

28. Siauly's NOC. Brincar para todos. São Paulo: Laramara; 2005.
29. Souza AMG, Ferraretto I. Paralisia cerebral: aspectos práticos. 1. ed. São Paulo: Memnon; 1998.
30. Schwartzman J.S. Síndrome de Down. 1. ed. São Paulo: Memnon; 1998. 324p.
31. Smith LK, Weiss EL, Lehmkuhl LD. Cinesioterapia clínica de Brunstrom. 5. ed. São Paulo: Manole; 1997.
32. Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC. Terapia ocupacional na reabilitação física. São Paulo: Roca; 2003.
33. Tiengo MAA. Reflexões sobre o processo de autonomia da criança com deficiência e sua família. Rev Terap Ocupac USP 1998; 9(3):133-6.
34. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes; 1993.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ESCOLAR NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

EDMAR VIEIRA DOS SANTOS



PONTOS A APRENDER

1. Identificar referências na definição de escolar.
2. Caracterizar especificidades do crescimento e do desenvolvimento do escolar.
3. Caracterizar agravos à saúde do escolar.
4. Identificar as ações do enfermeiro voltadas à saúde do escolar.



PALAVRAS-CHAVE

Ensino, escolar, saúde do escolar, agravos à saúde, enfermagem.



ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução. Definição de escolar. Crescimento e desenvolvimento: algumas especificidades do escolar. Principais agravos à saúde do escolar. Ações do enfermeiro em saúde do escolar. Considerações finais. Pontos a revisar. Propostas para estudo. Referências bibliográficas. Para saber mais.

INTRODUÇÃO

Este texto tem o propósito de contribuir para o ensino de enfermagem apresentando aspectos considerados relevantes na capacitação do enfermeiro para atuar na atenção à saúde do escolar. O ponto de partida foi nossa experiência de 13 anos na condução das atividades de ensino, pesquisa e extensão dirigidas aos escolares de uma

Escola Estadual do Ensino Fundamental, localizada em uma região periférica do município de São Carlos-SP^a.

A atuação pautou-se na percepção da escola como um espaço com amplas possibilidades de desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos à saúde (violências, gravidez precoce, uso e abuso de drogas, doenças crônico-degenerativas etc.) e acompanhamento de escolares em processo de tratamento e reabilitação de agravos à saúde.

Optou-se por uma escola de ensino fundamental pelo fato de ela ser o local apropriado para o desenvolvimento das ações anteriormente mencionadas. A seguir, apresentam-se as razões que levaram a essa escolha:

- O ensino fundamental constitui um direito de todas as crianças/adolescentes brasileiros^a, o que pressupõe que todos eles deveriam estar na escola¹⁰.
- A assistência à saúde consta entre os direitos das crianças/adolescentes do ensino fundamental¹⁰, confirmados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional¹³.
- A escola deveria constituir um espaço formal de reformulação, aquisição e consolidação de conhecimentos e comportamentos sobre um aspecto inegavelmente importante da existência de escolares/adolescentes – sua saúde.
- As crianças/adolescentes permanecem na escola durante várias horas por dia, por todo o ano e durante vários anos, o que propicia o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação sistemática e contínua de ações de saúde.

^a Trata-se da Escola Estadual Marilena Therezinha Longhim, inaugurada em 1990, que, a partir de 1992, por convite de sua primeira diretora passou a integrar os campos de prática da disciplina Enfermagem na Saúde do Escolar e da Família, oferecida pelo Departamento de Enfermagem aos alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Em 2005, a escola contava com cerca de 270 alunos distribuídos em oito classes da 1ª a 4ª série, quatro no período da manhã e quatro à tarde. Possuía uma diretora, 11 professores (8 em sala de aula, 1 de educação física, 1 de artes e 1 professora em função adaptada, em razão de problema de saúde), 2 merendeiras, 1 pessoa para a limpeza e 1 secretária.

- A escola aglutina formalmente vários profissionais ligados ao ensino (diretor, professores, pessoal administrativo, merendeiras, pessoal de limpeza etc.); responsáveis pela formação de crianças/adolescentes que com eles compartilham conhecimentos, comportamentos, sentimentos, emoções, dificuldades e possibilidades em diferentes momentos, situações e locais da escola.

Trata-se de motivos mais que suficientes para a eleger a escola como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de saúde de diferentes níveis de atenção e, em particular, daquelas relacionadas à promoção da saúde dos envolvidos^{1,44,55}.

Nesse sentido, o presente texto abordará, ainda que de maneira introdutória, alguns aspectos das várias dimensões do escolar – definição, crescimento, desenvolvimento e agravos à saúde mais comuns – e as ações do enfermeiro dirigidas à saúde do escolar, com o propósito de contribuir para a formação de enfermeiros que compreendam a importância da escola como equipamento social e espaço primordial para a promoção da saúde dessa faixa etária.

DEFINIÇÃO DE ESCOLAR

UMA ETAPA DO CICLO VITAL DIMENSIONADA EM ANOS

O escolar pode ser definido como a criança entre 6 e 10 anos de idade incompletos, que é precedido pelo pré-escolar que compreende a criança entre 2 e 6 anos incompletos³⁸. Essa definição toma como referência as etapas do ciclo vital, que, por sua vez, leva em consideração as mudanças biológicas, emocionais e comportamentais pelas quais o ser humano passa, de sua concepção até a morte.

Partindo basicamente da mesma concepção, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) faz menção ao escolar como a criança entre 5 e 9 anos de idade, seguido do adolescente entre 10 e 19 anos e antecedido pelo pré-escolar que compreende a criança abaixo dos 5 anos de idade⁴³.

A faixa etária que corresponde ao escolar pode ainda ser denominada segunda infância e inclui as crianças que se encontram entre 6 e 13 anos de idade⁵⁸.

As diferenças nas faixas etárias da definição em questão sinalizam que elas variam, seja pelas referências utilizadas para dimensioná-las, seja pela assunção de que as mudanças ocorrem de maneira diferenciada entre os indivíduos.

Para efeito da lei brasileira, o escolar não constitui uma entidade independente. Ele está contido na categoria criança, conforme dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu artigo 2º, ao definir a criança como "(...) a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade"¹².

UMA PARCELA DA POPULAÇÃO INSERIDA NA ESCOLA

É nas escolas, em geral, seja nas escolas públicas do ensino fundamental ou nas particulares, que as crianças entre 6 e 10 anos incompletos passam boa parte de seu dia. Nessas escolas, é possível ainda encontrar uma parcela de crianças que ainda não completou 6 anos e adolescentes com mais de 14. Portanto, na escola do ensino fundamental depara-se com escolares e adolescentes pré-púberes em sua maioria e com adolescentes púberes³⁸.

Com a aprovação do ECA em 1990, a permanência dessas crianças e adolescentes na escola do ensino fundamental passou a ser uma obrigatoriedade prevista nos artigos 54 e 55 desse dispositivo legal¹², que contribui para afirmar a concepção de escolar como a pessoa que se encontra inscrita na escola, principalmente no que diz respeito a esse nível de ensino.

O Quadro 21.1 apresenta a distribuição das matrículas em escolas federais, estaduais, municipais e privadas em nível nacional e no Estado de São Paulo, no ano de 2005. Verifica-se que mais de 90% dos escolares estavam inseridos na rede pública de ensino. Naquele ano, essa parcela da população correspondia a aproximadamente 18,2% do total de habitantes do País e 14,5% dos habitantes do Estado de São Paulo³³.

Quadro 21.1

Distribuição das matrículas da 1ª a 4ª e da 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental no Brasil e no Estado de São Paulo, segundo dependência administrativa. INEP, 2005.

Dependência administrativa	Brasil		São Paulo	
	1ª a 4ª	5ª a 8ª	1ª a 4ª	5ª a 8ª
Total	13.521.834	20.012.694	3.021.994	2.853.989
Federal	4.847 (0,0)	20.881 (0,0)	188 (0,0)	-
Estadual	3.103.985 (23,0%)	9.041.509 (45,2%)	1.045.904 (34,6%)	1.908.522 (66,9%)
Municipal	8.684.296 (64,2%)	9.302.274 (46,5%)	1.577.196 (52,2%)	550.798 (19,3%)
Privada	1.728.706 (12,8%)	1.648.063 (8,2%)	398.706 (13,2%)	394.669 (13,8%)

Fonte: www.inep.gov.br/basical/censo.

Quando não está na escola, o escolar pode ser encontrado em sua casa assistindo à TV, brincando, fazendo lições ou realizando atividades de esporte e lazer. Entretanto, em muitos casos, substitui os adultos no cuidado dos irmãos menores ou realiza tarefas domésticas; trabalha com os pais em empresas familiares, como bar, mercadoria, lanchonete, sorveteria etc.; vende produtos na rua como contribuição para o sustento da família; e em circunstâncias mais adversas, os escolares podem estar recolhidos em orfanatos e albergues, e, às vezes, lamentavelmente, mendigando ou até mesmo cometendo delitos²⁵. São situações, espaços e locais que, pela sua diversidade e complexidade e por serem capazes de interterir nas condições de saúde do escolar, precisam ser considerados na atenção à saúde voltada a essa população.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO: ALGUMAS ESPECIFICIDADES DO ESCOLAR

DEFINIÇÕES E TIPOS

No que diz respeito à faixa etária que corresponde ao escolar, o padrão de crescimento pode ser agrupado em 4 tipos: geral, neural, infóide e genital³⁸. Consta-se que o crescimento:

- Geral, é lento entre os 6 e 10 anos, em relação às faixas etárias anteriores e posteriores.
- Neural, a partir dos 6-8 anos torna-se cada vez mais lento com o decorrer dos anos.
- Genital, praticamente estaciona nessa faixa etária para, em seguida, passar por um período de rápida aceleração.
- Infóide, destaca-se por ser o tipo de crescimento a desenvolver maior velocidade em menor tempo, atingindo seu pico entre 8 e 10 anos, para em seguida reduzir rapidamente a velocidade.

Uma manifestação do crescimento infóide é a hipertrofia das amígdalas, que se encontra presente em uma parcela ampla de escolares, principalmente naqueles das séries iniciais do ensino fundamental²¹, que são os mais jovens.

CRESCIMENTO PÔNDERO-ESTATURAL

Como referido no Capítulo 6 – Avaliação do crescimento, o peso e a altura são indicadores bastante utilizados na área de saúde. A simplicidade de verificação dessas medidas, o caráter não-invasivo do procedimento, a facilidade de transporte, manutenção e acondicionamento dos equipamentos (balança e antropômetro), além de seu baixo custo e a existência de padrões de referência viabilizam a utilização de tais indicadores, que podem ser utilizados tanto no nível individual quanto no coletivo. Entre outros usos, o peso e a altura sozinhos e/ou em conjunto são utilizados na área de saúde para acompanhar o crescimento de crianças e adolescentes, classificar o estado nutricional e diagnosticar desnutrição/eutrofia/sobrepeso/obesidade, permitindo o planejamento e a avaliação de propostas e

de programas de intervenções para a prevenção e o controle da desnutrição/obesidade.

A utilização do peso e da altura como indicadores de saúde tanto no nível individual como coletivo requer a adoção de padrões de referência, como apresentado no Capítulo 6 – Avaliação do crescimento.

Os padrões mostram que o aumento da altura e principalmente do peso entre os escolares de 6 a 10 anos ocorre em ritmo mais lento. Eles exemplificam a tendência do tipo de crescimento geral para essa faixa etária³⁸.

DENTIÇÃO

Para a maioria dos escolares, os 6 anos de idade marcam a passagem da dentição de leite para a permanente. Esse processo estende-se até os 12 anos, com exceção dos molares posteriores^{32,58}, também conhecidos como *dentes do siso*, cuja idade de erupção é posterior e apresenta ampla variação entre as pessoas⁷².

A perda dos dentes de leite não é apenas fisiológica. Os rituais que ocorrem na família, e que às vezes se estendem até a escola, envolvem o destino a ser dado ao dente de leite e sinalizam a importância atribuída a esse momento. Ela marca a passagem de uma condição transitória (dente de leite), para uma condição duradoura (dente permanente). O escolar passa a ter dente de “gente grande”.

Esses eventos são muito importantes e devem ser usados como oportunidade para trabalhar a higiene bucal, com vistas à promoção da saúde, mais especificamente a prevenção de cáries; além disso, a apreensão do significado do dente permanente como algo muito importante e que por isso necessita ser cuidado para permanecer, para durar, para que dele se possa fazer uso durante toda a vida.

MATURAÇÃO SEXUAL

Nos meninos, as primeiras manifestações de puberdade ocorrem em média por volta dos 10 anos, com o início do crescimento dos testículos e do escroto, em decorrência do aumento do tamanho dos túbulos seminíferos. Entre 10 e 14 anos, concomitante à continuidade do crescimento testicular, o pênis aumenta, assim como a pigmentação

da pele escrotal. Observa-se o aparecimento da pilosidade pubiana, axilar e facial. Em geral, a ejaculação e a espermatogênese manifestam-se nas etapas finais do processo de desenvolvimento das gônadas, dos órgãos de reprodução e dos caracteres sexuais externos⁵¹.

Nas meninas, as primeiras manifestações de puberdade ocorrem pouco antes dos 10 anos, com o aparecimento do botão ou broto mamário. Em seguida, por volta dos 10 anos, inicia-se o crescimento da pilosidade axilar e pubiana⁵¹. Concomitante ao aparecimento dos caracteres sexuais externos, surge a menarca.

Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro sobre a evolução de menarca em mulheres nascidas entre 1920 e 1980 observou uma tendência de queda tanto da idade média como da amplitude de distribuição das idades³⁶. Entre as décadas de 1970 e 1980, a redução na idade média de menarca foi ainda mais significativa, com uma queda de aproximadamente um ano. Nos anos de 1970, a idade média da menarca ocorria em torno dos 12,5 anos, e nos anos 1980 aproximava-se dos 11,5, conforme mostra a Figura 21.1.

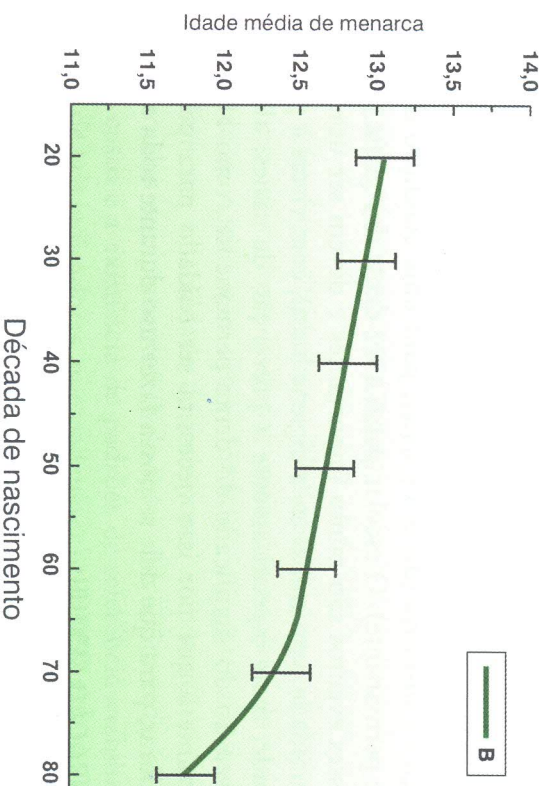


Figura 21.1

Evolução da idade média da menarca em mulheres nascidas entre 1920 e 1980. PSN, Rio de Janeiro, 1996. Extratido de Kac et al.³⁶.

A queda na idade da maturação sexual implica na necessidade de antecipação da preparação da escola e dos escolares para lidar com os eventos a ela associados. Se considerarmos que estamos a quase três décadas dos anos 1980, e em concordância com a tendência do estudo, é plausível deduzir que a média de idades para a manifestação da maturidade sexual seja na atualidade ainda menor. Assim, a preparação dos escolares deveria ser conduzida pelo menos nas últimas séries do 1º ciclo do ensino fundamental.

PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE DO ESCOLAR

Informação sobre morbidade em população não constitui tarefa fácil, principalmente em se tratando do escolar. As poucas ações ditas nacionalmente para essa população, que poderiam alimentar um sistema de informação, estão dispersas em diferentes órgãos ligados aos Ministérios da Saúde e da Educação.

Nos últimos anos, o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE), ligado ao Ministério da Educação, tem coordenado somente ações voltadas à visão com o argumento de *diminuição dos índices de evasão e repetência*. Além disso, como se verá adiante, focaliza apenas uma parcela dos escolares do ensino fundamental, os alunos matriculados na 1ª série e aqueles com comprovada deficiência visual¹⁴.

É bastante provável que os encaminhamentos decorrentes dessa concepção de Saúde Escolar e a dispersão das ações justifiquem a constatação da Organização Panamericana da Saúde (Opas) de que *as informações sobre a atenção à saúde da população em idade escolar não estão consolidadas no nível nacional*⁴³.

Passados mais de 20 anos da criação do PNSE e quase 10 anos do início do projeto de *Assistência Integral à Saúde do Escolar* (Paise)¹⁴ do Ministério da Educação, o que se tem são alguns dados preliminares sobre a saúde de escolares residentes em bolsões de pobreza⁴³.

Portanto, o conhecimento da morbidade nessa população requer um exercício de aproximação. Uma possibilidade é a utilização de fontes e estudos que abordam a questão por grupos de idades em que seja possível localizar faixas etárias indicativas do escolar.

Estudo realizado na população masculina mostrou que as doenças do aparelho respiratório e as infecciosas representaram a 1ª e 2ª

causa de internação dos menores de 10 anos do sexo masculino em instituições hospitalares ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)³⁷.

Estudo descritivo com enfoque de gênero, com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), identificou que os grupos etários de 5 a 9 e 10 a 14 anos foram os que fizeram menor referência à manifestação de pelo menos uma doença crônica; à procura por serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista; ao uso de serviços de saúde de forma regular para consulta médica nos últimos 12 meses e também em relação a consultas médicas durante o ano. A doença crônica foi significativamente mais referida entre meninos de 5 a 9 anos e meninas de 10 a 14 anos recorrerem mais que os meninos à consulta médica nos últimos 12 meses⁴⁵.

Em síntese, os escolares são internados principalmente em decorrência de doenças do aparelho respiratório, de lesões e de doenças infecciosas e parasitárias. As doenças crônicas atingem cerca de 9% deles e sua presença nos serviços de saúde é menor que a das pessoas de outras faixas etárias.

ALTERAÇÕES DA VISÃO

Entre os aspectos relativos à saúde do escolar, a acuidade visual representa provavelmente a questão mais estudada e divulgada sobre a população escolar³⁹. Esse fato tem a ver com a existência de aporte financeiro para as consultas oftalmológicas dos escolares com comprovada alteração da acuidade visual¹⁴.

O conjunto de atividades relacionado à acuidade visual constitui umas das poucas ações dirigidas à saúde do escolar que tem sido cumprido nos últimos anos com certa regularidade, possivelmente por estar ligado à aprendizagem. Também tem contribuído para a realização de atividades, o acesso a um Manual de Orientação que descreve detalhadamente os procedimentos de rastreamento, encaminhamento e consulta médica²². De acordo com esse Manual, que avalia a acuidade visual através da escala optométrica de Snellen, o rastreamento pode ser realizado por pessoa devidamente treinada. Maior detalhamento do teste pode ser obtido no Capítulo 20 – Assistência de enfermagem à criança com deficiência e à sua família.

Como a visão é imprescindível para a socialização e educação da criança, as ações de promoção da saúde assumem importância

primordial. Assim, a prevenção e a detecção precoce de deficiências visuais devem ser feitas o mais precocemente possível, cabendo aos profissionais da área da saúde escolar as ações de detecção e tratamento de baixa visão. Para tanto, é necessária uma ação integrada entre família, escola e comunidade^{26,29}.

Embora a deficiência visual seja um problema de saúde, está intimamente relacionada à área da educação, especialmente nos escolares, uma vez que os professores podem observar o estado de saúde e o desempenho visual e intelectual de seus alunos devido ao contato diário e prolongado. Dessa forma, tem sido interpretado como um problema da educação e de responsabilidade do professor. Entretanto, “o professor nem sempre dispõe de conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas no campo da saúde ocular”⁴⁶. Estudo revela que há grande descontentamento por partes de professores responsáveis pela realização da triagem visual, que aparentemente se acham despreparados para realizar tal tarefa⁴⁶.

Assim, somente motivos históricos e a crença de que se trata de um problema da escola justifica atribuir ao professor, o desenvolvimento de uma atividade típica da área da saúde, que deveria ser conduzido por profissionais da área.

Reconhecer que a participação do professor é imprescindível para o desenvolvimento de ações de saúde na escola é bem diferente de lhes atribuir tarefas alheias à sua função.

Por determinação do Ministério da Educação, nos últimos anos, as ações dirigidas à acuidade visual incluíram “reprodução e distribuição de material didático-pedagógico às escolas públicas; triagem da acuidade visual; consulta oftalmológica; e aquisição e distribuição de óculos aos alunos”¹⁴. A execução dessas atividades tem sido viabilizada por meio de campanhas anuais. Em 2005, elas foram dirigidas aos alunos da 1ª série do ensino fundamental regular e aos alunos das séries iniciais do Programa de Educação Inclusiva – Direito à Diversidade¹⁴. Certamente, esse processo redundou na aquisição de conhecimentos e experiências que podem ser aproveitados para o aperfeiçoamento do planejamento, desenvolvimento, acompanhamento e avaliação de ações contínuas e sistemáticas de vigilância à saúde visual.

Entretanto, a realização dessas ações de saúde, somente através de campanhas, por mais que elas pareçam interessantes e dinâmicas⁴⁶ apresenta limitações. Uma parcela dessas ações evidentemente ocorre

pela inexistência de Programas de Saúde Escolar no nível Municipal ou Estadual, porém são desenvolvidas em paralelo às ações de saúde do SUS. Tais circunstâncias certamente comprometem o acompanhamento de saúde dos escolares de uma forma geral, pois aqueles que não apresentaram alterações visuais na 1ª série, podem manifestar nas séries subsequentes. Além disso, como não há formulação, manutenção e acesso a um sistema de informação e registro sobre as ações realizadas com todos os escolares, as alterações detectadas, os encaminhamentos realizados, as condutas prescritas, as unidades básicas de saúde não têm como acompanhar os resultados. Exemplo disso é a ampla variação no percentual de presenças às consultas médicas dos escolares que na triagem apresentaram alterações visuais^{2,20,46}.

Há, portanto, que se pensar num sistema de referência e contra-referência com o SUS, presente em todo o território nacional e da possibilidade de aproveitamento da experiência acumulada com a realização das campanhas, principalmente pelo reconhecimento da saúde visual como uma questão de responsabilidade da área de saúde entre tantas outras atinentes ao escolar, cujas atividades a ela dirigidas se justificam para além da “diminuição dos índices de repetência e evasão escolar”¹⁴ ou até mesmo de sua necessidade para a aprendizagem. Sua relevância se configura no reconhecimento de uma função básica da existência humana necessária à realização do indivíduo em uma sociedade complexa, altamente urbanizada, centrada na comunicação, sendo a visual uma das mais difundidas.

Como uma questão de saúde as alterações visuais em suas várias manifestações e níveis de gravidade é freqüente na população escolar. Elas podem atingir cerca de 20% dos escolares expressas em erros de refração, estrabismo, conjuntivite, sequela de acidentes oculares, malformação congênita²² etc.

Essas alterações em sua grande maioria poderiam ser prevenidas, tratadas ou reabilitadas²² através da implementação de ações contínuas e sistemáticas de vigilância à saúde ocular, que poderiam ser conduzidas pelo SUS, como parte das ações voltadas à saúde do escolar. Nessa direção, já existem programas com décadas de experiências como é o caso do Proase ligado à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP^{19,27}.

ALTERAÇÕES DA AUDIÇÃO

Por algumas razões opostas àquelas que têm viabilizado a realização das ações dirigidas à saúde visual, as ações relativas à saúde auditiva não têm sido conduzidas com semelhante freqüência, até mesmo sob a forma de campanha dirigida à população escolar.

A primeira campanha dirigida ao escolar foi realizada em 1999, conduzida pelos ministérios da Educação e da Saúde e por entidades de otorrinolaringologia, otologia e fonoaudiologia, sob o título “Quem ouve bem aprende melhor”, como desdobramento da 1ª Campanha Nacional de Prevenção da Surdez, desenvolvida em 1997^{14,16}. Em 2001, realizou-se a segunda campanha “Quem ouve bem aprende melhor” desenvolvida pelos mesmos órgãos governamentais e por entidades de profissionais ligadas à saúde auditiva^{14,16}.

Não obstante o propósito de institucionalização de um programa voltado à saúde auditiva dos escolares de escolas públicas a partir das campanhas, aparentemente os esforços nessa direção não surtiram o efeito desejado. A constatação fundamenta-se na ausência de menção após 2002 de ações voltadas à saúde auditiva tanto no Programa de Saúde do Escolar (PNSE)¹⁶ como em órgãos de divulgação de entidades participantes das campanhas “Quem ouve bem aprende melhor”²⁸.

Apesar do empenho de especialistas em planejar, divulgar e acompanhar um procedimento simplificado de triagem da acuidade auditiva para aquelas campanhas¹⁶, aparentemente ele foi abandonado em nível nacional após a realização da segunda campanha em 2001, sem que outro procedimento viesse a substituí-lo.

Para a realização daquele procedimento cada escola recebia o *Kit-escola*¹⁶ contendo material de divulgação, formulários, *cartilha do professor* e duas fitas de vídeo. Uma delas continha informações sobre as causas, as consequências e as medidas de prevenção da deficiência auditiva e as instruções para a aplicação do teste. A outra fita incluía o teste que era composto por um conjunto de quatro sons associados cada um deles a um animal (coruja, cachorro, gato e passarinho), a ser apresentado em sete níveis decrescentes de volume da televisão/vídeo, que deveria estar há três metros do escolar submetido ao teste.

A aplicação do procedimento exigia disponibilidade de tempo; treinamento; habilidade na aplicação do teste, do registro e do enca-

minhamento dos resultados; atenção; paciência e persistência. Exigências a exemplo da triagem da acuidade visual, a serem cumpridas pelo professor. Além disso, a execução do procedimento supunha a existência na escola de equipamentos (televisão e vídeo) e principalmente de uma sala silenciosa, o que costuma ser uma raridade. Considerando somente esses aspectos, é razoável deduzir que a viabilização do procedimento em questão é bem mais complexa do que pode aparentar.

Outros procedimentos adaptados vêm sendo utilizados para a triagem da acuidade auditiva dos escolares, como o uso de um *audiômetro portátil simplificado* adotado pelo Proase de Ribeirão Preto-SP, construído no início dos anos 1980 pelo Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto^{19,27}.

A utilização de várias modalidades de procedimentos, entre eles os simplificados ou adaptados para realizar a triagem da acuidade auditiva^{16,27,47}, poderia em parte explicar a ampla variação no percentual encontrado de alterações da acuidade auditiva, em torno de 2 e 24%^{6,19,47}.

Enquanto a triagem da acuidade auditiva não for encarada como uma ação básica de saúde a ser realizada pelo menos com pré-escolares ou escolares, em vez de ser tratada principalmente sob a ótica do custo financeiro imediato dos procedimentos⁴⁷, permanecendo inclusive sem uma definição sobre qual adotar, as informações sobre a dimensão das alterações auditivas estarão comprometidas, assim como o planejamento, a intervenção e a avaliação das ações a elas dirigidas.

A questão é particularmente importante pela constatação de que pais e professores quase sempre não percebem que seus filhos e alunos apresentam alterações auditivas, os quais às vezes são rotulados de *desligados, aéreos*¹⁹ etc.

Considerando que, com exceção das alterações de origem congênita, uma criança pode apresentar alterações da acuidade auditiva em qualquer momento de sua existência³⁹ e diante da ausência de um programa de triagem sistemática da acuidade auditiva, torna-se ainda mais importante que o enfermeiro inclua no histórico de saúde do escolar também questões relativas à audição. Além disso, é necessário levar em conta as queixas dos pais, professores e demais profissionais que atuam na escola, mesmo que pareçam rótulos, assim como aquelas manifestadas pelo escolar.

ALTERAÇÕES NUTRICIONAIS

Para a descrição deste item, tomou-se como referência o livro *Epidemiologia da saúde infantil*⁷, que detalha o diagnóstico de saúde em coletividade.

Avaliação do estado nutricional

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo⁵² adotaram o padrão de referência do National Center for Health Statistics, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para este item, consultar o Capítulo 6 – Avaliação do crescimento.

Para a determinação da desnutrição, risco nutricional, eutrofia ou sobrepeso/obesidade recomenda-se os seguintes pontos de corte⁵²:

- **Desnutrição:** menor que o percentil 3 (< p 3).
- **Risco nutricional:** entre percentil 3 e percentil 10 (p 3–10).
- **Eutrofia:** entre percentil 10 e percentil 97 (p 10–97).
- **Sobrepeso:** maior ou igual ao percentil 97 (≥ p 97).

A utilização de padrões de referência construídos com a metodologia da curva de distribuição normal requer a determinação dos pontos de cortes em desvio padrão. Nessas circunstâncias, os pontos de corte recomendados são⁵²:

- **Desnutrição:** ≤ -2 desvios-padrão.
- **Obesidade:** ≥ +2 desvios-padrão.

Desnutrição entre escolares

A partir da década de 1970, verificou-se uma crescente redução da desnutrição na infância. Em meados da década de 1990, a desnutrição encontrava-se sob controle na cidade de São Paulo, sendo *relativamente rara, mesmo entre as famílias mais pobres*⁴¹.

Acompanhando aquela tendência, ao final da mesma década de 1990, um estudo realizado com uma amostra representativa dos 700 mil escolares das escolas de educação infantil e do ensino fundamen-

tal do Município do Rio de Janeiro, detectou déficit de estatura/idade de 0,8 e 2,3% para as meninas de 6 e 9 anos, e de 1,6 e 5,8%, para os meninos, respectivamente⁵. O déficit de peso/estatura encontrado variou de zero a 1,8% entre as meninas e de zero a 2,3%, entre os meninos⁵. No geral, os valores apurados no estudo estão dentro do esperado para aquelas idades. Mas, a manifestação de casos de desnutrição, principalmente por déficit de estatura/idade ainda estava presente, particularmente entre os meninos.

A desnutrição pode ser classificada em pregressa, crônica e aguda:

- *Desnutrição pregressa*: refere-se à redução da altura em relação ao peso. Também denominada por alguns autores como “desnutrição crônica”, sua manifestação indica que a criança vem crescendo de maneira inadequada há muito tempo⁷. Geralmente, esse tipo de desnutrição está associado à carência alimentar e/ou a problemas de saúde de repetição ou de longa duração ocorridos nos primeiros anos de vida, como infestação crônica por parasitas intestinais, diarreia, desidratação, pneumonia, bronquite e outras doenças respiratórias. A denominação pregressa se refere à existência de uma situação anterior (carência/problema de saúde) que teve como consequência a desnutrição que, no decorrer dos anos, foi possível superar, pelo menos no que diz respeito à recuperação do peso. Nessas circunstâncias, é possível afirmar que o escolar *foi* desnutrido.

- *Desnutrição crônica*: refere-se à redução da altura e do peso. Alguns autores a denominam “crônica e aguda” pelo fato de atingir a altura (crônica ou pregressa) e o peso (aguda)⁷. Trata-se de um tipo de desnutrição que provavelmente esteve presente nos primeiros anos de vida e ainda se mantém na atualidade. Por isso, será atribuída a denominação “desnutrição crônica”. Essa desnutrição pode estar associada tanto a carências/problemas de saúde ocorridos nos primeiros anos de vida como a carências/problemas de saúde atuais. Nessas circunstâncias, pode-se afirmar que o escolar *é* desnutrido crônico.

- *Desnutrição aguda*: refere-se à redução do peso em relação à altura. É o tipo de desnutrição menos comum, talvez pelo

fato de ser mais difícil de captá-la⁷. Geralmente, associa-se a um problema de saúde atual, tendo em vista que não chegou a afetar a altura. Por algum motivo, o escolar está ingerindo ou aproveitando alimentos em menor quantidade que o necessário para manter seu peso, como nos casos de doenças de caráter agudo do aparelho respiratório e digestivo, perda de pessoa ou animal de estimação, ciúme pelo nascimento de um irmão, conflitos nas relações intrafamiliares etc. O escolar que apresenta essa condição *estará* desnutrido, se apresentar o peso abaixo dos pontos de corte estabelecidos.

A identificação do tipo de desnutrição que atinge o escolar ou grupo de escolares, os eventos a ela associados e os recursos disponíveis na escola, na família e nos serviços de saúde constituem pontos de partida para o encaminhamento de intervenções. A análise desses aspectos dirigirá, na escola, as intervenções, individualmente e/ou em grupo, destinadas ao escolar e à sua família, além de seu encaminhamento a UBS. Se os determinantes da desnutrição relacionam-se a riscos socioculturais, caberia encaminhamento a serviços de assistência social e Conselho Tutelar ou outros órgãos competentes.

Recentemente, a veiculação através da mídia de casos fatais de anorexia envolvendo adolescentes jovens ligadas ao ramo de moda constitui exemplos extremos de desnutrição²⁴.

As jovens, na tentativa de responder individualmente a uma imposição de modelos e padrões de beleza e de estética corporais fundadas em interesses de mercado, passam a adotar estratégias de emagrecimento às vezes irreversíveis. Dessa forma, consomem produtos dietéticos e fazem uso de práticas alimentares para emagrecimento com dietas radicais e até com uso de medicamentos, veiculados normalmente pelos meios de comunicação, com propagandas que prometem redução do peso e obtenção de um corpo esbelto⁵³.

Como resposta, ainda que limitada, diante da complexidade dessa realidade, o Ministério da Saúde e da Educação editaram a Portaria Interministerial n. 1.010, de maio de 2006, que “institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio, das redes públicas e privadas, em âmbito nacional”¹⁸. Essa Portaria estabelece diretrizes, ações e órgãos de saúde e de educação no nível federal, estadual e municipal que devem se responsabilizar por sua implementação.

Obesidade entre escolares

Nas últimas décadas, a crescente oferta de produtos alimentícios semi-industrializados e industrializados, altamente calóricos, ricos em gordura e açúcar e de baixo custo, têm propiciado um aumento significativo de seu consumo em substituição aos produtos *in natura*. Esse processo pode ser observado quando se comparam as pesquisas de orçamento familiar (POF) de 1987-1988³⁴ e 1995-1996³⁵, que apontam para:

- a) redução do consumo de cereais e derivados, arroz polido, macarrão, verduras, frutas, feijão, raízes, tubérculos, ovos, carne bovina e aves;
- b) aumento no consumo de produtos enlatados, industrializados, semipreparados ou prontos;
- c) substituição da banha, bacon e manteiga por óleos vegetais e margarina.

Em contrapartida, o uso de transportes motorizados para os deslocamentos, a redução dos espaços para morar e a utilização de eletrodomésticos para o cuidado da casa provocaram a redução da atividade física da população urbana. É preciso ainda considerar a contribuição do amplo uso da televisão, que chega a atingir cerca de 90% do total de lares brasileiros³¹ e a ocupar cerca de cinco horas por dia das crianças e dos adolescentes do país⁴.

O aumento da ingestão de alimentos altamente calóricos aliado à redução da atividade física tem influenciado de maneira decisiva no aumento do sobrepeso/obesidade da população. Entre escolares brasileiros, a prevalência do sobrepeso pode variar em torno de 12 a 18% e a obesidade de 6 a 15%^{42,56}, conforme os critérios adotados para a determinação e as características da população estudada.

Sua manifestação apresenta especificidades com base nas características das famílias dos escolares e nos traços destes. O sobrepeso/obesidade tende a ser mais freqüente entre os alunos de escolas públicas pertencentes a famílias com melhor inserção social⁴⁹, está discretamente mais presente entre alunos de escolas privadas⁴² e se manifesta com maior intensidade no sexo feminino^{3,42,56}.

Excetuando as situações em que está associada à herança genética, a obesidade constitui uma das expressões das consequências do

modo de vida urbana, principalmente no que se refere às mudanças na alimentação e na atividade física, com sérias repercussões para a saúde. Também como consequências do modo de vida urbana atual, estudos sinalizam para o aumento de doenças como anemias, alterações posturais e ortopédicas; o desencadeamento de doenças digestivas, neurológicas, visuais e renais; a manifestação de enfermidades crônico-degenerativas, como as doenças cardiovasculares, o *diabetes mellitus* tipo 2, a hipertensão arterial e os diferentes tipos de câncer, além da obesidade⁴⁰.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Sobre a definição e classificação da violência contra a criança e o adolescente, ver Capítulo: “A criança em situação de violência e a assistência de enfermagem”.

No cotidiano familiar dos escolares, a violência física doméstica, praticada principalmente pela mãe, mas também pelo pai e por outros membros da família, pode vitimizar mais de 1/3 dos mesmos. Entre as famílias pobres, que sobrevivem em precárias condições de trabalho e de vida, a violência física pode atingir metade dos escolares^{48,50}. Além disso, o ato de bater, beliscar, dar tapas, dar chineladas, desferir pontapés etc., muitas vezes são acompanhados de xingamentos, ameaças ou outras manifestações reconhecidas como violência psicológica^{17,30}.

Nas famílias que compartilham adequadas condições de trabalho e de vida, o principal motivo alegado para bater no escolar é a desavença entre os irmãos, seguido da desobediência e de problemas na escola. Entre as famílias mais pobres, são vários os motivos alegados para bater no escolar^{48,50}. Às vezes, tem-se a impressão de que parte dos escolares dessas famílias apanha por tudo e por nada! Eles apanham de todos e de qualquer um: mãe, pai, avó, bisavó, irmãos mais velhos etc. Felizmente, alguns deles aprenderam a se livrar de bofetadas, chineladas e chicotadas, escapando^{48,50}.

Os escolares mais sujeitos à violência são aqueles que pertencem à família em que o chefe trabalha 9 horas por dia ou mais e as mães foram vítimas de violência física e psicológica. Geralmente, freqüentam a escola no período da tarde, são meninos, relacionam-se por meio de xingamentos e são considerados briguentos⁵⁰.

Também, os escolares que pertencem a famílias com adequadas condições de vida e de trabalho podem ser afetados pela violência doméstica, especialmente aqueles que frequentam a escola no turno da manhã⁵⁰. Entretanto, são protegidos ao fazerem parte de uma família ampliada, partilharem o trabalho remunerado da mãe e manterem relações de afeto com os irmãos⁵⁰.

Portanto, a violência física doméstica está presente em famílias de diferentes grupos sociais, porém ela se manifesta com frequência e intensidade variadas. Da mesma forma, ela pode apresentar diferentes manifestações em grupo social, em razão das características da família. Considerar essas diferenças possibilita o delineamento de uma atuação mais conseqüente para propiciar ações efetivas de prevenção, controle e acompanhamento da violência doméstica contra o escolar sintetizada nos itens a seguir.

Identificação da violência doméstica

- No escolar individualmente: por meio do exame físico, da observação do comportamento da criança, de entrevista com a criança, seus responsáveis e professor.
- Em uma população: por meio dos registros de comunicações ao Conselho Tutelar¹² e de inquéritos com escolares, responsáveis e professores.

Prevenção, controle e acompanhamento da violência doméstica

- Comunicação ao Conselho Tutelar¹².
- Acompanhamento de casos de violência comunicados ao Conselho Tutelar¹².
- Aconselhamento individual aos pais sobre a educação dos filhos no cotidiano familiar.
- Condução de grupos de discussão com pais sobre estratégias a serem utilizadas na educação dos filhos.

Em relação à condução de grupos de discussão e ao aconselhamento individual dos pais na última década produziu-se uma vasta literatura sobre a educação dos filhos^{8,9,54,57,59}, que pode contribuir para conduzir a atuação dos pais em circunstâncias específicas.

Articulação das ações sobre a violência doméstica desenvolvida na escola com ações realizadas nos serviços de saúde e pelo Conselho Tutelar¹²

Registro e comunicação

- Elaboração, adaptação e reformulação de protocolos de registro de casos de violência.
- Registro das ações realizadas com pais, escolares e professores sobre a prevenção, identificação, comunicação e acompanhamento da violência doméstica.

AÇÕES DO ENFERMEIRO EM SAÚDE DO ESCOLAR

As ações do enfermeiro dirigidas ao escolar dependem da existência de programas destinados à saúde do escolar em âmbito federal, estadual e municipal. Também depende do nível de articulação entre os setores da saúde e da educação, e destes com outros, além da existência de uma equipe de profissionais e da disponibilidade de recursos financeiros, materiais, espaço físico etc.

Para a proposição das ações do enfermeiro dirigidas à saúde do escolar, consideraram-se os encaminhamentos de Maria da Graças Carvalho Ferriani²⁷ apontados em seu livro *A inserção do enfermeiro na saúde escolar*^b, no que diz respeito à descrição das ações educativas, assistenciais e de gerência, além daquelas relacionadas à assessoria e à pesquisa. Também considerou-se os dispositivos legais e éticos da profissão^{11,23} e nossa experiência no ensino e na pesquisa na área de saúde do escolar. A seguir, listam-se ações a serem desenvolvidas por enfermeiros:

- Caracterizar os escolares, no mínimo por turno, série, turma, idade e sexo.
- Levantar e analisar informações sobre os antecedentes de saúde.

b Essa obra pioneira na temática faz uma análise das *raízes históricas da saúde do escolar* e descreve a experiência na implantação no município de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo, no início dos anos 1980, do Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar (Proase).

- Realizar exame físico com base na análise das informações sobre os antecedentes de saúde e nas queixas manifestadas pelo escolar, por seus pais ou professor.
- Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento.
- Monitorar a situação nutricional.
- Monitorar a situação vacinal.
- Realizar visita domiciliar, se necessário.
- Realizar tratamentos de rotina nos serviços de saúde pública de competência da enfermagem.
- Encaminhar escolares que apresentem queixas, sinais ou sintomas de agravos à saúde a outros profissionais ou instituições.
- Acompanhar a evolução de escolares que estejam em tratamento e reabilitação de agravos à saúde.
- Prestar atendimento de primeiros socorros.
- Programar, executar e avaliar, com o diretor, professores e demais profissionais da escola, atividades de ensino sobre saúde dirigida aos escolares e familiares.
- Capacitar pessoas a realizarem ações de saúde dirigidas ao escolar.
- Capacitar escolares nos cuidados do próprio corpo.
- Capacitar os escolares na aquisição, reformulação e consolidação de conhecimentos e comportamentos sobre a prevenção de agravos à sua saúde.
- Conduzir grupos de escolares na identificação, na análise e no encaminhamento de questões de saúde de seu interesse.
- Conduzir grupos de pais na identificação, na análise e no encaminhamento de questões de saúde dos escolares de interesse dos pais.
- Realizar a vigilância epidemiológica e sanitária.
- Identificar, analisar e propor modificações nas condições do espaço escolar que representem risco à saúde dos envolvidos.
- Mapear equipamentos sociais e serviços e órgão de atenção à saúde para encaminhamento e trabalho conjunto.
- Articular/interagir com órgãos/profissionais da saúde, do ensino, da justiça de diferentes categorias e níveis de formação.
- Acompanhar e avaliar ações de saúde realizadas por profissional de enfermagem.

- Propor, planejar, elaborar e avaliar sistema de informação, registro e documentação das atividades de saúde desenvolvidas com os escolares, professores e familiares.
- Propor, elaborar, implantar e avaliar normas e rotinas de atenção à saúde do escolar.
- Articular as atividades dirigidas à saúde dos escolares na escola, com aquelas desenvolvidas nos serviços de saúde.
- Identificar, dimensionar, selecionar, justificar e solicitar às instâncias pertinentes materiais e equipamentos para o desenvolvimento de ações de saúde.
- Dimensionar, solicitar, selecionar, treinar e supervisionar pessoal para o desenvolvimento de ações de saúde.
- Identificar, selecionar e desenvolver atividade lúdica no processo de apropriação do conhecimento em saúde escolar com os escolares, professores e famílias.
- Adotar a informática na atuação em saúde escolar: busca em internet, uso de base de dados, de banco de dados e de programas adotados na área de saúde como o Epi-info etc.
- Argumentar fundamentando-se no conhecimento científico, no custo/benefício econômico, nos dispositivos legais e nos preceitos éticos.
- Elaborar, desenvolver, coordenar e avaliar planos, projetos e programas.
- Elaborar relatório técnico sobre as ações realizadas.
- Emitir parecer técnico relativo à saúde do escolar.
- Assessorar os profissionais de educação em questões relativas à saúde do escolar.
- Realizar estudos acerca de diferentes aspectos da saúde do escolar; sobre as ações assistenciais, educativas, gerenciais, de assessoria realizadas pelo enfermeiro na área de saúde do escolar.

Essas ações são bastante abrangentes e, portanto, requerem detalhamento em ações mais específicas, com consulta a outras publicações, muitas das quais constam nas referências bibliográficas. Ademais, há que se adquirir habilidades no decorrer do curso de graduação em enfermagem e em cursos de aperfeiçoamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente texto caracterizou-se como um ensaio sobre a atenção à saúde do escolar. Os esforços foram dirigidos para fornecer um panorama de alguns aspectos relevantes e pertinentes à saúde do escolar. Nessa perspectiva, delimitaram-se as possíveis ações do enfermeiro. Mesmo focando apenas o escolar, várias temáticas deixaram de ser abordadas. Entre elas convém mencionar: sono e repouso, atividade física, postura, problemas de fala, medo, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, uso e abuso de droga, acidentes domésticos, violência na escola, uso e abuso da televisão e da internet. Algumas dessas questões são bastante atuais, ou se intensificaram nos últimos anos, ou ainda passaram a atingir escolares cada vez mais jovens.

Cabe ainda ressaltar que, por congregar uma parcela significativa da população em formação, a escola em geral e, em particular, a escola de ensino fundamental constituem um espaço para o desenvolvimento de ações de saúde voltadas a essa população. Para que isso ocorra é fundamental o planejamento e o desenvolvimento de ações intersectoriais. A “Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” aponta como princípio norteador do cuidado na saúde da criança, o planejamento e desenvolvimento de ações intersectoriais, incluindo nesse aspecto, a articulação da unidade de saúde com os equipamentos sociais (creches, pré-escolas e escolas), com vistas à promoção da saúde¹⁵. Na saúde do escolar, destaca-se que deve estar contemplada a saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica¹⁵. Assim, recomenda-se que enfermeiros da atenção básica incluam tais ações intersectoriais como parte de suas atribuições.

Também, para que tais ações se efetivem, é necessário que as instâncias responsáveis pela saúde e educação nos níveis federal, estadual e municipal se responsabilizem por:

1. Assumir a escola como espaço permanente para o desenvolvimento sistemático de ações de vigilância e promoção da saúde, em vez de um espaço em que as ações de saúde se realizem basicamente por meio de campanhas, ainda assim de forma assistemática.
2. Reconhecer a especificidade do conhecimento técnico das áreas de educação e de saúde diante da condução da atenção

3. Reconhecer que a atenção à saúde do escolar envolve um conjunto de ações que vão muito além daquelas voltadas à visão, audição, saúde bucal e alimentação.
4. Assumir que a reformulação, aquisição e consolidação de conhecimentos e comportamentos sobre a saúde ocorrem em todos os locais, em todos os momentos e com todas as pessoas que compartilham o espaço escolar.
5. Reconhecer que os escolares possuem peculiaridades, tais como: pertencem a famílias com diferentes inserção social, apresentam diferenças de gênero e diferentes fases de crescimento e desenvolvimento. Por isso, necessitam de tratamento diferenciado tanto no que diz respeito à aprendizagem como em relação à atenção à sua saúde.
6. Elaborar, desenvolver e avaliar programa de vigilância e promoção da saúde na escola, incluindo a articulação entre os setores de saúde e educação, e entre as ações de vigilância e promoção da saúde dirigidas tanto na escola quanto nos serviços de saúde.
7. Prover a escola de materiais, equipamentos e espaço físico adequado à realização de ações de vigilância e promoção da saúde dos escolares.
8. Capacitar profissionais de saúde para que estes possam atuar na escola, no planejamento, no desenvolvimento, no acompanhamento e na avaliação de ações de saúde, além de assessoria aos profissionais que nela atuam no encaminhamento de questões relativas à saúde.
9. Alocar profissionais de saúde para planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações de vigilância e promoção da saúde na escola.

PONTOS A REVISAR

- Definir o escolar utilizando as referências abordadas no texto.

- Descrever os aspectos envolvidos no desenvolvimento dentário do escolar.
- Caracterizar o crescimento pândero-estrutural do escolar.
- Identificar as mudanças que ocorrem entre os escolares de ambos os sexos com o início da puberdade.
- Caracterizar os principais agravos à saúde do escolar e as ações do enfermeiro dirigidas à promoção da saúde e prevenção desses agravos.
- Descrever as ações de saúde dirigidas às alterações visuais em escolares.
- Discorrer sobre as dificuldades relativas à realização sistemática da triagem auditiva em escolares.
- Identificar aspectos envolvidos no aumento da prevalência do sobrepeso/obesidade em escolares e descrever suas consequências para a saúde do escolar.
- Descrever as ações dirigidas à prevenção; à identificação, ao controle e ao acompanhamento da violência doméstica contra o escolar.



PROPOSTAS PARA ESTUDO

- Levantar as ações de saúde voltadas ao escolar, desenvolvendo em uma unidade básica de saúde.
- Buscar artigos, leis, programas e informações sobre saúde do escolar em *sites*, como: www.scielo.br, www.opas.org.br, www.saude.gov.br, www.saudeescolar.gov.br, www.inep.gov.br, www.fdn.gov.br, www.saude.sp.gov.br, www.cvs.sp.org.br, www.saude.rio.rj.gov.br, www.hiperatividade.com.br, www.portalcofen.gov.br, www.corensp.org.br
- Assistir e discutir filmes como:
 - Domésticas – o filme. [DVD]. Brasil; 2001: trata do cotidiano de três mulheres trabalhadoras de famílias das classes populares, com características e projetos de vida diversos.
 - Duas vidas. [DVD]. EUA: Walt Disney; 2000: aborda o confronto de um homem com sua infância, aos oito anos de idade. Apresenta seus sonhos e suas dificuldades na família e na escola e as estratégias de superação.

- Entrevistar profissionais que atuam na Área de Saúde Escolar precedida da elaboração de um roteiro das questões a serem abordadas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A promoção da saúde no contexto escolar. Rev. Saúde Pública 2002; 36(4):533-5.
2. Abud AB, Ottaiano JAA. Aspectos socioeconômicos que influenciam no comparecimento ao exame oftalmológico de escolares com alterações visuais. Arq Bras Oftalmol 2004; 67(5):773-9.
3. Albano RD, Souza SB. Estado nutricional de adolescentes: “risco de sobrepeso” e “sobrepeso” em uma escola pública do Município de São Paulo. Cad Saúde Pública 2001; 17(4):941-7.
4. Almeida SS, Nascimento PC, Quaiotib TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. Rev Saúde Pública 2002; 36(3):353-5.
5. Anjos LA, Castro IRR, Engstrom EM, Azevedo AMF. Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares no Município do Rio de Janeiro, 1999. Cad Saúde Pública 2003; 19(Sup. 1):S171-S179.
6. Araújo AS, Moura JR, Camargo LA, Alves W. Avaliação auditiva em escolares. Rev Bras Otorrinolaringol 2002; 68(2):263-6.
7. Barros CF, Vitoria CG. Epidemiologia da saúde infantil. São Paulo: Hucitec-UNICEF; 1991.
8. Biddulph S. O segredo das crianças felizes. São Paulo: Fundamento; 2003.
9. Biddulph S. Momentos mágicos com seus filhos. São Paulo: Fundamento; 2003.
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: Ícone; s.d.
11. Brasil. Decreto Lei n. 94.406, de 06 de junho de 1987, regulamentada a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências [legislação na internet]. Brasília; 1987. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=26§ionID=32>. Acessado em 24/07/2008.
12. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. 6. ed. São Paulo: Ícone; s.d.
13. Brasil. Lei n. 9.394, de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB [legislação na internet]. Brasília; 1996. Disponível em:

- http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acessado em 11/02/2006.
14. Brasil. Ministério da Educação. Programa nacional de saúde escolar [programa na internet]. Brasília; 2004. Disponível em: http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=saude_escolar.html. Acessado em 24/07/2008.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Campanha nacional pela saúde do escolar – quem ouve bem aprende melhor!: Kit-escola. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2001.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Violência doméstica contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
 18. Brasil. Portaria Interministerial n. 1.010, de 08 maio de 2006. Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional [legislação na internet]. Brasília; 2006. Disponível em: http://www.opas.org.br/familia/uploadArq/Port_Mec1010.pdf. Acessado em 07/07/2008.
 19. Cano MAT, Silva GB. Detecção de problemas visuais e auditivos de escolares em Ribeirão Preto: estudo comparativo por nível socioeconômico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 1994; 2(1):57-68.
 20. Cavalcante SM, Kara-José N, Temporini ER. Percepção de pais de escolares da 1ª série do ensino fundamental a respeito da campanha “Olho no Olho” 2000, na cidade de Maceió – Alagoas. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 67(1):87-91.
 21. Conceição JAN. Morbidade e mortalidade do escolar. In: Marcondes E, org. *Pediatria básica*. 9. ed. São Paulo: Savier; 2005. p. 620-3.
 22. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Vejá bem Brasil – Manual de orientação*. Imprensa Oficial: Conselho Brasileiro de Oftalmologia; 1998. 29p.
 23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 160, de 08 de fevereiro de 2007, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [legislação na internet]; 2007. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>. Acessado em 24/07/2008.
 24. Cunha LN. *Diet book júnior: tudo o que você deve saber sobre alimentação e saúde de crianças e adolescentes*. São Paulo: Mandarim; 2000.
 25. Fausto A, Ceruini R, org. *O trabalho e a rua: crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1996.

26. Fehline ADL, Cardoso MVL, Pagliuca LMF. Prevenção e detecção de distúrbios oftalmológicos em escolares. *Ped Atual* 2000; 13(4):21-5.
27. Ferriani MGC. A inserção do enfermeiro na saúde escolar. São Paulo: EDUSP; 1991. (Coleção Campi, 3).
28. Fundação Otorrinolaringologia (FORL) [homepage na internet]. São Paulo; 2006-2008 [atualizada 2004 nov. 24]. Disponível em: <http://www.forl.org.br>. Acessado em 24/07/2008.
29. Granzoto JA, Ostermann CSPF, Brum LF, Pereira PG, Granzoto T. Avaliação da acuidade visual em escolares da 1ª série do ensino fundamental. *Arq Bras Oftalmol* 2003; 66(2):167-71.
30. Guerra VNA, Azevedo MA. Violência física e sexual domésticas contra crianças e adolescentes: “pondo os pingos nos is”. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança do Instituto de Psicologia da USP; 1997.
31. Hamburger E, Bucci E. *A TV aos 50 anos*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.
32. Harnack GA, org. *Crescimento e desenvolvimento da criança*. In: *Manual de Pediatria*. São Paulo: EPU-Springer; 1980. p.1-12.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Censo na internet]; 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 10/07/2008.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares*, 1987 – 1988. Rio de Janeiro; 1991.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares*, 1995 – 1996. Rio de Janeiro; 1997.
36. Kac G, Coelho MASC, Velasquez-Melendez G. Tendência secular em idade de menarca em mulheres nascidas em 1920 e 1980 no Rio de Janeiro, Brasil. *PSN*, 1996. In: *Anais do 6º Congresso Paulista de Saúde Pública*, 1996; Águas de Lindóia, São Paulo, BR, 2001. São Paulo: Abrasco; 2001. p.137-43.
37. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc saúde coletiva* 2005; 10(1): 35-46.
38. Marcondes E, Setian N, Carraza FR. Desenvolvimento físico (crescimento) e funcional da criança. In: Marcondes E, org. *Pediatria básica*. 9. ed. São Paulo: Savier; 2005. p. 23-35.
39. Mascaretti LAS. Observação clínica do escolar. In: Marcondes E, org. *Pediatria básica*. 9. ed. São Paulo: Savier; 2005. p. 17-20.
40. Mondini L, Monteiro CA. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). *Rev. Saúde Pública* 1994; 28(6):433-439.
41. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6 Supl):52-61.

42. Nobre MRC, Dominguez RZL, Silva AR, Colugnati FAB, Tadei JAAC. Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. *Rev Assoc Méd Bras* 2006; 52(2):118-24.
43. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). A saúde no Brasil. Brasília: Representação da OPAS/OMS no Brasil; 1998.
44. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fomento de la salud a través de la escuela: informe de un comité de expertos de la OMS en educación sanitaria y fomento de la salud integrales en las escuelas. Ginebra; 1997. (Serie Informes Técnicos 870).
45. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):687-707.
46. Russ HHA, Temporini ER, Kara-José N. Impacto da Campanha Olho no Olho em escolas de ensino fundamental: percepção do pessoal de ensino. *Arq Bras Oftalmol* 2004; 67(2):311-21.
47. Sampaio MM, Gonçalves A. Fonoaudiologia em saúde pública: apreciações preliminares a propósito de experiência pioneira em São Paulo, SP (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1980; 14(2):215-23.
48. Santos EV, Benze BGA. A expressão da violência física doméstica contra o escolar no cotidiano de famílias de diferentes grupos sociais. In: *Anais do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: Trajetória espaço temporal da pesquisa em de Lindóia [CD-ROM]*.
49. Santos EV, Benze BGA. Trabalho, consumo e situação nutricional de escolares. In: *Livro-Programa do 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: Trajetória espaço temporal da pesquisa; 2002 out. 28-31, Águas de Lindóia, São Paulo, BR. Águas de Lindóia: FEUSP; 2002. p. 106.*
50. Santos EV. Para além do desfecho: a violência física doméstica contra o escolar como processo social e como questão da saúde coletiva. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
51. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Adolescência e saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 1999.
52. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenação estadual do SISVAN. Núcleo de investigação em nutrição. Curso de atualização em vigilância do crescimento: manual de orientação técnica. São Paulo: Imprensa Oficial; 2002.
53. Serra GM, Santos EMS. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Rev Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(3):691-701.

54. Shapiro S. Conversa de pai e mãe: manual de consultas rápidas e soluções eficientes. São Paulo: Paulinas; 2002.
55. Silva MV. Alimentação na escola como forma de atender às recomendações nutricionais de alunos dos Centros Integrados de Educação Pública (CIEPS). *Cad Saúde Pública* 1998; 14(1):171-80.
56. Soreto YOM, Colugnati FAB, Tadei JAC. Prevalência do sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(3):353-5.
57. Tiba I. Disciplina, limite na medida certa. São Paulo: Gente; 1996.
58. Waechter EH, Black RN, Lipp JP. *Enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
59. Zaguri T. Limites sem traumas. São Paulo: Record; 2000.

PARA SABER MAIS

- Biddulph S. Momentos mágicos com seus filhos. São Paulo: Fundamento; 2003.
- Biddulph S. O segredo das crianças felizes. São Paulo: Fundamento; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.
- Ferriani MGC. A inserção do enfermeiro na saúde escolar. São Paulo: EDUSP; 1991. (Coleção Campi 3).
- Gallinard P. A criança de 6 a 11 anos: desenvolvimento físico-psíquico-social. São Paulo: Paulinas; 1983.
- Halpern H. Entenda a obesidade, e emagreça. São Paulo: MG Editores Associados; 1994.
- Mascaretti LAS. O escolar. In: Marcondes E, organizador. *Pediatria básica*. 9a ed. São Paulo: Sawyer; 2005. p.617-51.
- Navarra T. Quando estou sozinho - um guia de auto-ajuda para crianças. São Paulo: Callis; 1995.
- Organización Mundial de la Salud. Fomento de la salud a través de la escuela – informe de un comité de expertos de la OMS en educación sanitaria y fomento de la salud integrales en las escuelas. Ginebra: OMS; 1997. (Serie Informes Técnicos 870).
- Schachter R, McCauley C. Meu filho tem medo: um guia prático para ajudar crianças e jovens a superar seus medos. São Paulo: Saraiva; 1990.
- Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 21. ed. rev. aum. São Paulo: Cortez; 2000.
- Shapiro S. Conversa de pai e mãe: manual de consultas rápidas e soluções eficientes. São Paulo: Paulinas; 2002.

Copyright © 2009 Editora Manole Ltda., por meio de contrato com as autoras.

Projeto gráfico: Texto & Arte Serviços Editoriais

Editoração Eletrônica: JLG Editoração Gráfica

Capa: Eduardo Bertolini

Imagem do frontispício – Cuidadoras hospitalares no Hôtel-Dieu, Paris, 1521

Logotipo: Copyright © Associação Brasileira de Enfermagem – Seção São Paulo (ABEn-SP)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica /
organizadoras Elizabeth Fujimori, Conceição Vieira da
Silva Ohara. – Barueri, SP – Manole, 2009
(Série Enfermagem)

Vários autores

Bibliografia

ISBN 978-85-204-2462-9

1. Crianças 2. Atenção básica à saúde 3. Enfermagem
I. Fujimori, Elizabeth. II. Ohara, Conceição Vieira da Silva.
III. Série.

09-04951

CDD-610

Índices para catálogo sistemático :

1. Atenção básica: Crianças: Enfermagem
610

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por qualquer
processo, sem a permissão expressa dos editores.

É proibida a reprodução por xerox.

1ª edição – 2009

Editora Manole Ltda.

Avenida Ceci, 672 – Tamboré

06460-120 – Barueri – SP – Brasil

Fone: (11) 4196-6000 – Fax: (11) 4196-6021

www.manole.com.br

info@manole.com.br

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

SOBRE OS AUTORES

ANA LUIZA VIEIRA BORGES

Doutora em Saúde Pública. Professora Doutora do Departamento de
Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Univer-
sidade de São Paulo.

ANNA LUIZA DE FÁTIMA PINHO LINS GRYSCHER

Doutora em Enfermagem. Professora Doutora do Departamento de
Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Univer-
sidade de São Paulo.

ANNA MARIA CHIESA

Doutora em Saúde Pública. Professora Livre-Docente do Departar-
mento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo.

CARLA ANDREA TRAPÉ

Doutoranda em Enfermagem. Enfermeira do Programa Saúde da
Família da Prefeitura do Município de São Paulo.

CECÍLIA HELENA DE SIQUEIRA SIGAUD

Doutora em Saúde Pública. Professora Doutora do Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enferma-
gem da Universidade de São Paulo.

CIRCEA AMÁLIA RIBEIRO

Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de
Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.