saúde de Família responsáveis, que encaminharão posteriormente ao médico oftalmologista.

O médico deve realizar o exame básico dos olhos durante as visitas de puericultura e este deve incluir avaliação da acuidade visual e campos visuais, avaliação das pupilas, mobilidade ocular e alinhamento, exame externo geral e fundoscopia direta e indireta.

Todas as pessoas envolvidas no cuidado de crianças e adolescentes devem estar alertas para os sinais de distúrbios visuais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, [200-?])a):

- a) A criança pisca mais que o usual;
- b) Esfrega os olhos frequentemente;
- c) Apresenta estrabismo quando olha para objetos distantes;
- d) Franze o rosto frequentemente ou inclina a cabeça para um lado;
- e) Fecha ou cobre um olho;
- f) Segura os objetos próximos ao rosto;
- g) Demonstra desconforto sob luz forte;
- h) Tem as pálpebras avermelhadas;
- i) Desenvolve frequentemente inflamações nas pálpebras;
- j) Queixa-se de dor nos olhos;
- k) É desatenta nas atividades escolares (com dificuldade de leitura e escrita);
- l) Tem dificuldades para acompanhar os exercícios descritos no quadro-negro.

Os fatores de risco para problemas visuais são:

- História perinatal: toxemia gravídica, infecção congênita confirmada ou suspeita, diabetes materna, uso de anti-histamínicos no final da gestação, agentes teratogênicos (alcooolismo, uso crônico de difenilhidantoína, irradiação abdominal), prematuridade, recém-nascido pequeno para idade gestacional, parto traumático.
- História familiar: erros de refração (pais ou famílias que usam óculos de grau médio ou forte), retinoblastoma, cegueira familiar, estrabismo, catarata, glaucoma, consanguinidade.
- História da doença atual: doenças neurológicas (hidrocefalia, cranioestenose, paralisia cerebral, espinha bífida, deficiência mental), síndromes cromossômicas, erros inatos do metabolismo, uso crônico de corticoide, suspeita dos pais de comportamento visual anormal.

O exame médico rotineiro da visão, respeitando a sua maturação, deve incluir segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (200-?)a):

- a) ACUIDADE VISUAL = a partir do terceiro/quarto ano de vida, a acuidade visual pode ser medida utilizando a Tabela E de Snellen, avaliando-se a acuidade de cada olho, separadamente, por meio da cobertura ocular alternada. O teste de acuidade visual de Snellen, de padrão adulto, pode ser utilizado a partir dos cinco/seis anos se a criança souber reconhecer letras. O teste deve ser realizado em ambiente com boa iluminação (a luz deve vir de trás ou dos lados da criança a ser examinada) e em ambiente silencioso. Deve-se explicar ao paciente como será feito o teste, esclarecendo todas as dúvidas, pedindo-se então para ele se sentar numa cadeira. O cartaz com a escala de Snellen deve ser fixado na parede de modo que a linha de acuidade visual 0,8 a 1,0 fique na altura dos olhos da criança e a uma distância de cinco metros dela. Deve-se testar um olho, depois o outro, começando pelo direito (OD). Durante esse processo, ambos os olhos

devem estar abertos e não comprimidos. O examinador deve apontar para o optotipo (“letra E”) da tabela por meio de um objeto. Se houver dificuldade em saber qual o optotipo apontado, podem-se cobrir os optotipos vizinhos, utilizando-se um papel de cor única. Se a criança já usa óculos, o teste deve ser feito com eles. (BRASIL, 2007a)

- b) Uma acuidade visual de 20/40 é aceita como normal numa criança de três anos. Aos quatro anos uma acuidade de 20/30 (0,7 – OMS) é esperada e, aos cinco/seis anos, a maioria das crianças alcança uma visão 20/20. Os escolares que apresentarem alteração do exame de acuidade visual devem ser encaminhados para avaliação médica. Nos municípios que apresentarem o Projeto Olhar Brasil (BRASIL, 2007a), os escolares do Ensino Fundamental devem entrar no protocolo proposto. Para simplificar o processo de identificação das alterações e suas respectivas resoluções, devem ser encaminhados prioritariamente para avaliação médica os escolares com acuidade visual inferior a 0,1 da Tabela de Snellen em quaisquer dos olhos, na presença de sinais e sintomas oculares agudos (olhos vermelhos, dor ocular ou de cabeça, secreção abundante) ou trauma ocular recente. Também devem ser encaminhados para avaliação médica os escolares que apresentarem acuidade visual inferior ou igual a 0,7 em qualquer olho, diferença de duas linhas ou mais entre a acuidade visual dos olhos, na identificação de estrabismo (“olho torto” ou “olho vesgo”), se forem diabéticos ou hipertensos com diagnóstico confirmado e aqueles com história de glaucoma na família. Nesses casos, o médico da equipe de Saúde da Família deve avaliar inicialmente o escolar e encaminhar ao oftalmologista, quando necessário (BRASIL, 2007a)
- c) REFLEXO FOTOMOTOR E PISCAR = o reflexo fotomotor é pesquisado com uma lanterna direcionada para um dos olhos enquanto a criança fixa algum objeto distante. Não avalia a visão, mas a integridade das vias aferentes e eferentes. O reflexo de piscar é obtido com luz forte dirigida para os olhos provocando o piscar.
- d) FIXAÇÃO E SEGUIMENTO DE OBJETOS = o local não deve ter iluminação excessiva nem dirigida para a cabeça da criança. A luz deve incidir sobre o objeto ou o rosto do examinador. Em bebês usam-se objetos de alto contraste com padrões quadriculados (xadrez) ou círculos concêntricos (alvo), para avaliar sua capacidade de fixação e acompanhamento de objetos, segundo sua idade.
- e) TESTE DE HIRSCHBERG = incidindo-se foco luminoso a 30 cm da raiz nasal, de forma a iluminar os olhos, observa-se o reflexo da luz que deve incidir no centro de ambas as pupilas. É usado para avaliação dos desvios do eixo visual (estrabismo). Esse método também serve para evidenciar opacidades significativas e anisometropia.
- f) ALTERAÇÃO CORNEANA = evidencia-se o reflexo luminoso na superfície corneana de uma lanterna a 10 cm de distância. Na presença de edema, por exemplo, no glaucoma, o reflexo perde seu brilho e a córnea a sua limpidez. O diâmetro normal da córnea ao nascer é de 9,5-10 mm e com um arco de 11,5 mm. A presença de diâmetros maior ou limítrofe deve ser suspeita.

A sequência desses exames pode ser completada pela fundoscopia direta e indireta.

Finalmente, deve-se salientar que, do ponto de vista de saúde pública, a investigação de problemas oculares feita por oftalmologistas é cara e de difícil execução. Portanto, a solução mais viável atualmente ainda é a realização de triagem oftalmológica em escolares por pessoal não médico treinado e/ou supervisionado ou na população de escolares que procura os serviços públicos de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica. Esses testes de acuidade visual em massa são de grande importância, mas devem ser entendidos com instrumento inicial para identificação de sintomas dos problemas visuais que exigem atendimento especializado.

5.5 AVALIAÇÃO AUDITIVA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006), a deficiência auditiva está entre as incapacidades mais comuns no mundo. A estimativa para o ano de 2005 é que existiam 278 milhões de pessoas no mundo com perda auditiva incapacitante (perdas auditivas moderadas, severas ou profundas) e 364 milhões de pessoas com perda auditiva leve (que não gera incapacidade). Do total de perdas auditivas incapacitantes, 68 milhões são crianças (até 15 anos) e 210 milhões são adultos e dois terços encontram-se em países em desenvolvimento. Essa estimativa tem aumentado progressivamente desde a primeira pesquisa realizada em 1986 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Os resultados do Censo 2000, realizado pelo IBGE, indicam que 3,3% da população declarou ter algum problema auditivo, sendo que 0,6% declarou sentir grande dificuldade ou incapacidade de ouvir e 2,7% alguma dificuldade. Esses dados revelam “parte da percepção que as pessoas pesquisadas têm em relação às alterações provocadas pelas deficiências nas suas capacidades de realização, no seu comportamento e na sua participação social” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003, p. 60).

Entre os fatores que causam deficiência auditiva, estão os congênitos (alterações do sistema nervoso central, más formações do ouvido, exposição da mãe a drogas ototóxicas ou doenças como rubéola, citomegalovírus, sífilis, toxoplasmose), os hereditários e os adquiridos (otites, traumatismos, exposição a ruídos, doenças viróticas ou infecciosas do tipo meningite, sarampo e caxumba, uso de medicamentos ototóxicos, anóxia e traumas no parto, baixo peso ao nascer, hiperbilirrubinemia).

Ouvir tem um papel fundamental na aquisição, no desenvolvimento e uso da linguagem. As informações sensoriais auditivas vivenciadas no meio em que se está inserido, principalmente, no que se refere a sons verbais, são importantes para se adquirir e desenvolver a linguagem oral e/ou escrita.

Alterações auditivas podem dificultar o processo de escolarização e aprendizagem, podendo se manifestar como problemas de fala, ou de leitura e/ou da escrita, ou mesmo problemas comportamentais, como baixa autoestima e baixo rendimento escolar.

As consequências de perda auditiva no desenvolvimento da criança dependem do grau da diminuição da audição e também de suas características pessoais. Podemos ter crianças com o mesmo grau de perda auditiva (leve, moderada, severa ou profunda) que se comportam de maneiras distintas.

Quanto mais precocemente for detectada a deficiência auditiva, acoplada à introdução imediata de medidas de reabilitação, aumentam-se as chances de maturação adequada do sistema auditivo central, possibilita-se o acolhimento de conflitos dos pais e orientações adequadas que podem minimizar as consequências da deficiência auditiva no desenvolvimento da criança.

A criança deficiente auditiva pode ter o desenvolvimento da linguagem e a escolarização semelhante ao do ouvinte, desde que seja submetida a uma intervenção adequada; se insuficiente ou tardia, pode acarretar incapacidades irreversíveis.

A deficiência auditiva permanente, de acordo com o Consenso Europeu em Triagem Auditiva Neonatal (1998), é definida quando a média dos limiares auditivos obtidos nas frequências 500, 1.000 e 2.000 Hz for maior que 40 dB bilateralmente.

A surdez na infância é uma das mais sérias limitações que pode ocorrer a uma criança pequena, porque ela não permite que se atinja um desenvolvimento ótimo e afeta a relação com o mundo em que vive. A equipe de saúde tem uma responsabilidade primordial em relação à criança surda: ela tem que estar consciente do problema e de suas implicações, bem como dos meios para assegurar o manejo ideal da criança. Com paciência, compreensão e dedicação, a equipe pode ser o agente mais importante na adaptação da criança surda a nossa complexa sociedade. (COMITEE ON CHILDREN WITH HANDICAPS, 1973).

O desconhecimento dos fatores de risco presente em 46% das crianças surdas e as orientações inadequadas fornecidas pelos profissionais de saúde em 13% destas indicam que se suspeita pouco de surdez. O diagnóstico precoce de surdez na infância depende da identificação da população de risco e da testagem periódica com metodologia adequada. O Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância (CBPAI) recomenda a implantação da Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) para todas as crianças do nascimento até os três meses de idade. A Academia Americana de Pediatria recomenda a utilização de métodos eletrofisiológicos nos programas de triagem auditiva neonatal como o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico – PEATE e as Emissões Otoacústicas Evocadas – EOAE (Teste da Orelhinha) (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). Nos casos de deficiência auditiva confirmada, deve haver intervenção educacional até os seis meses de idade, pois a deficiência auditiva pode levar a um comprometimento importante do desenvolvimento linguístico, educacional e psicossocial da criança. Esses problemas podem ser minimizados quando detectados precocemente e tratados antes da idade de escolarização. Como muitas crianças não têm acesso a nenhum tipo de avaliação auditiva antes do início da vida escolar,

a avaliação auditiva nas escolas e creches é um importante instrumento para a identificação e correção precoce dos problemas de audição.

No caso de escolares, entre os diversos fatores que podem prejudicar o desempenho de uma criança, podemos destacar os sensoriais, psíquicos, neurológicos, linguísticos, intelectuais, sociais, entre tantos. Dentro dos fatores sensoriais, a audição assume importante função no processo da aprendizagem, uma vez que o escolar recebe a maioria das informações pedagógicas por meio de exposições orais.

Como exposto, qualquer tipo de perda auditiva (condutiva, mista ou sensorineural) pode afetar o desenvolvimento de uma criança, com maior ou menor intensidade, dependendo do grau da perda (leve, moderada, severa ou profunda), frequência e período de tempo em que a criança permanece sob essa condição.

As perdas auditivas severas e profundas geralmente são percebidas nos primeiros anos de vida pelos familiares, pois as consequências atingem gravemente o desenvolvimento da fala. Por outro lado, distúrbios auditivos transitórios, discretos, leves ou até mesmo unilaterais costumam passar despercebidos durante anos, com efeitos adversos na compreensão da fala e, conseqüentemente, no aprendizado.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (Portaria MS/GM nº 2.073/04), (BRASIL, 2004b) e normas complementares (Portaria MS/SAS nº 587/04 e 589/04), (BRASIL, 2004d) estabelecem que cabem à Atenção Básica: “Realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce dos problemas auditivos, bem como ações informativas, educativas e de orientação familiar”.

Complementa também a referida Política que, em relação à saúde da criança e do adolescente, é papel da atenção primária:

- Imunização e controle de doenças infantis como caxumba, sarampo, meningite;
- Orientação para evitar acidentes com a introdução de objetos e hastes de limpeza na orelha, que podem ferir e prejudicar a lubrificação natural do conduto (cerume);
- Orientação acerca dos riscos da exposição a ruído não ocupacional (aparelhos eletrônicos, brinquedos, ambientes de lazer com níveis sonoros elevados e outros);
- Atenção aos transtornos das vias aéreas superiores (otites de repetição e outros);
- Acompanhamento do desenvolvimento sensório-motor, psicológico, cognitivo, visual, auditivo e de linguagem por meio da observação do comportamento da criança/bebês;
- Orientação à família com relação ao desenvolvimento de linguagem e da audição, valorizando a preocupação e/ou suspeita dos pais quanto à capacidade auditiva de seus filhos;
- Identificação precoce dos neonatos que devem ser referenciados para avaliação especializada, a partir da história clínica, da presença de agravos que

comprometem a saúde auditiva, e dos fatores de risco para deficiência auditiva, conforme quadro abaixo.

Sinais de alerta para surdez (VIEIRA, 2007):

- QUATRO MESES: criança não acorda ou não se mexe em resposta à fala ou barulho, logo que começa a dormir em um quarto tranquilo;
- QUATRO A CINCO MESES: criança não vira a cabeça ou os olhos para a fonte sonora (não pode ser dada nenhuma pista visual);
- SEIS MESES: criança não se vira propositalmente em direção à fonte sonora (sem pista visual);
- OITO MESES: criança não tenta imitar os sons feitos pelos pais;
- OITO A DOZE MESES: perda da variedade na melodia e sons durante a sílabação;
- DOZE MESES: sem entendimento aparente de frases simples (não pode envolver pistas visuais/gestuais ou experiências anteriores do que foi solicitado);
- DOIS ANOS: fala pouco (ou não fala);
- TRÊS ANOS: fala na maior parte ininteligível, muitas omissões de consoantes iniciais, não usa frases com duas a três palavras e fala principalmente vogais;
- CINCO ANOS: o final das palavras está sempre faltando;
- IDADE ESCOLAR: pedidos frequentes para que se repitam frases, vira a cabeça em direção ao orador, fala com intensidade elevada ou reduzida, demonstra esforço ao tentar ouvir, olhar e concentrar-se nos lábios da professora, é desatento quando há debates na sala de aula, prefere o isolamento social, ser passivo ou tenso, cansa-se com facilidade, não se esforça para demonstrar capacidade, tem dificuldade no aprendizado.

Alguns outros sinais e sintomas podem estar associados à perda auditiva e merecem atenção, como a respiração oral, tontura, otalgia e zumbido. Também devem ter avaliação auditiva as crianças com dificuldades escolares de linguagem oral (confusões fonéticas, inversões, dissimulações e trocas na articulação), de linguagem escrita (trocas, dificuldades na expressão escrita e na leitura) e de outra natureza (dislexia, disfasia e alterações comportamentais) (VIEIRA, 2007).

A técnica de avaliação audiológica varia em função da idade, do nível de desenvolvimento da criança, da etiologia do problema auditivo, das condições otológicas e dos antecedentes da criança. Para crianças acima de cinco/seis anos, testes audiométricos tradicionais podem ser utilizados (DUNCAN, 2008). A audiometria tonal e a vocal buscam quantificar os limiares auditivos. A audiometria tonal afere a menor intensidade sonora capaz de gerar sensação auditiva na criança para tons puros, enquanto a audiometria vocal o faz para estímulos de fala. Recomenda-se a realização de otoscopia e impedanciometria como exames complementares à audiometria para se excluir os problemas do ouvido externo e médio que possam interferir nos resultados. Os casos positivos para deficiência

auditiva devem ser encaminhados para avaliação cuidadosa por profissional médico e para tratamento adequado (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). Da mesma forma, acompanhamento com profissionais fonoaudiólogos ou outros profissionais pode ser necessário diante de problemas de acuidade auditiva. Quando for necessário, em caso de suspeita de perda auditiva, o aluno deve ser encaminhado, pelas Unidades Básicas de Saúde, às unidades especializadas em saúde auditiva, organizadas em Redes Estaduais de Reabilitação.

Na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2008c), encontram-se campos para anotações relativas à realização da triagem auditiva em neonatos e em pré-escolares e escolares e também existem orientações aos pais para que acompanhem o desenvolvimento da audição e linguagem com sinais e alertas para problemas auditivos.

5.6 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

5.6.1 Por que fazer avaliação nutricional nas escolas?

Desde as etapas mais iniciais da vida, alimentar-se significa muito mais do que comer. O alimento não só satisfaz uma das necessidades primárias, como a fome, mas também constitui um importante estímulo sensorial, visto que tem propriedades de “impressionar” e provocar prazer aos órgãos dos sentidos humanos: visão, audição, olfato, paladar e tato (ACOSTA, 2001).

Além disso, o ato de alimentar-se atua como um integrador social, já que traz a possibilidade de encontrar-se, compartilhar e comunicar-se. Os alimentos não são somente alimentos. Alimentar-se é um ato nutricional, que envolve a adequação de nutrientes e calorias; comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, condutas, crenças e situações. Com isso, nenhum alimento que entra em nossas bocas é neutro e o que se come é tão importante quanto quando se come, onde se come, como se come e com quem se come (SANTOS, 2005).

A escolha dos alimentos é um dos momentos mais fortemente influenciados pelos fatores econômicos e sociais que rodeiam o indivíduo e sua família. Todo grupo humano tem um padrão alimentar que é próprio, resultado de uma complexa trama de usos, costumes e tradições que se transmitem e se modificam ao longo da sua história (ACOSTA, 2001). Os amigos, a família, a escola, o preço, a moda, o prazer, o *status* e a mídia, a cultura e, eventualmente, as crenças religiosas são alguns dos fatores que influenciam as escolhas alimentares.

Nas últimas décadas, mudanças econômicas, sociais e demográficas decorrentes da modernização e urbanização provocaram alterações no estilo de vida da população e, em particular, dos hábitos alimentares (MONTEIRO et al., 2000). O padrão alimentar da população foi alterado gradativamente, com incremento de alimentos altamente calóricos, ricos em açúcar, gordura saturada e gordura trans e com quantidades reduzidas de carboidratos complexos e fibras (BRASIL, 2006c).

Diante desse cenário, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer, apresentaram importante aumento, além da permanência de outras doenças relacionadas à alimentação, tais como a desnutrição e deficiências por micronutrientes, como anemia ferropriva, hipovitaminose A e distúrbios por carência de iodo. Com isso, o Brasil apresenta importantes desafios de saúde pública que afetam não apenas a população adulta, mas também os escolares. Assim, a equipe de Saúde da Família deve ter presente esses elementos na hora de avaliar o estado nutricional e de realizar ações para promover mudanças nos hábitos e costumes alimentares das pessoas, famílias e comunidades que estão sob seu cuidado.

Acompanhar a evolução do estado nutricional dos indivíduos da comunidade escolar, inclusive de escolares, é uma das ações previstas pelo Programa Saúde na Escola. A realização da vigilância alimentar e nutricional representa um olhar atento sobre o estado nutricional e o consumo alimentar da população. O conhecimento dessas informações permite que os gestores locais e as equipes de Saúde da Família possam implementar estratégias visando à melhoria das condições de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição.

Avaliação nutricional é o processo de determinar o estado nutricional da pessoa. Este se refere ao resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais (BRASIL, 2007a). Em cada fase do curso da vida, o estado nutricional expressa a relação entre (a) os alimentos ingeridos, (b) a capacidade do organismo em aproveitá-los e (c) o gasto de energia frente às necessidades nutricionais. Assim, o estado nutricional das pessoas é um “sinal vital” tão importante, por exemplo, quanto à pressão arterial. O papel da nutrição na promoção da saúde inclui não somente abordar a dieta e a prevenção de doenças, mas também avaliar as necessidades de mudanças nutricionais relacionadas às diferentes fases do crescimento e desenvolvimento humanos (SPEER, 2002).

A avaliação nutricional é requisito para determinar ou não a necessidade de uma intervenção alimentar. A nutrição é reconhecidamente um fator crítico na promoção da saúde e prevenção das doenças. Mesmo a má nutrição moderada pode trazer consequências tardias no desenvolvimento cognitivo das crianças e no seu rendimento escolar.

Quando a criança está faminta ou mal nutrida (podendo, neste caso, estar abaixo ou acima do peso ideal para sua faixa etária), tem mais chance de adoecer, de faltar à escola e ficar atrasada em relação à sua turma. Fica mais irritável, tem dificuldade de concentração e mais baixos níveis de energia. Padrões alimentares não saudáveis podem resultar em subnutrição, deficiência de ferro, sobrepeso e obesidade.

Paradoxalmente, ao lado da desnutrição, em especial a infantil, que ainda permanece um grave problema de saúde, há também o aparecimento da obesidade associado à infância. O risco de uma criança obesa desenvolver obesidade na vida adulta é muito maior do que em crianças com gordura corporal normal. O peso corpóreo durante a adolescência é considerado forte fator de previsão do peso no adulto (McARDLE, 2003). O sobrepeso, a obesidade e o desenvolvimento da síndrome metabólica em crianças e adolescentes representam na atualidade uma das condições mais desafiadoras para os sistemas de saúde (TEIXEIRA, 2008).

A presença de obesidade nos pais e em outros membros da família é considerada o fator de risco mais importante para o aparecimento de obesidade na criança, pela soma da influência genética e do ambiente familiar (ESCRIVÃO, 2000). Estimativas recentes evidenciam que a criança que tem ambos os pais obesos tem 80% de chance de se tornar obesa. Quando somente um dos pais é obeso, o risco, apesar de inferior, ainda é elevado: 40% (RAMOS; BARROS FILHO, 2003; GIGANTE, 2004).

Trinta por cento das crianças e adolescentes obesos exibem fatores de risco cardiovasculares e da diabetes, constituintes da síndrome metabólica (VALLE, 2007). Mesmo o sobrepeso está associado a um aumento na incidência e na prevalência de hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*, antes de chegar à idade adulta, e também com o posterior desenvolvimento de doenças cardiovasculares (KRAUSS, 2000).

5.6.2 Perfil nutricional no Brasil

No Brasil, o perfil nutricional da população brasileira tem apresentado mudanças relevantes nas últimas décadas, acompanhando o processo de transição nutricional que tem afetado inúmeros países. Observa-se importante redução das taxas de desnutrição infantil, segundo os principais inquéritos populacionais conduzidos no país. Entre os menores de cinco anos avaliados nas Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde – PNDS, realizadas em 1996 e 2006, a prevalência da desnutrição foi reduzida em cerca de 50%, passando de 13,5% no primeiro inquérito, para 6,8% no mais recente (MONTEIRO et al., 2009).

Essa tendência é observada também entre adolescentes. Os resultados de inquéritos têm mostrado frequências relativamente baixas de déficits ponderais, alcançando 3,7% nessa faixa etária, de acordo com a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003). Nessa fase, destaca-se principalmente a redução intensa e contínua do déficit de estatura nas últimas décadas. Comparando-se dados da década de 70 com os da última POF, observa-se declínio da prevalência de déficit de altura de 33,5% para 10,8% entre os meninos e de 26,3% para 7,9% entre as meninas. Por outro lado, destaca-se a alta prevalência de excesso de peso, que afeta 16,7% dos adolescentes brasileiros, sendo que 2,3% foram classificados como obesos.

Além disso, diferentes estudos pontuais evidenciam a magnitude do problema no país: Wang et al. (2002) encontraram percentuais em torno de 14% na faixa etária de 6 e 18 anos; Terres et al. (2006) demonstraram, por meio de um estudo transversal de base populacional em adolescentes na Região Sul do Brasil, prevalência de cerca de 26% de sobrepeso/obesidade. Em uma escola pública do Rio de Janeiro, Nascimento et al. (2008) encontraram valores semelhantes: 27% dos alunos adolescentes apresentavam peso acima do normal (15% com sobrepeso e 12% com obesidade). Vasconcelos e Silva (2003) analisaram adolescentes masculinos na Região Nordeste e encontraram prevalência de 11% de sobrepeso/obesidade. Em 2000, Castro et al. detectaram prevalência de sobrepeso/obesidade de 17% em adolescentes da rede municipal de educação do Rio de Janeiro.

5.6.3 Alimentação, controle e prevenção de doenças

O papel da alimentação no controle e na prevenção das doenças, especialmente das crônicas não transmissíveis, é cada vez mais evidente. Destacam-se, nesse aspecto, as doenças cardiometabólicas – como a hipertensão arterial, a doença isquêmica do coração, a *Diabetes mellitus* – e também diferentes tipos de câncer, também associados ao sobrepeso e à obesidade, como o de cólon, mama, endométrio, esôfago e próstata. Em relação ao câncer, verifica-se que, depois do tabaco, modificações na dieta é a segunda maneira mais eficiente de preveni-lo (BARRETO et al., 2005).

Considerando que essas doenças em sua grande maioria têm início cada vez mais precoce, curso prolongado e alterações fisiopatológicas iniciais que cursam sem manifestação clínica evidente, agindo de forma “silenciosa”, a promoção e o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis na infância e adolescência adquirem valor e importância ímpares na promoção da saúde e prevenção do adoecimento na vida adulta.

5.6.4 Compreendendo a formação dos hábitos alimentares na perspectiva da avaliação nutricional e da educação em saúde em ambientes escolares

Uma contribuição importante em relação aos aspectos e fatores envolvidos com a formação dos hábitos alimentares na infância foi realizada por Valle e Euclides (2007), por meio de uma revisão da literatura nos últimos dez anos. As autoras estudaram aspectos fisiológicos e ambientais, encontrando variedade expressiva de fatores relacionados a diferentes origens, entre os quais: experiências intrauterinas, paladar do recém-nascido, leite materno, neofobia e regulação da ingestão de alimentos, alimentação dos pais, comportamento do cuidador, condições socioeconômicas, influência da televisão e alimentação em grupo.

Nesse processo, evidenciaram aspectos úteis à compreensão desse fenômeno na perspectiva da educação em saúde em ambientes escolares, entre os quais, destacaram-se alguns que, de forma adaptada, são aqui transcritos:

1. A formação dos hábitos alimentares sofre a influência de fatores fisiológicos e ambientais. Inicia-se desde a gestação e amamentação, e sofre modificações de acordo com os fatores aos quais as crianças serão expostas durante a infância. Com isso, poucas preferências alimentares são inatas: a maioria é aprendida por meio de experiências com a comida e estão associadas com o ambiente no qual essas práticas alimentares acontecem.
2. A alimentação dos pais costuma exercer importante influência na alimentação infantil, afetando a preferência alimentar da criança e sua regulação da quantidade de energia consumida. Estudos indicam que as práticas alimentares de pais obesos influenciam no comportamento alimentar de crianças, podendo levar os filhos a desenvolverem a obesidade.

3. Quando os alimentos são administrados às crianças em contextos sociais positivos, como recompensas, as preferências por tais alimentos são reforçadas. Assim, restringir o acesso das crianças a determinados alimentos como doces e sobremesas torna-os ainda mais desejados. Efeito oposto acontece com o consumo forçado de alimentos como legumes e verduras, a fim de ganhar recompensas.
4. Para aumentar o consumo de alimentos industrializados, a indústria de alimentos disponibiliza grande quantidade de produtos de alta densidade energética, ricos em açúcar, gordura e sal, e de custo relativamente baixo. A predominância de produtos com essas características contribui para a adoção de hábitos alimentares não saudáveis de crianças e jovens, agravando o problema da obesidade.
5. O consumo desses alimentos é ainda incentivado pela propaganda: a televisão é um dos fatores potenciais que estimulam a alimentação, ao criar valores míticos como liberdade, desempenho físico e atlético, autonomia, felicidade e bem-estar, e prescrever, simultaneamente, comportamentos adequados ao alcance de tais fins, além de incentivar o sedentarismo. A exposição de apenas 30 segundos aos comerciais de alimentos é capaz de influenciar a escolha de crianças por determinados produtos. Análise realizada com a qualidade dos alimentos veiculados pela televisão demonstrou que 60% dos produtos estavam classificados nas categorias gorduras, óleos e açúcares.
6. As mudanças do estilo de vida familiares atuais levaram muitas crianças a passarem parte ou a maioria de seus dias em creches e pré-escolas, que são ambientes propícios para programas de educação nutricional. Nas ações dirigidas para o controle da obesidade, há consenso de que as ações coletivas superam as individuais e, tendo por base esse sentido do grupo, muitas ações são pensadas tendo como foco o ambiente escolar. Além disso, ações de longa duração (como as realizadas em escolas) e direcionadas a um número reduzido de objetivos (por exemplo, o aumento do consumo de frutas e verduras) são mais efetivas (SICHIERI; SOUZA, 2008). É importante destacar a contribuição do professor no processo de mobilização para o ato de aprender, possibilitando aprender e ressignificar experiências negativas que acontecem fora da sala de aula.
7. Atividades que enfocam as relações do mundo real da criança com o alimento são mais prováveis de produzir resultados positivos. Participar de jogos que ensinam nutrição, experimentar novos alimentos, participar do preparo de alimentos simples e plantar uma horta são atividades que melhoram os hábitos e desenvolvem atitudes alimentares positivas.

O Departamento de Saúde da Pensilvânia, Estados Unidos (2001), realizou revisão sistemática da literatura, buscando identificar experiências promotoras da saúde em ambiente escolar que mostraram impacto positivo em relação aos diferentes objetos das iniciativas. Em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis, 22 estudos foram incluídos nesses critérios, todos em escolas de segundo grau. Destes, somente sete se mostraram efetivos, com os melhores resultados atingindo meninas e estudantes mais velhos. Os programas, nesses casos, adotaram estratégias de abordagem da escola como um todo e proviam alimentos saudáveis nas cantinas escolares. O treinamento de professores também se mostrou importante.

Levantamento realizado por pesquisadores brasileiros mostrou resultados positivos nos programas de prevenção à obesidade desenvolvidos em escolas, mas novos estudos são necessários para avaliar o impacto dessas ações em longo prazo. Resumidamente, as ações com efeitos positivos para crianças e adolescentes apresentam as seguintes características: longa duração, maior eficácia no Ensino Fundamental e Médio, maiores efeitos para adolescentes e conteúdos simples e mensagens direcionadas, não englobando muitos objetivos (SICHIERI; SOUZA, 2008).

Os aspectos acima relacionados evidenciam o grande desafio para os sistemas de saúde, em especial para a Estratégia de Saúde da Família, que tem papel primordial a cumprir na avaliação nutricional e na promoção da alimentação saudável no ambiente escolar.

O principal desafio das intervenções visando a mudança e a incorporação de hábitos alimentares saudáveis seria o de promover, de forma competente, o acesso à informação, incrementando o conhecimento para o autocuidado e, ainda, o contato e a experimentação de alimentos que sejam de fácil acesso e preparo, simultaneamente saudáveis e agradáveis aos sentidos, proporcionando prazer e respeitando a cultura dos indivíduos e de seu grupo social. Para isso, o Ministério da Saúde lançou o manual operacional para profissionais da saúde e da educação: Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas, com o objetivo de incentivar e fornecer subsídios para o fortalecimento e planejamento de ações com esse enfoque, considerando as particularidades locais. Para conhecer essa publicação, acesse o site www.saude.gov.br/nutricao/publicacoes.

Possibilidades concretas para as ações de educação alimentar e nutricional no ambiente escolar precisam ser planejadas e implementadas de forma intersetorial, envolvendo a participação de vários atores, com o objetivo de favorecer o reconhecimento, discussão e reflexão dos problemas e/ou determinantes de saúde de toda a comunidade escolar.

A intersetorialidade entre a escola e o serviço de saúde visa o fortalecimento de prática de produção e promoção da saúde, a adoção de um novo modelo de atenção à saúde e a consideração do espaço escolar como ambiente potencial para a produção de práticas de saúde. As ações nesses campos têm mútuas repercussões e, assim sendo, a construção de ações integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados da educação e da saúde, com vistas à integralidade.

Exemplos de ações que podem ser fomentadas a partir dessa parceria são a realização de eventos de educação em saúde no ambiente escolar, com palestras educativas, atualização do calendário vacinal, avaliação clínica e nutricional, práticas esportivas e culturais; realização de oficinas culinárias em parceria com a comunidade escolar, valorizando frutas e verduras produzidas localmente; e o estabelecimento de espaços de divulgação de informações sobre alimentação e nutrição. Outras sugestões envolvem a criação e manutenção de horta escolar, com uso dos alimentos produzidos na alimentação escolar; a melhoria da qualidade nutricional e sanitária das refeições e lanches ofertados na escola, em parceria com o nutricionista da alimentação escolar, merendeiros, Conselho de Alimentação Escolar (CAE), dono e funcionários da cantina e a restrição da venda e publicidade de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal nas

cantinas escolares. Também é importante estabelecer a participação de outras instâncias, como o Poder Legislativo, as Secretarias de Abastecimento e Agricultura, entidades de produtores rurais, agricultores familiares, entre outras.

Algumas das ações enumeradas constituem eixos prioritários da Portaria Interministerial Ministério da Saúde/Ministério da Educação nº 1.010, publicada em 2006 e que estabeleceu as diretrizes para a promoção de práticas alimentares saudáveis em escolas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio das redes pública e privada de todo o território brasileiro. Esse documento constitui um eixo estratégico da PNPS (BRASIL, 2006e) e uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1999d), e está pautado na consideração da escola como espaço propício à formação de hábitos alimentares saudáveis e à construção da cidadania não apenas dos educandos, mas de toda a comunidade escolar.

5.6.5 O que fazer na avaliação nutricional nas escolas?

A vigilância e a avaliação nutricional nas escolas, seguidas de ações de educação em saúde e acompanhamento clínico dos casos de maior risco, constituem estratégia fundamental para a promoção da saúde e para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, como assinalado anteriormente.

A avaliação do estado nutricional pode ser realizada por meio de: (1) medidas antropométricas, (2) avaliação dietética, (3) clínica, (4) laboratorial e (5) psicossocial.

O objetivo é realizar o diagnóstico e, a seguir, identificar a necessidade de intervenção e a forma de realizá-la.

A abordagem diagnóstica e os itens a serem investigados no âmbito escolar podem variar, em função de diversos fatores, inclusive disponibilidade de tempo, capacitação dos profissionais envolvidos e interação com as escolas.

As medidas antropométricas, quando combinadas, formam os índices antropométricos, que permitem comparar a informação individual com parâmetros utilizados como referência. As medidas mais usadas são a massa corporal (peso) e a altura (comprimento e estatura).

Para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, são realizadas as ações previstas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Entre escolares, recomenda-se que:

1. A avaliação nutricional, incluindo a aferição das medidas antropométricas e a avaliação dos marcadores de consumo alimentar, seja realizada pelo menos uma vez por ano e, preferencialmente, duas vezes ao ano. A interpretação dessas medidas deve ser feita para determinar o padrão de crescimento de cada escolar, de tal forma que seu peso e sua altura sejam interpretados à luz do seu próprio padrão de crescimento, e não o da sua turma.

2. Para a avaliação das medidas de peso e altura, são necessários equipamentos antropométricos: balanças e estadiômetros, utilizados para aferir a estatura.
3. Para a classificação do estado nutricional, são adotados como referências os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, 2007), segundo o sexo e a idade do escolar. Devem ser avaliados o Índice de Massa Corporal para a idade e a altura para a idade. Outras informações constam no tópico a seguir: “Avaliação da estatura para idade e do IMC para a idade”.
4. Para o monitoramento do consumo alimentar dos escolares, devem ser avaliados os marcadores do consumo alimentar segundo a fase da vida. Devem ser preenchidos os formulários do SISVAN. Outras informações constam no tópico a seguir: “Avaliação do consumo alimentar”.
5. As orientações nutricionais para escolares são apresentadas nos quadros a seguir:

Quadro 2 – Para crianças (0 a 10 anos)

- Estimule o consumo de frutas, verduras e legumes;
- Verifique sempre a existência de condições alimentares pouco saudáveis;
- Oriente a mãe para uma alimentação mais adequada de acordo com recomendações para crianças saudáveis, excetuando-se bebês em aleitamento materno exclusivo. Fundamente sua orientação de acordo com os “10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos” (anexo C) e os “10 passos para a alimentação saudável de crianças de 2 a 10 anos” (anexo D). Os princípios da alimentação saudável, apresentados no “Guia Alimentar para a População Brasileira”, e as recomendações para crianças com dois anos aplicam-se a todas as crianças com dois anos ou mais, devendo ser ajustadas às suas necessidades individuais;
- Para as crianças entre 6 e 18 meses, oriente sobre a suplementação de ferro, segundo o Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde;
- Para as crianças entre 6 e 59 meses que residam em área de risco da deficiência, oriente sobre a suplementação de vitamina A, segundo o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde. No Brasil, são consideradas áreas de risco a Região Nordeste, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e Vale do Ribeira em São Paulo;
- Oriente a mãe sobre vacinação, cuidados gerais, higiene e estimulação de acordo com a idade da criança;
- Verifique e estimule a prática de uma atividade física regular, principalmente entre crianças acima de quatro anos;
- Registre sempre as informações sobre o estado nutricional da criança na Caderneta de Saúde da Criança e não se esqueça de apresentar a avaliação do crescimento da criança à mãe ou responsável;
- Parabenize a mãe ou responsável quando o crescimento da criança e sua alimentação estiverem adequados. Oriente adequadamente no caso de identificação de risco nutricional;

continua...

continuação

- Reforce as recomendações alimentares de acordo com a idade da criança, em especial se houver mudança de faixa etária que exija novas condutas, até a data do próximo atendimento. Valorize também as referências favoráveis à nutrição e saúde presentes na cultura alimentar familiar;

- Nos casos de baixo peso para idade:

Para crianças menores de dois anos:

- Oriente a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade (ou retorno ao aleitamento materno exclusivo, quando recomendado ou possível);

- Se a criança não ganhar peso, ofereça os mesmos cuidados de crianças com peso muito baixo ou encaminhe para serviços de recuperação nutricional e programas de outros setores ligados à assistência alimentar (programas da área de educação, de abastecimento, assistência social etc.). Deve-se encaminhar a mãe para ter acesso aos recursos disponíveis na rede de proteção social, nos diferentes setores de governo e que podem favorecer a segurança alimentar e nutricional da criança;

- Adote as recomendações apresentadas nos “10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos” (anexo C).

Para crianças maiores de dois anos:

- Investigue possíveis causas, com atenção especial para a introdução da alimentação complementar inadequada, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene, oriente corretamente a mãe ou cuidador e ofereça o tratamento adequado ou encaminhamento necessário para que isso ocorra;

- Meça a estatura da criança, esteja atento à presença de baixa estatura, além do baixo peso, já que se trata de um problema relacionado ao atraso na capacidade intelectual, baixo rendimento escolar, menor capacidade física para o trabalho, além de ser considerado como um determinante do maior risco para gerar crianças com baixo peso ao nascer entre as mulheres;

- Adote as recomendações apresentadas nos “10 passos para a alimentação saudável de crianças de 2 a 10 anos” (anexo D).

Quadro 3 – Para adolescentes

- Estimule o consumo de frutas, verduras e legumes;
- Verifique a presença de condições alimentares pouco saudáveis;
- Oriente o adolescente e/ou responsável para uma alimentação mais adequada de acordo com as recomendações, segundo seu estágio de maturação sexual, e fundamentalmente sua orientação de acordo com os “10 passos para a alimentação saudável” (anexo F);
- Investigue dislipidemias e ofereça orientações pertinentes ao resultado do lipidograma;
- Oriente o adolescente e/ou responsável sobre vacinação e hábitos de saúde (prevenção e combate ao tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas, orientação sexual etc.);
- Verifique e estimule a prática de atividade física regular sob orientação;
- Parabenize o adolescente e/ou responsável que apresentar crescimento satisfatório e práticas alimentares adequadas;

continua...

continuação

53

- No caso de baixo peso: investigue possíveis causas, com atenção especial para o consumo insuficiente, alto gasto energético (excesso de atividade física), sinais de transtornos alimentares (indução de vômitos, uso de laxantes ou medicamentos para emagrecer, preocupação excessiva com a imagem corporal, entre outros); oriente corretamente o adolescente e/ou responsável quanto à prática alimentar, visando o ganho de peso e a garantia do crescimento saudável;

- Registre as informações sobre o estado nutricional do adolescente na Caderneta de Saúde do Adolescente, quando houver, ou em formulários apropriados.

Crianças e adolescentes com desvios nutricionais que demonstrem excesso ou baixo peso e/ou estatura devem ser avaliados semestralmente ou mais precocemente, de acordo com cada caso.

Avaliação nutricional e atividades de promoção da saúde alimentar devem ser desenvolvidas ao menos uma a duas vezes ao ano, em ações compatíveis e consoantes com o currículo escolar de cada classe.

Para realizar diagnósticos mais ampliados, podem ser utilizados inquéritos, habitualmente desenvolvidos na forma de questionários multidimensionais, abrangendo, além dos aspectos socioeconômicos, questões sobre estilo de vida, incluindo prática de atividade física, hábitos alimentares, uso de drogas, sexualidade, violência intra e extradomiciliar, doenças em familiares e outros fatores de risco e promoção da saúde. Tais instrumentos podem ser de grande valia na realização do diagnóstico e no direcionamento das atividades de educação em saúde, em consonância com o perfil e necessidades da população a ser cuidada, e não somente com as demandas dos profissionais de saúde.

A utilização de instrumentos já utilizados/validados ou a elaboração de questionários e sua aplicação deve ser cuidadosamente planejada. No caso de crianças e adolescentes menores de 18 anos, deve ser obtida autorização dos pais ou responsável para que os questionários possam ser respondidos, por meio da assinatura de termo de consentimento. Adultos devem, igualmente, assinar o termo de consentimento. Naturalmente, deve-se garantir o completo sigilo das informações e dados colhidos.

De todas as formas, é recomendado verificar as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Mais informações podem ser obtidas no sítio eletrônico do Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) - <http://portal.saude.gov.br/sisnep/>.

Vale lembrar que os professores, demais funcionários e pais dos alunos também devem ser incluídos nas avaliações e ações de educação em saúde nas escolas. Essa inclusão, como já foi visto, aumenta de forma efetiva a resolutividade e incrementa o potencial transformador das ações e, portanto, sua efetividade e eficácia.

Também é importante realizar a vigilância do espaço intra e extraescolar, cuja presença de cantinas escolares ou vendedores de guloseimas nas portas das escolas podem ser importantes fatores de sabotagem à alimentação saudável e adequada.

5.6.6 Como fazer a avaliação nutricional nas escolas?

1. O primeiro passo a ser dado refere-se à decisão da equipe de Saúde da Família (eSF) em realizar ações de saúde escolar e, nesse sentido, avaliar sua capacidade para a execução das ações, em especial aquelas relacionadas ao processo de avaliação nutricional e ao desenvolvimento de ações de educação em saúde com utilização de técnicas e métodos participativos.
2. Nesse contexto, sugere-se promover avaliação inicial de como os próprios profissionais da equipe de Saúde da Família se encontram frente à sua própria condição e diagnóstico nutricional, inclusive em relação aos hábitos alimentares e estilo de vida. Isso pode ser de grande valia para promover uma reflexão sobre o processo e as atividades e mudanças que pretendem desenvolver na escola. Esse espaço poderá servir de estratégia para aumentar o conhecimento da equipe e experimentar entre si técnicas de abordagem e de educação. Criar um espaço para o estudo em grupo, consultando e conhecendo experiências nessa área, será de grande valia.
3. Um passo a seguir é o estabelecimento da parceria entre a equipe de Saúde da Família e as escolas que serão objeto de atuação. Para tanto, vale retornar aos capítulos deste Caderno, em especial: “A Escola como *Locus* de Cuidado em Saúde” e “Estratégias Gerais de Operacionalização das Ações de Promoção da Saúde Escolar”.
4. Estabelecer um plano de ações, especificando seus objetivos, metas e estratégias de operacionalização, de forma compartilhada e em comum acordo com a direção da escola, professores, funcionários e alunos, pais/responsáveis, é de fundamental importância para haver adesão e comprometimento de todos com a realização das atividades e o alcance dos objetivos e, portanto, o sucesso das iniciativas. Previamente ao início das ações, é de grande importância promover encontros junto aos atores envolvidos para apresentar os profissionais, seus interesses e motivações, trocar informações, esclarecer dúvidas. Isso minimiza possíveis ansiedades, atritos e desconfianças em relação ao processo de trabalho e promove a participação e o envolvimento.
5. Fazer uma atividade piloto, com as ações planejadas e dirigidas a um número pequeno de alunos, professores, funcionários e pais, é de especial importância para aferir a capacitação da equipe, ajustar o planejamento e adequar as atividades que se pretendem desenvolver.
6. Para se proceder a operacionalização das ações de avaliação nutricional, são elementos indispensáveis, além dos já assinalados previamente:
 - a) Conhecer o número de alunos por turma, o sexo e a idade;
 - b) Estabelecer cronograma de avaliação, de acordo com dias e horários acordados, para a aferição das medidas antropométricas e do consumo alimentar;

- c) Dispor de espaço reservado para realizar a aferição do peso e altura e posterior cálculo do IMC, além do consumo alimentar. Crianças e adolescentes podem se sentir envergonhados e reagir ao fato de estarem sendo medidos e pesados na escola, sobretudo diante dos colegas. Meninas habitualmente são mais preocupadas em estarem acima do peso e meninos podem se preocupar em estarem muito magros. Durante as aferições, devem ser evitados comentários sobre os resultados das medidas individuais ou sobre o relato do consumo alimentar, ressaltando que as pessoas têm seus próprios ritmos de crescimento e desenvolvimento e diferentes padrões alimentares. Deve ser oferecido espaço para conversar em separado com algum estudante que demonstre preocupação com suas medidas ou consumo alimentar, fora do horário das avaliações.

Lembrar de incluir no planejamento, para aferição das medidas dos professores, funcionários e pais dos alunos.

5.6.6.1 Avaliação do consumo alimentar

O SISVAN recomenda a adoção de questionários que irão caracterizar de forma ampla o padrão alimentar do indivíduo, não pretendendo quantificar a dieta em termos de calorias e nutrientes. São identificados os chamados “marcadores do consumo alimentar”, que indicam a qualidade da alimentação em suas características tanto positivas como negativas. A investigação dos marcadores do consumo alimentar pode ser realizada por meio dos instrumentos da Vigilância Alimentar para crianças menores de cinco anos e para indivíduos a partir dos cinco anos. O indivíduo, a mãe ou o responsável deve ser orientado quanto à adoção de uma alimentação saudável para que o escolar supra suas necessidades nutricionais e garanta crescimento e desenvolvimento adequados.

Para crianças, as perguntas devem ser realizadas para a mãe ou cuidador que tenha conhecimento sobre a rotina alimentar dela. Já os adolescentes e adultos podem responder por si. O objetivo é identificar com que frequência o entrevistado consumiu alguns alimentos ou bebidas nos últimos sete dias que estão relacionados tanto a uma alimentação saudável (exemplo: consumo diário de feijão, frutas, verduras) como a práticas pouco recomendadas (exemplo: consumo frequente de alimentos fritos e guloseimas).

5.6.6.2 Avaliação da estatura para idade e do IMC para a idade

O índice de estatura para a idade expressa o crescimento linear da criança. É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança, como problemas durante a gravidez ou desnutrição na primeira infância. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população. Trata-se de um índice incluído recentemente na Caderneta de Saúde da Criança. As referências para essa avaliação são aquelas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, que são adotadas no SISVAN (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, 2007). Quando o escolar se encontra abaixo do percentil 3, é diagnosticado déficit de estatura para a idade, conforme o quadro a seguir.

Quadro 4 – Pontos de corte de estatura para idade para crianças e adolescentes (0 a 19 anos)

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
< Percentil 0,1	< <i>Escore-z</i> -3	Muito baixa estatura para a idade
> Percentil 0,1 e < Percentil 3	> <i>Escore-z</i> -3 e < <i>Escore-z</i> -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ <i>Escore-z</i> -2	Estatura adequada para a idade

5.6.6.3 Cálculo e avaliação do Índice de Massa Corporal – IMC

O Índice de Massa Corporal (IMC) é considerado o método mais fácil para avaliar o estado nutricional e o excesso de peso nas pessoas. O IMC é a relação entre o peso (em quilogramas) e a altura (em metros) ao quadrado – $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$. Por exemplo, uma pessoa que pese 60 kg e tenha de altura 1,65 m terá $IMC = 22,04 (60/1,65 \times 1,65)$. Cabe destacar que, no caso de crianças e adolescentes, a medida bruta de IMC não faz sentido. É necessário adotar gráficos ou tabelas que permitam avaliar o valor obtido em relação à idade e ao sexo do indivíduo que está sendo avaliado. As referências para essa avaliação são aquelas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que são adotadas no SISVAN (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, 2007). A Caderneta de Saúde da Criança apresenta tabelas com Índice de Massa Corporal já calculados para facilitar a avaliação, além de explicar o uso da tabela (edição 2009).

Nos casos das crianças e adolescentes, o limite de normalidade é estabelecido por curvas da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006; ONIS et al., 2007) do Escores Z do IMC, de acordo com a idade e o sexo, por meio de gráficos, com dados de crianças e adolescentes, as quais foram adotadas na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2009b) e na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2009a) ou no site: <http://www.who.org>.

Os quadros a seguir mostram os pontos de corte e a classificação nutricional para as crianças nos grupos de idade de zero a cinco e de cinco a 10.

**Tabela 7 – Classificação do estado nutricional
OMS – 0 a 5 anos**

Escore Z	Estatura /Idade	Peso /Idade	Peso /Estatura	IMC /Idade
+ 3			Obesidade	Obesidade
+ 2			Sobrepeso	Sobrepeso
+ 1			Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso
Mediana				
- 1				
- 2	Baixa estatura	Baixo peso	Magreza	Magreza
- 3	Muito baixa estatura	Muito baixo peso	Magreza acentuada	Magreza acentuada

**Tabela 8 – Classificação do estado nutricional
OMS – 5 a 10 anos**

Escore Z	Estatura /Idade	Peso /Idade	Peso /Estatura	IMC /Idade
+ 3			Obesidade grave	Obesidade grave
+ 2			Obesidade	Obesidade
+ 1			Sobrepeso	Sobrepeso
Mediana				
- 1				
- 2	Baixa estatura	Baixo peso	Magreza	Magreza
- 3	Muito baixa estatura	Muito baixo peso	Magreza acentuada	Magreza acentuada

A classificação do estado nutricional para crianças a partir dos cinco anos de idade e adolescentes (10 a 19 anos), considerando o IMC para a idade, é realizada conforme o quadro a seguir:

Quadro 5 – Pontos de corte de IMC para idade para crianças e adolescentes dos cinco aos 19 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e < Percentil 3	> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e Percentil 85	≥ Escore-z -2 e Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e < Percentil 97	> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e < Percentil 99,9	> Escore-z +2 e < Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

5.6.7 Planejamento e instrumental necessário para aferição das medidas antropométricas

São necessários equipamentos antropométricos como balança e estadiômetro, que é o aparelho que permite medir a altura ou comprimento do indivíduo. Estes podem variar no formato, segundo a marca e o público a que se destina. Por exemplo, crianças menores de dois anos são pesadas em balanças pediátricas e têm sua estatura avaliada com um estadiômetro infantil, equipamento próprio para medir o comprimento daquelas

que ainda não conseguem ficar em pé. Para a previsão de equipamentos, estes devem estar em número suficiente para a avaliação do número de alunos previstos, de acordo com o cronograma estabelecido. É necessária atenção especial para a manutenção dos equipamentos e armazenamento em local apropriado.

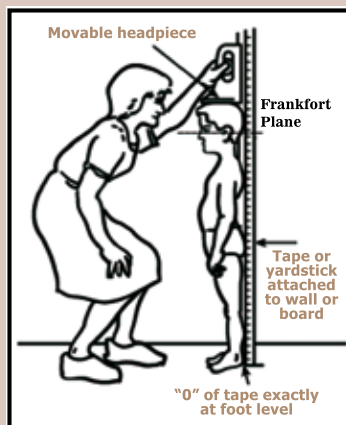
1. Para aferir o peso: dispor de balanças devidamente calibradas e em número suficiente para a pesagem do número de alunos previstos, de acordo com o cronograma estabelecido.

A pessoa deve ser pesada preferencialmente com roupas leves, sem sapatos e no período da manhã. Deve-se orientar a retirada de objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros que possam interferir no peso total. Os pés devem permanecer no centro da plataforma da balança. Anotar o peso em quilogramas e decimais, de acordo com a precisão da balança utilizada. A variação de balanças de plataforma costuma ser de 100 gramas e as pediátricas de 10 gramas. Na utilização de balanças eletrônicas ou digitais, deve-se, inicialmente, zerá-la apertando o local próprio para esse fim. Siga as orientações apresentadas no manual de cada aparelho para proceder sua utilização.

2. Para aferir a altura: dispor de estadiômetros para realizar a aferição da altura, também em número suficiente, para operacionalizar o que foi planejado.

Na impossibilidade de dispor de estadiômetro, é possível a utilização de fitas métricas, preferencialmente as de aço flexível, ou as comuns, desde que de material não elástico. A fita métrica deve ser fixada em uma parede lisa, sem rodapé, com a numeração ordenada de baixo (0 cm) para a cima, para facilitar a aferição. Caso a metragem da fita métrica não atinja a altura esperada das pessoas a serem aferidas, ela deve ser fixada na parede a partir de uma determinada altura do chão, por exemplo, 20 centímetros, e essa medida ser posteriormente incorporada à altura das pessoas. Caso haja rodapé, a fita métrica deve ser afixada a partir e acima do rodapé, cuja medida deve ser realizada previamente e acrescentada à medida da altura da pessoa posteriormente.

Para aferir a altura, o indivíduo deve estar descalço e com a cabeça livre de adereços, como bonés, presilhas, “rabo de cavalo”. A pessoa deve ser colocada de pé, com as pernas em paralelo, junto à superfície de uma parede sem rodapé, tocando cinco pontos do corpo (calcanhares, panturrilha, nádegas, costas, cabeças) – ou no mínimo, cabeça e calcanhares. Os braços devem ficar estendidos ao longo do corpo. Deve ser solicitado que a pessoa mantenha a cabeça e o corpo eretos, que olhe para frente, fixando um ponto na altura dos olhos. Nos casos em que se utilizar a fita métrica, deve-se dispor também de um esquadro (régua) para colocar sobre a cabeça da pessoa e localizar exatamente a sua medida na fita. Para aumentar a precisão da medida, sugere-se que o profissional de saúde segure o queixo do escolar com a mão esquerda e com a direita manipule o esquadro na fita, baixando delicadamente o esquadro até o topo do crânio, comprimindo o cabelo. A altura deve ser registrada em centímetros.

Figura 1 – Técnica para aferir a altura do escolar

Fonte: PROCEDURES for the growth screening program for Pennsylvania's school-age population. In: GUIDELINES or preventive activities in general practice. 6th. ed. [S.l.]: Royal College of General Practitioners, 2005. Adaptado.

Recomenda-se, também, a aferição da circunferência abdominal e da pressão arterial (ver seção específica neste Caderno).

5.6.8 Circunferência abdominal (CA)

Apesar de a medida da CA constituir um bom preditor de obesidade abdominal, ainda não há definição de valores específicos e existem poucas referências quanto ao ponto de corte da cintura abdominal entre crianças e adolescentes. Por meio da avaliação norte-americana dos últimos quatro NHANES (LI et al., 2006), foi estabelecido o ponto de corte em relação ao sexo e idade do percentil 90 da cintura abdominal. (TEIXEIRA, 2008). A aferição da CA deve ser realizada com a pessoa em pé e em expiração, utilizando-se uma fita métrica passando pelo ponto médio, entre a borda do último arco costal e a borda da crista ilíaca anterior. Habitualmente, essa altura coincide com a linha da cicatriz umbilical.

Abaixo, uma tabela com pontos de corte sugeridos para avaliar excesso de peso em crianças e adolescentes.

Tabela 9 – Pontos de corte para estimar excesso de peso em crianças e adolescentes baseados na medida da cintura abdominal (cm) de acordo com o sexo e a idade (CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008)

		Masculino		Feminino
Idade (anos)	N	≥ Percentil 90	N	≥ Percentil 90
2	560	51,8	544	52,4
3	488	53,4	562	54,6
4	545	55,5	527	56,7

continua...

continuação

5	491	57,3	541	60,5
6	259	66,1	272	62,5
7	271	69,0	263	68,4
8	259	70,9	245	69,0
9	279	78,0	269	80,8
10	287	80,0	252	79,0
11	273	84,2	280	80,9
12	203	85,9	215	81,2
13	188	90,0	224	89,5
14	181	96,0	219	91,9
15	178	95,9	187	89,0
16	193	90,2	218	92,1
17	188	98,0	189	94,6
18	169	97,6	163	92,8
19	156	102,1	172	97,7

Fonte: (LI et al., 2006 apud TEIXEIRA, 2008).

Tabela 10 – Pontos de corte para estimar excesso de peso na população adulta baseados na medida da cintura abdominal (cm) de acordo com o sexo

	Medida da Cintura Abdominal (cm)	
Categoria	Masculino	Feminino
Normal	< 94	< 80
Moderadamente elevado	94 – 101,9	80 – 87,9
Elevado	≥ 102	≥ 88

Fonte: Adaptado de Sarno e Monteiro (2007) apud National Institutes of Health (1998).

De acordo com a prevalência das situações de risco nutricional encontradas, podem ser colhidas na escola amostras de sangue para aferição de parâmetros laboratoriais, em especial dosagens de colesterol total e frações, glicemia de jejum e triglicérides (TEIXEIRA, 2008).

Para avaliação do estado nutricional e diagnóstico nutricional de baixo peso e obesidade, deve-se calcular o IMC conforme descrito anteriormente. A partir do valor obtido, deve-se compará-lo com a referência por meio das tabelas de percentil de IMC por idade e sexo (ver tabelas de crianças e adolescentes e adultos, acima e abaixo).

Tabela 11 – Interpretação do Índice de Massa Corporal para adultos de ambos os sexos¹⁰

Categoria	IMC
Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Peso normal (saudável)	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9
Obesidade Grau III	40,0 e acima

Tabela 12 – Aferição do IMC em crianças e adolescentes, de 10 a 19 anos, de ambos os sexos, com base no percentil

Idade	Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Feminino					Idade	Percentil de IMC por Idade Adolescente Sexo Masculino				
	5	15	50	85	95		5	15	50	85	95
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20	10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59	11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,70
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95	12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07	13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97	14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51	15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10	16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72	17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22	18	17,54	18,89	21,45	25,95	30,02
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72	19	17,80	19,20	21,86	26,63	30,66

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde: Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 2004g.

5.6.9 Utilizando os resultados da avaliação nutricional

A realização e avaliação das medidas antropométricas, o cálculo do IMC, a aplicação do questionário, enfim, as atividades operacionais que fazem parte da avaliação nutricional não devem significar um fim em si mesmo. Devem ser entendidas como parte de um processo, onde o objetivo maior é promover ações de educação em saúde e prevenção de adoecimento, além de acompanhamento clínico e nutricional aos grupos de maior risco.

O Ministério da Saúde recomenda que é primordial desenvolver uma “atitude de vigilância”.

A ‘atitude de vigilância’ é ter um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do curso da vida, usando a informação rotineiramente para subsidiar as programações locais e as instâncias superiores,

¹⁰ Em relação aos idosos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004h) sugere pontos de corte de IMC diferentes dos propostos para os adultos, principalmente quanto ao sobrepeso – definindo neste grupo como IMC > 27.

repensando a prática do serviço de saúde qualificando a assistência prestada aos indivíduos que diariamente estão à procura de atendimento. (BRASIL, 2004g).

Como já foi mencionado, a escola tem papel importante na formação de diversos valores e comportamentos, entre estes, os que dizem respeito aos hábitos alimentares. É um ambiente propício para adquirir novos conhecimentos e habilidades, por meio da troca de informações e experiências e em contato com diferentes culturas.

A equipe de Saúde da Família deve promover ações educativas em parceria com os profissionais da educação, de forma participativa, envolvendo atividades lúdicas, fazendo hortas, estimulando brincadeiras, muitas vezes já esquecidas na sociedade contemporânea como brincar de pique, pular corda, pular amarelinha, e danças folclóricas regionais. Para tanto, pode utilizar, além do espaço escolar, as praças e outros espaços públicos.

Em relação aos adolescentes, vale atentar que eles vivem um período de desenvolvimento onde o seu crescimento é acelerado e variável entre os meninos e as meninas.

As adolescentes influenciadas pelos padrões estéticos vigentes na sociedade buscam emagrecer e muitas vezes se utilizam de dietas “milagrosas” que não atendem às suas necessidades nutricionais, podendo levar a transtornos alimentares, como a bulimia e a anorexia. Por outro lado, os adolescentes buscam ganhar mais massa muscular e podem utilizar as conhecidas “bombas”, que sob o rótulo de suplementos nutricionais trazem prejuízos à saúde.

A equipe de saúde deve ter disponibilidade, flexibilidade e sensibilidade para acolher as necessidades de cada aluno, respeitando a fase da vida, seus valores e hábitos de vida.

É de grande importância envolver os professores, pais e alunos, em especial os adolescentes, no planejamento e na operacionalização das ações de saúde, em especial aquelas de educação em saúde. Na promoção delas, deve ser lembrado que as mudanças e opções sugeridas devem ser passíveis de serem incorporadas à realidade social e da vida cotidiana, tanto individual como da família e da escola.

5.6.9.1 A Avaliação nutricional e os profissionais da equipe de Saúde da Família

Para aumentar a capacitação, planejar e desenvolver as ações de avaliação nutricional e de educação de saúde nas escolas, os profissionais da equipe podem utilizar materiais educativos e de apoio, produzidos, entre outros, pelo próprio Ministério da Saúde, como o Caderno de Atenção Básica sobre Obesidade (BRASIL, 2006c), o Guia Alimentar para a População Brasileira e o Guia de Alimentos Regionais Brasileiros. Essas e outras publicações estão disponíveis no site www.saude.gov.br/alimentacao.

Entre as ações da equipe como um todo, cabe destacar:

- Planejamento e avaliação das ações a serem desenvolvidas no ambiente escolar, por meio de reuniões periódicas da equipe;
- Articular atores sociais locais (escolas, produtores agrícolas, comércio), com vistas à integração de saúde escolar;
- Conhecer e estimular a produção e consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- Promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas na escola e/ou na comunidade;
- Promover a orientação para o uso da rotulagem nutricional (composição e valor calórico) como instrumento de seleção de alimentos.

5.6.9.2 Atribuições específicas dos diversos profissionais das equipes

- Médico, enfermeiro e odontólogo: participar ativamente do planejamento e execução do processo de avaliação nutricional nas escolas e das atividades educativas; realizar ações de promoção de saúde alimentar e trabalhos com grupos no ambiente escolar, dirigidos aos alunos, professores, funcionários e pais dos alunos; estudar, elaborar e/ou divulgar material educativo sobre obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares e estilos de vida, mudanças de comportamento, entre outros; aferir dados antropométricos de peso e altura, avaliar o IMC dos escolares. Nesse processo, identificar casos de maior risco à saúde e realizar consulta clínica em ambulatório e/ou domicílios e, quando for necessário, com o apoio de outros profissionais; participar e coordenar atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.
- Auxiliar de enfermagem: estimular a participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade; participar da realização das ações de promoção de saúde nas escolas; aferir os dados antropométricos de peso e altura; identificar com os agentes comunitários de saúde (ACS) famílias dos alunos em risco nutricional; participar das atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço; e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.
- Agente comunitário de saúde: estimular a participação e sensibilizar a comunidade para as ações de saúde escolar; participar das ações de promoção de saúde, orientação de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, em conjunto com os demais profissionais da equipe; identificar, com os auxiliares de enfermagem (ACS), famílias dos alunos em risco nutricional; contribuir para a identificação de estratégias para melhoria do estado nutricional nas escolas e nas famílias dos alunos; participar das atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma da coparticipação,

acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço; e participar das reuniões de equipe de planejamento e avaliação.

- Equipe do NASE: estimular e oferecer apoio para o desenvolvimento das ações de saúde escolar, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes básicas; e participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

5.7 AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

5.7.1 Por que fazer?

A avaliação de saúde bucal permite a identificação das necessidades de saúde bucal dos escolares, possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

A avaliação da saúde bucal de escolares tem sido uma clássica prioridade em odontologia em função da presença de alguns fatores relevantes (PINTO, 2000; VASCONCELOS et al., 2001):

- Aparecimento gradativo da dentição permanente;
- Menor capacidade de resistência do esmalte dos dentes ao ataque dos agentes causadores da cárie;
- Resultados favoráveis alcançados com a aplicação de medidas preventivas de caráter coletivo;
- Presença da maioria das crianças e adolescentes nas escolas de Ensino Fundamental e Médio, as quais proporcionam facilidades de atendimento e ambiente propício à absorção de novos conhecimentos, como os conteúdos de educação em saúde;
- Possibilidade de reforçar e repetir os conhecimentos e hábitos aprendidos, uma vez que a motivação deve ser atitude constante para que os hábitos de higiene sejam incorporados;
- Os profissionais da educação, em função de seus conhecimentos em técnicas metodológicas e de seu relacionamento psicológico com os escolares, podem estar envolvidos, influenciando favoravelmente na construção de hábitos de vida saudáveis.

A escola tem grande influência sobre a saúde dos escolares. Por isso, há muitos anos existem programas de saúde bucal sendo desenvolvidos em escolas (NADANOVSKY, 2000). A priorização dos escolares permitiu o controle da cárie na maioria dos países onde isso ocorreu. Isso porque os pais e professores são os aliados dos profissionais de saúde para que os escolares tenham hábitos saudáveis.

As ações desenvolvidas visam a ordenação da cobertura populacional, centrada na lógica da detecção precoce das lesões e no tratamento oportuno, impedindo o agravamento das lesões. Em paralelo, programas preventivos e educativos fornecem apoio ao estimular a mudança de hábitos de saúde (PINTO, 2000).

5.7.2 Como fazer?

O papel da equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal é fundamental na avaliação do estado de saúde bucal e realização das intervenções necessárias. O tratamento clínico fica a

cargo de cirurgiões-dentistas e THDs (técnicos em higiene dental), estes com supervisão do cirurgião-dentista. As ações coletivas de saúde bucal devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD (técnico em higiene dental), pelo ACD (atendente de consultório dentário) e pelo ACS (agente comunitário de saúde), sendo da competência do cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação dessas ações (VASCONCELOS, 2001). A abordagem preventiva e de promoção de saúde envolve também os demais profissionais da equipe de Saúde da Família. Um papel fundamental a ser desenvolvido por todos é o de “advocacia da saúde”, em que os profissionais da equipe agem influenciando decisões e ações dos dirigentes das escolas, para que se tomem decisões políticas que melhorem a saúde dos escolares (SHEIHAM; MOYSÉS, 2000) (ver tabela abaixo).

Tabela 13 – Ações em saúde bucal e responsáveis dentro da ESF

O que fazer?	Como fazer?	Equipe
Levantamento das necessidades de saúde bucal	Contato com os dirigentes da escola, para agendamento dos exames	Cirurgião-dentista, com apoio do ACS
	Levantamento das condições de saúde bucal de acordo com os índices e critérios propostos pela OMS ¹¹ : - Anormalidades dentofaciais (índice de má-oclusão) - Índice de estética dental (análise da dentição, espaço e oclusão) - Fluorose dentária - Cárie dentária e necessidade de tratamento - Doença periodontal: índice periodontal comunitário (para escolares acima de 12 anos)	Cirurgião-dentista, com apoio do THD, do ACD e do ACS
Tratamento e monitoramento das necessidades de saúde bucal identificadas	Agendamento para a realização das intervenções necessárias, de acordo com capacidade clínica instalada da rede de serviços de saúde bucal ¹²	Cirurgião-dentista, com apoio do THD
	Higiene bucal supervisionada semanal (fio dental + escovação) ¹³	THD, com apoio do ACD
	Bochecho fluorado semanal (solução de fluoreto de sódio a 0,2%) ¹⁴	THD, com apoio do ACD
	Evidenciação de placa bacteriana	THD, com apoio do ACD
Inserção de ações de promoção da saúde no projeto político-pedagógico das escolas	Participação nas reuniões de planejamento escolar para pactuar a realização de atividades de saúde bucal	Cirurgião-dentista e THD

continua...

¹¹ Consultar o Manual do Examinador do Projeto SB2000 (BRASIL, 2001).

¹² O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes (BRASIL, 2004g).

¹³ Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações (BRASIL, 2004g).

¹⁴ Para instituir os bochechos, deve-se levar em consideração a situação epidemiológica (risco) de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada (BRASIL, 2004g).

continuação

O que fazer?	Como fazer?	Equipe
Incorporação de temas relevantes à saúde bucal como parte dos projetos pedagógicos de modo a garantir a realização, durante o ano letivo, de atividades pedagógicas previstas no plano de trabalho da escola, sobre temas referentes à saúde, envolvendo a comunidade escolar (pais, famílias, professores)	Elaboração e produção de material didático-pedagógico abordando temas de saúde, contemplando os seguintes temas de saúde bucal: <u>A boca e os dentes:</u> - Noções gerais sobre a anatomia da boca - Os dentes: funções, partes, diferenças morfológicas, dentição decídua e dentição permanente <u>Medidas preventivas:</u> - Importância da prevenção para a manutenção da saúde bucal - Técnica de higiene bucal: escovação e uso do fio dental - Flúor: importância como método preventivo e os riscos de fluorose <u>Placa bacteriana, cárie e doença periodontal:</u> - Conceito de placa bacteriana, cárie e doença periodontal - Evolução das lesões de cárie - Caracterização da cárie como doença - Relacionar saúde geral e saúde bucal <u>Hábitos saudáveis:</u> - Importância da alimentação saudável para a manutenção da saúde geral e da saúde bucal - Controle da ingestão de alimentos cariogênicos - Controle do uso de tabaco, álcool e outras drogas	Médico, enfermeiro e cirurgião-dentista
	Capacitação dos professores para trabalharem os temas de saúde bucal com os escolares	Cirurgião-dentista com apoio do THD
	Planejamento e desenvolvimento das atividades de educação em saúde bucal, abordando os temas propostos anteriormente, por meio de: debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios	Cirurgião-dentista, THD, ACD, ACS e professores
	Capacitação de líderes estudantis para serem multiplicadores dos temas de saúde bucal	Cirurgião-dentista com apoio do THD
Desenvolvimento de política de ambiente saudável nas escolas	Assegurar a oferta de alimentos saudáveis nas cantinas escolares	Médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e odontologia, auxiliar de enfermagem, ACS
	Propor política de restrição ao uso de tabaco, álcool e outras drogas no ambiente escolar	

6 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

6.1 ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

- Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica, particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros dessa equipe;
- Conhecer as diretrizes técnicas e ações do programa saúde na escola, estabelecidas pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm;
- Conhecer o Projeto Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE), quando houver;
- Estabelecer em parceria com os profissionais da educação estratégias comuns de operacionalização do Programa Saúde na Escola, considerando nesse planejamento as diretrizes e os princípios preconizados pela Política Nacional da Atenção Básica e o Projeto Político Pedagógico das escolas;
- Contribuir no debate para a inserção transversal dos temas da saúde no currículo escolar;
- Participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas;
- Participar do processo de educação permanente em saúde;
- Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos de escolares mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe;
- Orientar sobre a necessidade de realização das vacinas conforme estabelecido neste Caderno, quando indicadas;
- Realizar triagem da acuidade visual de escolares de acordo com a Tabela de Snellen, conforme preconizado neste Caderno. Os escolares cujas alterações na acuidade visual forem constatadas pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser encaminhados para o médico da equipe de Saúde da Família;
- Realizar ações de promoção de saúde alimentar e trabalhos com grupos no ambiente escolar, dirigidos aos alunos, professores, funcionários e pais dos alunos;
- Desenvolver ações que abordem temas como a obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares e estilos de vida, mudanças de comportamento e cuidados em relação à higiene bucal;
- Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis, que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas ou ilícitas, o estímulo às atividades físicas

e esportivas, o acesso à água tratada e potável, medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora, que permitam acesso adequado a escolares deficientes e a segurança dos escolares, entre outros;

- Identificar as famílias de escolares que estejam inseridas no Programa Bolsa-Família, bem como acompanhar suas condicionalidades, de forma articulada com o setor Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social.

6.2 ATRIBUIÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- Acompanhar os demais profissionais da equipe de Saúde da Família nas atividades e ações direcionadas aos escolares;
- Ser articulador da comunidade junto às instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, visando a sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população escolar;
- Contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares quando necessário;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

6.3 ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Realizar aferição da pressão arterial dos escolares conforme preconizado neste Caderno e encaminhar ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Realizar aplicação da dose vacinal conforme esquema estabelecido neste Caderno;
- Aferir dados antropométricos de peso e altura dos escolares e repassar essas informações para o planejamento da equipe;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB.

6.4 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Realizar avaliação clínica e psicossocial conforme preconizado neste Caderno;
- Realizar aferição da pressão arterial dos escolares conforme preconizado neste Caderno e encaminhar ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;
- Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos adversos vacinais;
- Aferir dados antropométricos de peso e altura, avaliar o IMC de alunos, professores, funcionários;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB.

6.5 ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

- Realizar avaliação clínica e psicossocial conforme preconizado neste Caderno e indicar exames complementares quando necessário;
- Encaminhar para o médico oftalmologista os escolares com alterações da acuidade visual detectadas em avaliação médica pessoal ou nas realizadas pelos demais profissionais da equipe e pelos professores, nesse último caso, conforme preconizado no Projeto Olhar Brasil;
- Realizar aferição da pressão arterial dos escolares conforme preconizado neste Caderno, iniciar investigação de hipertensão arterial secundária e encaminhar para o serviço de referência, quando necessário;
- Monitorar e orientar diante de efeitos adversos vacinais;
- Indicar os imunobiológicos especiais para situações específicas;
- Realizar avaliação da acuidade auditiva dos escolares e, quando necessário, solicitar exames complementares;
- Encaminhar os escolares com alterações na acuidade auditiva para serviço de referência, para continuidade da investigação diagnóstica e/ou serviço de reabilitação;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB.

6.6 ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO/ TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL

- Realizar ações de apoio conforme preconizado neste Caderno e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal, disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/tecnico_higiene_dental_auxilia_cons_dent_final.pdf;
- Identificar as necessidades dos escolares em saúde bucal, bem como o tratamento e monitoramento das condições que exijam intervenção, sob supervisão do cirurgião-dentista;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB.

6.7 ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA

- Realizar avaliação clínica conforme preconizado neste Caderno e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal, disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf;
- Identificar as necessidades dos escolares em saúde bucal, bem como o tratamento e monitoramento das condições que exijam intervenção, conforme preconizado neste Caderno e no Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB.

6.8 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

- Apoiar os profissionais das equipes de Saúde da Família a exercerem a coordenação do cuidado do escolar em todas as ações previstas para o PSE;
- Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes;
- Realizar com as equipes de Saúde da Família discussões e condutas terapêuticas integrativas e complementares;
- Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde;
- Identificar e articular juntamente com as equipes de Saúde da Família e professores uma rede de proteção social com foco nos escolares;
- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de Saúde da Família a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e potencialidades;
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas na Portaria/GM nº 154, que cria os NASF.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, S. J. Alimentación e Nutrición. In: SINTES, R. A. (Org.). *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 2001. v. 1, p. 106-146.

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad. Saúde Públ.*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 1020-1228, 2004.

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 91-96, 2005.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 319-322, 2003.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. *Guidelines for Health Supervision III*. 3 ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997.

_____. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000: Position Statement. *Pediatrics*, [S.l.], v. 106, p. 798, 2000.

AZEVEDO, E. Alimentação e modos de vida saudável. *Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional*, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 31-36, maio/ago. 2004.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BASTOS, J. R. M.; RAMIRES, I.; AQUILANTE, A. G. *Antropologia Cultural: Cultura, instinto e saúde*. 2002. Monografia (Graduação) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2002.

BAXTER, N. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer?. *CMAJ*, v. 164, n. 13, p. 1837-1846, 2001.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRON, T. *Epidemiologia Básica*. São Paulo: Santos, 1996.

BLANK, D. A Puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J. Pediatria*, São Paulo, v. 79, p. S13-S22, 2003. Suplemento 1.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 1996.

_____. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Normativa Interministerial MEC/MS nº 15, de 24 de abril de 2007. Institui o Projeto Olhar Brasil. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. I Consenso latino-americano em obesidade. In: CONVENÇÃO LATINO-AMERICANA PARA CONSENSO EM OBESIDADE, I. 1998, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 1998a.

_____. Ministério da Saúde. *Agita Brasil: guia para agentes multiplicadores*. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. *Análise da estratégia global para alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde*, [S.l.], v. 1, p. 51-54, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro. *Promoção da Saúde*, [S.l.], v. 1, p. 40-42, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Escola Promotora da Saúde. *Promoção da Saúde*, [S.l.], v. 1, p. 26-27, 1999c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jan. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 1999d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2004b.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Programa Saúde na Escola*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 48, de 28 de julho de 2004. Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretária de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 out. 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Recomendações de Adelaide. *Promoção da Saúde*, [S.l.], v. 1, p. 36-39, 1999e.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Criança*: acompanhamento do desenvolvimento infantil. Brasília, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11).

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família*: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *O Guia Alimentar para a População Brasileira*: Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília, 2006b. 210 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 587, de 7 de setembro de 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 de set. 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 589, de 8 de outubro de 2004. Exclui a classificação de código 083 (reabilitação auditiva), do serviço/classificação de código 018 (reabilitação), da tabela de serviço/classificação do SIA/SUS. Exclui, da tabela de procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos relacionados no Anexo I desta Portaria. Exclui da tabela de motivo de cobrança da APAC do SIA/SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 out. 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde de Adolescente e Jovem. *Caderneta de Saúde do Adolescente*. Brasília, 2009a. No prelo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Caderneta de Saúde da Criança*. Brasil, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Caderneta de Saúde da Criança*. Brasil, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade/Ministério da Saúde*. Brasília, 2006c. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000*: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*: Portaria nº 687 MS/GM, de 30/3/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos*: 2008-2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. *Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN*: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 2004h.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007b.

_____. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jan. 1998b.

BRESLOW, L. From disease prevention to health promotion. *JAMA*, [S.l.], v. 281, n. 11, p. 1.030-1.033, 1999.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, P. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. *R. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 183-190, abr./jun. 2007.

CAMPOS-OUTCALT, D. The preteen visit: An opportunity for prevention. *The Journal of Family Practice*, [S.l.], v. 55, p. 1054-1056, 2006.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Publ.*, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARTA de Ottawa para a promoção da saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE OTTAWA, 1., 1986, Canadá. *Anais eletrônicos...* Canadá, 1986. Disponível em: <<http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2008

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. In: BARATA, R. B. *Saúde e movimento: Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.

CASTRO, I. R. R. Perfil nutricional dos alunos da rede municipal de educação da cidade do Rio de Janeiro. In: SIMPÓSIO OBESIDADE E ANEMIA CARENCIAL NA ADOLESCÊNCIA, 2000, Salvador. *Anais...* São Paulo: Instituto Danone, 2000. p. 232. Resumo.

CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) 1988-1994. 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/products/elec_prods/subject/nhanes3.htm>. Acesso em: set. 2008.

COLE, T. J. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, [S.l.], 2000, v. 320, p. 1240-1243.

COMITEE ON CHILDREN WITH HANDICAPS (APA). *O médico e a criança surda*. [S.l.: s.n.], 1973.

CONSENSO EUROPEU EM TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL. *Declaração do Consenso Europeu em Triagem Auditiva Neonatal*. 1998. Disponível em:

<<http://www.gatanu.org/tan/europa.php>>. Acesso em: jun. 2009.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2007, Brasília. *Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* – ONU. Brasília, 2007. Tradução Oficial ONU/Brasil.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DECLARAÇÃO de Adelaide. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. AUSTRÁLIA, 2., 1988, [S.l.]. *Anais eletrônicos ...* [S.l.], 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

DECLARAÇÃO de Jacarta sobre Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro. Indonésia: [s.n.], 1997. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/declaracao_jacarta.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2008.

DECLARAÇÃO do Conselho Europeu de triagem auditiva neonatal. [S.l.: s.n.], 1998.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: PROGRAMA de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2008.

DUNCAN, P. M. et al. Bright Futures: The Screening Table Recommendations. *Pediatric Annals*, [S.l.], v. 37, p. 3, 2008.

ESCRIVÃO, M. A. M. S. et al. Obesidade exógena na infância e adolescência. *Diagnóstico e Tratamento*, [S.l.], v. 5, p. 39-42, 2000.

ESTADOS UNIDOS. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: Recommendations and Rationale. *Am. J. Prev. Med.* [S.l.], v. 20, n. 3S, p. 90-94, 2001. Disponível em: <www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/chlarr.htm>. Acesso em: 20 ago. 2008.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

GARNER, P.; PANPANICH, R.; LOGAN, S. Is routine growth monitoring effective?: A systematic review of trials. *Arch. Dis. Child*, [S.l.], v. 82, n. 3, p. 197-201, 2000.

GIGANTE, D. et al. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. *Saúde em revista: Segurança Alimentar e Nutricional*, São Paulo, v. 6, n. 13, maio/ago. 2004.

GREEN, M.; PALFREY, J. S. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 2. ed. Arlington: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002. Disponível em: <<http://www.brightfutures.org/bf2/pdf/index.html>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

HALL, D. M. B. Growth monitoring. *Arch. Dis. Child*, [S.l.], v. 82, p. 10-15, 2000.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. *Health care guidelines: Preventive services for children and adolescents*. 2007. Disponível em:

<http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html>. Acesso em: 15 ago. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR. *Promoção do consumo de frutas, legumes e verduras: o programa "5 ao Dia"*. Disponível em: <www.5aodia.com.br>. Acesso em: ago. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003*. 2003. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>>. Acesso em: jun. 2009.

KAVEY, R. W., et al. Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning Childhood. *Circulation*, [S.l.], v. 107, p. 1562-1566, 2003.

KLIEGMAN, R.M. et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18 ed. [S.l.]: Saunders, 2007.

KRAUSS, et al. American Heart Association Scientific Statement-American Heart Association Dietary Guidelines, Revision 2000: A statement for healthcare professionals from the nutrition committee of the American Heart Association. *Circulation*, [S.l.], v. 102, p. 2296-2311, 2000.

LI, C. et al. Recent trends in waist circumference and waist-height ratio among US children and adolescents. *Pediatrics*, [S.l.], v. 118, p. 1390-1398, 2006.

LOBO, P. T.; GARCIA, A. C.; PÉREZ, C. G. Variación de las cifras de tension arterial en una población infantil adscrita a un equipo de atención primaria al aplicar el factor de corrección según el perímetro braquial. *R. Clín. Esp.*, [S.l.], v. 194, p. 906-910, 1994.

MARCONDES, E. et al. *Pediatricia Básica*. 9. ed. [S.l.]: Sarvier, 2005.

MATTHEWS, D. J.; WILSON, P. E. Reabilitação e medicina esportiva. In: HAY, J.R., et al. (Org.). *Pediatricia: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2004. p. 667-679.

McARDLE, et al. *Fisiologia do exercício*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

MELO, M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *R. Port. Clín. Geral*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 289-293, 2007.

MENEGHEL, S. N.; GIULIANI, E. J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cad. Saúde públ.*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 327-335, 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MONTEIRO, C. A. et al. The epidemiologic transition in Brazil. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Obesity and Poverty*. Washington, 2000.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *R. Saúde públ.*, [S.l.], v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

NADANOVSKY, P. *Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais*. In: PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2000. p. 293-310.

NASCIMENTO, S. M., et al. Sobrepeso/Obesidade em Adolescentes de uma Escola Pública do Rio de Janeiro e Morbidade Referida e em Familiares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA, 9., 2008, Fortaleza. *Anais...* Fortaleza, 2008.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics*, [S.l.], v. 114, p. 555-576, 2004.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report. *Obes. Res.*, [S.l.], v. 6, p. 51-209, 1998. Supl. 2.

NUTBEAM, D. The health promoting school: closing the gap between theory and practice. *Health Promotion International*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 151-153, 1992.

NYQUIST, A. C.; LEVIN, M. J.; SIGEL, E. J. Infecções sexualmente transmissíveis. In: HAY, Junior, W. W. (Org.). *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2004. p. 1031-1046.

ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, [S.l.], v. 85, p. 660-667, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Physical status: the use and interpretation of antropometry. In: REPORT of a WHO Expert Committee. Geneva, 1995. p. 368-9. (Technical Report Series, n. 854).

_____. *Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*. Ontario, Ca.: Health and Welfare Canada, 1986; Geneva: World Health Organization, 1986.

_____. Regional Office for Europe. *Regional guidelines: development of health-promoting schools: a framework for action*. Manila, 1996.

_____. *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva, 2006. 332 p. WHO (nonserial publication).

PARSONS, C.; STEARNS, D.; THOMAS, C. The health promoting school in Europe: conceptualizing and evaluating the change. *Health Education Journal*, [S.l.], v. 55, p. 311-321, 1996.

PEDROSA, J. I. S. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: OPAS: Hucitec, 2006. p. 77-95.

PINTO, V. G. Programação em saúde bucal. In: PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2000. p. 99-137.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 12.045 de 7 de junho de 2006. *Diário da República*, [S.l.], n. 110, 7 jun. 2006. Programa Nacional de Saúde Escolar.

PROCEDURES for the growth screening program for Pennsylvania's school-age population. In: GUIDELINES for preventive activities in general practice. 6th. ed. [S.l.]: Royal College of General Practitioners, 2005.

RAMOS, A. M. P. P.; BARROS FILHO, A. A. Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais. *Arq. bras Endocrinol. Metab.* [S.l.], v. 47, n. 6, p. 663-668, 2003.

REPORT of the 2nd Task Force on Blood Pressure Control in Children. *Pediatrics*, [S.l.], v. 79, p. 1-25, 1987.

RODRIGUES, E. C. et al. Levantamento de condições de saúde de alunos dos estabelecimentos de ensino primário da Secretaria dos Negócios da Educação do Governo do Estado, no município de São Paulo Brasil. *R. Saúde Públ.*, [S.l.], v. 6, p. 343-359, 1972.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M.; SILVA, L. E. V. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatrics*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 112-116, 1999.

SANKARANARAYANAN, R.; BUDUKH, A. M.; RAJKUMAR, R. Effective screening programmes for cervical cancer in low-and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ*, [S.l.], v. 79, n. 10, p. 954-962, 2001.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. *R. Nutr.* [S.l.], v. 18, n. 5, p. 681-92, 2005.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *R. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2008.

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCHI, Y. P. *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 23-37.

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad. Saúde públ.*, [S.l.], 2008, v.24, p. s209-s223. Suplemento 2.

SILVA, M. A. M. et al. Medida da pressão arterial em crianças e adolescentes. *Arq. Bras. Cardiol.*, [S.l.], v. 88, p. 491-495, 2007.

SILVEIRA, G. T.; PEREIRA, I. M. T. B. Escolas Promotoras de Saúde ou Escolas Promotoras de Aprendizagem/Educação? In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Promoção de Saúde ou a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 119-33.

SINHA, M. D.; REID, C. J. D. Evaluation of blood pressure in children. *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens*, [S.l.], v. 16, p. 577-584, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Diretrizes Básicas em Saúde Escolar*: Documento Científico do Departamento de Saúde Escolar. [200-?]a. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_diretrizes_saude.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2008.

_____. MANUAL de follow up recém-nascido de alto risco. [200-?]b Disponível em: <http://www.sbp.com.br/follow_up/aval_visao.html>. Acesso em: ago. 2008.

_____. *Manual Prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria*. [S.l.: s.n, 200-?].

SPEER, J.; FELMAR, A. Nutricion and Family Medicine. In: ROBERT, R. (Org.). *Textbook of family medicine*. 8th. ed. Estados Unidos: Saunders, 2002. p. 1107-1158.

STEWART-BROWN, S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*: WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde públ.*, [S.l.], v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

_____.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 7, n. 2, 1998.

TEIXEIRA, R. J. Obesidade e Síndrome Metabólica na Infância e Adolescência. In: PROGRAMA de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. I. ed. Porto Alegre, RS: Artmed: Panamericana, 2008. Ciclo 3, módulo 3. No prelo.

_____.; SIMÃO, S. Insulin Resistance Syndrome Including Obesity, Premature Pubarche and Polycystic Ovary Syndrome. In: FLAMENBAUM, R. K. (Ed.). *Childhood Obesity and Health Research*. [S.l.]: Nova Science Publishers, 2006. p. 1-36.

TERRES, N. G. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. *R. Saúde públ.*, [S.l.], v. 40, p. 627-633, 2006.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Estadual de Educação e Cultura. *Estudo sobre o processo de gestão integrada da Estratégia Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins*. [S.l.: s.n.], 2006.

ROCHA, D. G. et al. Revelando a trilha. In: _____. (Org.). *Diversidade e Equidade no SUS: parceria universidade e educação popular*. Goiânia: Cânone Editorial, 2008. p. 17-43.

VALLE, J. M. N.; EUCLYDES, M. P. Formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *R. Aten. Prim. Saúde*, [S.l.], v. 10, n. 1, jan./jun. 2007.

VASCONCELOS, R. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. *PGR-Pós-Grad R. Fac. Odontol.*, São José dos Campos, v. 4, p. 43-51, 2001.

VASCONCELOS, V. L.; SILVA, G. A. P. Prevalências de sobrepeso e obesidade em adolescentes masculinos, no Nordeste do Brasil, 1980-2000. *Cad. Saúde públ.*, [S.l.], v. 10, p. 445-451, 2003.

VIEIRA, A. B. C. et al. O diagnóstico da perda auditiva na infância. *Pediatrics*, São Paulo, v. 29, p. 43-49, 2007.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brasil, China and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, [S.l.], v. 75, p. 971-977, 2002.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

YUNES, J. Características sócio-econômicas da mortalidade infantil em São Paulo. *Pediatrics*, [S.l.], v. 5, p. 162-168, 1983.

ANEXOS

ANEXO A – CAMINHOS DE CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

Com frequência, gestores e trabalhadores se colocam diante do seguinte questionamento: se já é tão complicado trabalhar adequadamente com os próprios setores internos da saúde, como conseguirei fazer parcerias “de verdade” com outros setores da sociedade?

Este Caderno não tem por objetivo apontar nenhuma solução pré-formulada e eficaz para essa questão. No entanto, oferta-se um caminho de busca, assentado em algumas experiências desenvolvidas que tornaram a tão temida intersectorialidade uma possibilidade a ser de fato considerada no trabalho em saúde.

Com o objetivo da construção da intersectorialidade das ações, sugerem-se alguns passos que podem ser seguidos, porém não entendidos como uma cronologia de tarefas.

1 Compreender a realidade local

- Para se trabalhar de forma intersectorial, é preciso ter uma cartografia da realidade da comunidade escolar que estamos abordando. Quais são as necessidades daquele grupo? Qual o principal problema? Quais os principais riscos aos quais os estudantes são submetidos? Quais os recursos que podem ser acionados?
- Para responder a essas questões, várias estratégias podem ser utilizadas. É sem dúvida importante proceder a uma análise epidemiológica, com base nos principais indicadores de saúde referentes a esse grupo, como: indicadores de mortalidade (SIM), principais causas de internação hospitalar (SIH), informações sobre gravidez na adolescência (SISPRENATAL), indicadores alimentares (SIAB e SISVAN), entre outros.
- A análise desses indicadores fornecerá informações importantes sobre a situação de saúde dessa comunidade, mas não são por si só suficientes ou únicos para definição das linhas de ação. Os sistemas de informação do SUS podem não ser suficientes para identificar questões de cunho comportamental, psicológicos e sociais. Assim, no diagnóstico situacional, podem ser acrescidos aos indicadores de saúde a análise de outros dados provenientes dos outros setores, como indicadores de desempenho escolar, censos e inquéritos escolares, indicadores sociais, como acompanhamento de condicionalidades de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa-Família, entre outros. Outro bom caminho é ouvir o que a comunidade tem a dizer. Para tal, estratégias como a realização de grupos focais ou a realização de oficinas podem ser alternativas interessantes.

2 Identificar os parceiros

- Uma vez delineada a cartografia das principais necessidades da comunidade escolar, é importante definir quais os principais parceiros a serem contatados e abrir junto a eles uma rede de conversas.

- Essa etapa pode anteceder a construção da cartografia, possibilitando que os atores trabalhem de forma conjunta ainda na produção do diagnóstico da realidade local. No entanto a identificação de necessidades pode apontar para quais parceiros deverão ser acionados. Além das Secretarias de Educação e das Secretarias de Saúde, são potenciais parceiros as Secretarias de Cultura, de Assistência social, de Meio Ambiente, de Justiça, Conselhos Tutelares, entre outros órgãos governamentais e sua grande variedade de programas, como o Programa Sentinelas de abordagem à violência e maus-tratos na infância, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), programas que trabalhem a inclusão de portadores de deficiência, programas que propiciem a inclusão digital dos estudantes, entre outros. A sociedade civil organizada também é importante parceira, onde podem ser destacadas as instâncias de controle social da saúde e educação, via Conselhos Locais, Municipais e Estaduais de Saúde ou de Educação, o trabalho articulado junto às organizações não governamentais (ONGs), pastorais e representantes de entidades religiosas e beneficentes, entre outros.

3 Definir tarefas

- Para que as parcerias resultem em sucesso, é importante que cada ator envolvido tenha ciência da relevância das questões que estão sendo enfrentadas e da clareza de seu papel no projeto. Muitas vezes o desapontamento surge de parcerias mal feitas, onde apenas um ente assume a totalidade das responsabilidades. É importante tornar claro, seja por meio da rede de conversas, projetos escritos, seja até mesmo mediante a assinatura ou termos de parcerias, o que cada um deve desempenhar para o bom andamento do projeto.

- Para isso há que se ter maturidade para compreender que alguns setores contribuirão de forma mais intensa que outros e que isso estará relacionado à capacidade técnica, financeira e organizacional, bem como ao acúmulo histórico de cada um. No entanto, se as responsabilidades forem definidas de forma clara, pode-se atuar de forma a abordar os possíveis impasses e dificuldades que surgirem no transcorrer do desenvolvimento da ação.

- Adicionalmente, pode-se prevenir o desapontamento com as parcerias. É melhor um parceiro que de forma clara se compromete com pouco que um outro que assume de forma vaga responsabilidades que nunca vai cumprir.

- Também é de grande importância considerar a carga de trabalho dos profissionais com os quais se conta (professores, profissionais de saúde), de forma que possamos sugerir ações que venham a ser vistas como uma oferta para a organização do processo de trabalhos dessas equipes, ou seja, um recurso, e não um fardo.

4 Definir indicadores de acompanhamento

- Por fim, para possibilitar a avaliação do impacto das ações desenvolvidas, sugere-se que sejam adotados indicadores de acompanhamento que contemplem a interseção das ações. Estes devem possibilitar a avaliação das ações voltadas às necessidades que serão objeto das ações intersetoriais, em concordância com o projeto político-pedagógico da escola e com o planejamento das equipes de Saúde da Família.

ANEXO B – GINCANA DE TALENTOS

Como opções para se trabalhar a educação em saúde e reforçar a integração entre os profissionais da saúde e da educação, podem ser utilizadas diversas estratégias. A realização de uma “gincana de talentos” pode ser uma ferramenta metodológica interessante para abordar a promoção da saúde escolar utilizando elementos artísticos, culturais e lúdicos, em consonância com o projeto político-pedagógico da escola e com o planejamento da equipe de Saúde da Família, sobretudo nos períodos do seu processo de trabalho destinados à realização de grupos ou atividades comunitárias.

Para tal, é interessante que haja planejamento conjunto entre os profissionais da saúde e da educação, estabelecendo metas e objetivos terapêuticos e educacionais a serem alcançados com a realização da gincana e os temas a serem abordados. Também é importante identificar lideranças juvenis, para que sejam monitores e colaboradores do processo de construção da gincana, levando em conta as necessidades demandadas pelos estudantes, suas preferências artísticas, culturais e as prioridades de temas para cada faixa etária específica.

As etapas a seguir constituem apenas um modelo que os profissionais facilitadores podem se basear para trabalhar suas próprias prioridades e necessidades, de maneira livre, coletiva e construtiva. Assim sendo, a ordem e o cronograma das etapas, a supressão ou acréscimo delas e o desenvolvimento da gincana, a logística envolvida, a divulgação, a organização, se haverá mecanismo de pontuação ou premiação e outros aspectos, são extremamente variáveis em função da realidade local.

ETAPAS SUGERIDAS

1 Talento esportivo

Nesta fase pode haver a apresentação inicial das equipes de estudantes e dos facilitadores e animação, dinâmicas de aquecimento, entrosamento etc. Interessante escolher práticas esportivas ou lúdicas que respeitem o gosto dos estudantes ou que se estimulem práticas e jogos considerados saudáveis e lúdicos. Ao final podem ser fornecidas informações para as próximas etapas ou missões.

Objetivos esperados: estimular a participação em atividades de recreação e atividade física, trabalho em equipe, dinâmicas grupais focadas na cooperação mútua.

2 Talento musical

Nesta fase as equipes podem apresentar uma forma de expressão musical entre composição de letra de música e/ou melodia e criação de paródia musical, conforme explicado na etapa anterior. Interessante se houver uma comissão julgadora composta por músicos amadores ou profissionais, professores de música ou até mesmo por estudantes. Podem ser fornecidos textos para estudo preparatório para a próxima etapa.

Objetivos esperados: estimular a improvisação livre, permitir a autoexpressão, incentivar a liberdade de expressão, criatividade e capacidade lúdica, desenvolver a capacidade de intimidade interpessoal, aprimorar qualidades perceptivas e cognitivas.

3 Talento saudável

- Nesta fase as equipes podem fazer uma visita monitorada à Unidade Básica de Saúde na qual se situa a equipe de Saúde da Família, onde serão apresentadas aos serviços que a unidade de saúde oferece e, após isso, podem assistir a uma palestra com tema sobre saúde a ser definido, como “alimentação saudável”, “sexualidade”, “prevenção de álcool e drogas” ou participar de alguma atividade comunitária. Se realizada palestra, pode haver jogo de perguntas e respostas, cujo conteúdo seja o tema ministrado, além de outros temas escolhidos. Ao final podem ser fornecidas peças teatrais para a próxima etapa.

Objetivos esperados: abordar aspectos e temas de grande relevância, sobretudo na adolescência, facilitar o acesso aos diversos serviços de saúde, pouco aproveitados por essa faixa etária, estimular a capacidade de concentração e organização em eventos científicos, fomentar a capacidade juvenil de ser artífice e cuidador de sua própria saúde, em trabalho supervisionado por equipe multidisciplinar.

4 Talento teatral

- Nesta etapa sugere-se que cada equipe encene uma peça teatral curta, entre obras escolhidas previamente, ou mesmo que se faça uma livre improvisação ou encenação sobre um tema definido. Podem ser julgados por equipe formada por profissionais ligados à educação e artes. Podem ser orientados para a etapa seguinte, que consiste em entrevistar pessoas da comunidade sobre temas ligados à ecologia e meio ambiente.

Objetivos esperados: estimular a participação coletiva e expressão artística, desenvolver a capacidade de comunicação verbal e não verbal, bem como a estimulação dos sentidos, incentivar o contato precoce com o teatro.

5 Talento ecológico

- Nesta etapa cada equipe apresentará a entrevista realizada a partir do tema proposto. Temas possíveis: aquecimento global; efeito estufa; água; reciclagem de lixo; poluição; vigilância sanitária, biodiversidade, energias renováveis, entre outros. Pode-se sugerir que os entrevistados sejam pessoas ligadas aos assuntos e que entre eles haja pessoas deficientes e idosos também conhecedores desses assuntos. No final da etapa pode ser proposto o próximo tema.

Objetivos esperados: estimular o pensamento crítico e social em temas sobre ecologia e meio ambiente, haver interação e contato com pessoas deficientes e idosos como exercício de entendimento dessas condições específicas.

6 Talento dançante

- Nesta fase as equipes podem apresentar uma modalidade de dança livre, conforme sua escolha. Podem ser julgadas por comissão composta por profissionais da área e convidados. Podem ser fornecidos os subsídios para a próxima etapa.

Objetivos esperados: incentivar a capacidade de expressão corporal e grupal, servindo de base para análise de cultura musical juvenil, desenvolver harmonia e sincronia, estimular a participação de adolescentes com tendência a embotamento psicológico ou isolamento social.

7 Talento cultural

- Nesta etapa sugere-se que as equipes apresentem um jornal escrito, a partir de modelos sugeridos na última etapa ou apresentação dinâmica desses jornais, em forma de improvisação livre ou “telejornal”. Os trabalhos podem ser julgados por profissionais da educação, saúde e jornalistas, se possível.

Objetivos esperados: difundir o hábito de leitura e pesquisa de campo nos meios impressos ou multimídia, avaliar a capacidade de comunicação e interpretação, abordar a importância da literatura como elemento de resiliência.

8 Talento social

- As equipes podem ser orientadas a arrecadar determinadas prendas estabelecidas, como alimentos, fraldas, material escolar ou outras que atendam às necessidades da própria comunidade, podendo ter um mecanismo de pontuação conforme critérios estabelecidos. Após arrecadação, estimula-se que os estudantes possam fazer a distribuição (supervisionada pelos facilitadores) delas para o público-alvo da ação, como exercício de reconhecimento das necessidades sociais da comunidade.

Objetivos esperados: estimular a capacidade de voluntariado, participação social e solidificação da cidadania.

- Ao final sugere-se uma apresentação cultural, a divulgação da equipe campeã ou equipes que mais se destacaram, documentação da obra realizada e apresentação dos resultados para a escola e profissionais da educação, pais e profissionais da saúde e avaliação da gincana. Para tal, podem ser identificados meios locais para valorização das iniciativas e dos destaques, como jornais locais, rádios comunitárias, sites, entre outros.

ANEXO C – CAIXA DE FERRAMENTAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

87

O espaço escolar é um dos espaços estratégicos para produção da saúde num determinado território. No entanto, sabe-se que uma comunidade cria e recria numerosas possibilidades de se encontrar e se organizar para a melhoria da sua qualidade de vida, que precisam ser reconhecidas e valorizadas quando se fala em produzir e promover a saúde de sujeitos e coletivos.

Assim, é importante que as equipes de Saúde da Família envolvam-se nos espaços criados pela comunidade (formais, informais, casuais, circunstanciais) para melhor compreender a dinamicidade da vida naquele território, corresponsabilizar a comunidade nos projetos que são de interesse dela e integrar saberes e práticas em saúde.

O propósito do encontro com a comunidade e com os demais profissionais que trabalham num território de responsabilidade é o diálogo. Por meio dele se conhece melhor a história de constituição daquele território e da comunidade, entendem-se mais os vários interesses, potencialidades e dificuldades que nele estão presentes, bem como é possível elaborar estratégias mais criativas para a solução dos problemas vivenciados pela comunidade.

Diálogo e encontro – pressupõem a ampliação de nossas capacidades de escuta e de considerar respeitosamente a diversidade de olhares, vivências a respeito de uma mesma situação, opiniões e posturas, lembrando que é a pluralidade de papéis e atuações na comunidade que, muitas vezes, viabilizará as soluções locais para as dificuldades identificadas.

Acreditar na capacidade da comunidade que habita o território em que a escola se insere de identificar e potencializar espaços e/ou construir iniciativas promotoras de práticas mais saudáveis e articular redes em defesa da saúde e da qualidade de vida é um pressuposto fundamental no âmbito da promoção da saúde.

Essa caixa de ferramentas é baseada na atitude acima descrita e apresenta uma metodologia de trabalho. Lembrando sempre que: “Métodos [e metodologias] são sugestões de caminhos, roteiros para orientar ações. Não temos uma fórmula, mas um esboço [...]. Forma não é ‘fôrma’, um molde a ser preenchido. Os caminhos são imprevisíveis e a criatividade” é a expressão da autonomia de cada trabalhador e/ou equipe de saúde.

Aqui, propõe-se uma metodologia participativa que pede para conhecermos bem a forma como as relações acontecem em nosso território de responsabilidade, envolvendo estratégias como a problematização, identificação de recursos, planejamento, sistematização e avaliação de ações criadas pelas pessoas e comunidades que vivem aquela realidade.

ORGANIZANDO O PENSAMENTO ¹	
DIAGNÓSTICO	Visão de futuro Oportunidades/barreiras Matriz de participação
PLANO DE AÇÃO LOCAL	Visualizar e priorizar problemas Definir objetivos Estabelecer resultados esperados em cada etapa Identificar recursos disponíveis Definir sequência de atividades e seus indicadores
AVALIAÇÃO DE PROCESSO E RESULTADO	

DIAGNÓSTICO

No diagnóstico lançamos outro olhar para a realidade, buscando conhecê-la melhor, sistematizar as barreiras e as oportunidades para garantir o sucesso de nossas atividades, envolver todos os atores no processo de planejamento e legitimá-lo quanto aos seus objetivos e resultados esperados.

Diagnóstico:

- 1 – Valorize a diversidade de olhares e vivências no território;
- 2 – Identifique: relações e tensões no processo de vinculação com a escola e a comunidade;
- 3 – Identifique: barreiras e oportunidades para o sucesso do trabalho.

Visão de futuro² – nessa técnica, podemos construir relações entre a realidade vivida e a realidade desejada no futuro pela comunidade, identificando que a distância a ser percorrida entre esses dois pontos envolve a responsabilidade de todos e um movimento coletivo na busca e operacionalização de soluções. O futuro coloca-se nas mãos de todos os atores e passa a funcionar como possibilidade concreta de transformação, apresentando com metas e resultados possíveis.

No processo de construção da visão de futuro, também ocorre um movimento de explicitação das diferentes expectativas em relação ao futuro e, dessa forma, pode-se trabalhar na produção de consensos e pactuações.

¹ ESCOLA de todos. Rio de Janeiro: CEDAPS, 2008.

² ESCOLA de todos. Rio de Janeiro: CEDAPS, 2008.

Você pode organizar o trabalho assim:

ATORES ENVOLVIDOS	HOJE	FUTURO
Gestores da escola		
Professores		
Equipe da Saúde da Família		
Famílias		
Alunos		

Barreiras e oportunidades ³ – mais uma vez vamos conversar no grupo com quem estamos trabalhando sobre a realidade de nosso território. É fundamental agregar as diversas perspectivas sobre o contexto em que estamos. Agora que identificamos onde esperamos chegar com o Programa, precisamos saber o que facilita e o que dificulta nosso cotidiano e o alcance dos resultados.

Nossa sugestão é organizar os pensamentos assim:

TEMAS	BARREIRAS	OPORTUNIDADES
Ambiente (relacionamentos, infraestrutura, cultura etc.)		
Articulações entre equipe de saúde e escola		
Articulações com os movimentos sociais		
Políticas públicas presentes no território		

Matriz de participação ⁴ – auxilia-nos a avaliar as pré-condições, recursos, estratégias e oportunidades para a ação intersetorial e integrada. A matriz ajudará, ainda, na construção do plano de ação local. Você pode incluir e/ou modificar as perguntas. O importante é que elas respondam à necessidade de análise crítica dos graus de participação e/ou responsabilidade. Veja nosso exemplo:

³ ESCOLA de todos. Rio de Janeiro: CEDAPS, 2008.

⁴ ESCOLA de todos. Rio de Janeiro: CEDAPS, 2008.

PERGUNTA PARTICIPANTES	Que temas são prioritários para a Saúde na Escola em nosso território?	Que pré-condições (institucionais, materiais, lideranças, articulação etc.) são necessárias para inclusão dos temas no cotidiano do trabalho?	Que oportunidades existem nas políticas públicas para que a escola e a ESF trabalhem de forma integrada e participativa?
Do professor no Plano de Ação Local			
Da equipe de saúde no Plano de Ação Local			
Do aluno no Plano de Ação Local			
Da família no Plano de Ação Local			
De outras políticas públicas no Plano de Ação Local			

RESUMINDO		
Visão de futuro	Contexto desejado	} Plano de ação
Barreiras/oportunidades	Contexto atual	
Matriz de participação	Perspectivas de integração	

PLANO DE AÇÃO LOCAL⁵

Um Plano de Ação Local inicia-se pela problematização do contexto de determinado território e, dando um passo à diante, propõe estratégias e/ou soluções sistematizadas e detalhadas em ações e atividades. Elaborar um Plano de Ação auxilia-nos a visualizar as ações necessárias, responsáveis, prazos e resultados esperados. Assim, ele é uma ferramenta de organização, um mapa de responsabilidades e um instrumento facilitador da comunicação e da produção de consensos.

Bases do Plano de Ação:

- I. Por que fazer = justificativa da eleição de determinado problema e/ou dificuldade para o trabalho. Também envolve justificar a priorização de “pedaços” do problema que serão abordados quando este for demasiado complexo para abordar, por exemplo, as temáticas da violência.

⁵ ESCOLA de todos. Rio de Janeiro: CEDAPS, 2008.

2. O que fazer = objetivos geral e específicos. Lembre-se:
 - a. Objetivo geral – estabelece, de maneira geral e abrangente, as intenções da proposta, sua finalidade. O objetivo geral orienta o desenvolvimento da proposta e surge da identificação de um problema.
 - b. Objetivos específicos – conjunto de eventos ou ações concretas que somadas contribuem para alcançar o objetivo geral.
3. Para quem fazer = população envolvida.
4. Como e quando fazer = metodologia de trabalho e cronograma. São as ações, atividades e os prazos em que elas acontecerão.
5. Quem faz o quê = responsabilidades pelas ações e atividades.
6. Com que fazer = recursos disponíveis e necessários para a realização das ações e atividades. São os investimentos ou recursos que serão necessários ao planejamento, implementação, gestão e avaliação da proposta de ação, inclui tanto materiais e/ou equipamentos quanto o capital humano (profissionais, voluntários, parceiros).
7. Como avaliar = indicadores de processo e de resultado. Lembre-se:
 - a. Os indicadores são parâmetros qualificados e/ou quantificados que servem para detalhar em que medida os objetivos de uma proposta de ação foram alcançados, dentro de um período determinado de tempo e num território definido. Tais parâmetros são construídos para monitorar, acompanhar e avaliar os resultados da proposta de ação e, entre os mais utilizados, encontram-se ⁶:
 - Indicador de processo – são critérios para acompanhar a realização das atividades, comprovando a realização das etapas mais importantes do Plano de Ação.
 - Indicador de processo – são critérios para acompanhar a realização das atividades, comprovando a realização das etapas mais importantes do Plano de Ação.
 - Indicador de resultado – aponta o que foi obtido pela execução das ações desenvolvidas ou do objetivo proposto. Os indicadores de resultado precisam ser avaliados levando em conta o nível de complexidade do serviço e sua adequação para resolver o tipo de problema apresentado pelo usuário do SUS, num determinado período de tempo.
 - o Responde à questão: “As ações foram efetivas? O objetivo geral da proposta está sendo alcançado?”

Aqui, você encontra uma das maneiras possíveis de sistematizar todas as informações que apareceram no processo de trabalho participativo e integrado que se realiza no território, envolvendo o maior número possível de atores sociais nele presentes.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PROBLEMA							
JUSTIFICATIVA							
OBJETIVO GERAL							
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	AÇÕES / ATIVIDADES	ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS	RECURSOS		CRONOGRAMA	RESPONSABILIDADES	INDICADORES
			NECESSÁRIOS	DISPONÍVEIS			

Lembre-se de que você pode ter a necessidade e, com certeza, tem toda a liberdade para pensar noutras maneiras e/ou itens para organizar o pensamento e o trabalho! O mais importante é a atitude de escuta e diálogo no encontro com os diversos saberes e vivências que estão no seu território de responsabilidade.

EQUIPE TÉCNICA

Supervisão Geral:

Claunara Schilling Mendonça
Nulvio Lermen Junior

Coordenação Técnica:

Antonio Garcia Reis Junior

Revisão Técnica Final:

Flavio Goulart

Elaboração Técnica:

Adriana Miranda de Castro
Aline Guerra Aquilante
Aline Bressan
Ana Débora Santana
Antonio Garcia Reis Junior
Carla Maria Ramos Germano
Danielle Keylla Alencar Cruz
Débora Gusmão Melo
Marcelo Marcos Piva Demarzo
Maria Inez Padula Anderson

Colaboração:

Ana Sudária Lemos Serra
Andréia de Freitas Ribeiro
Bruno José Barcellos Fontanella
Carla Daher

Daisy Maria Coelho de Mendonça

Érika Pisaneschi

Flávio da Silva Araújo

Janaína Rodrigues Cardoso

Juliana Oliveira Soares

Juliana Rezende Melo da Silva

Karla Lícia Fioravante

Kathleen Sousa Oliveira

Maria Alice Correia Pedotti

Maria de Lourdes Magalhães

Mariana Carvalho Pinheiro

Natacha Toral

Patrícia Chaves Gentil

Patrícia Polles de Oliveira Jorge

Rosa Maria Sampaio Vilanova de Carvalho

Sílvia Maria Franco Freire

Stefanie Kulpa

Thereza de Lamare Franco Netto

Volia de Carvalho Almeida

Zuleica Portela Albuquerque

Revisão Ortográfica:

Ana Paula Reis

Arte-final e diagramação:

Daniel Coelho



Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde

