

AVALIAÇÕES DE SAÚDE DE ESCOLARES NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

HEALTH EVALUATIONS OF SCHOOL CHILDREN IN SCHOOL HEALTH PROGRAM

**Manoela Aparecida
Fumagalli Coelho
Mello¹**

Enfermeira. Mestre em
Biotecnologia e Saúde. E-mail:
manuhcoelho@hotmail.com

Rosa Maria Rodrigues²

Enfermeira. Doutora em
Educação. Professora no Curso
de Mestrado em Biotecnologia e
Saúde e na Graduação em
Enfermagem. Grupo de Estudos
e Pesquisas em Práticas
Educativas e Formação em
Saúde. Unioeste – Cascavel/PR
E-mail: rmdri09@gmail.com

**Solange de Fátima Reis
Conterno³**

Pedagoga. Doutora em
Educação. Professora no Curso
de Graduação em Enfermagem.
Grupo de Estudos e Pesquisas
em Práticas Educativas e
Formação em Saúde. Unioeste
– Cascavel/PR. E-mail:
solangeconterno@gmail.com

**Beatriz Rosana
Gonçalves de Oliveira
Toso⁴**

Enfermeira. Doutora em Saúde
Pública. Professora no Curso de
Mestrado em Biotecnologia e
Saúde e na Graduação em
Enfermagem. Unioeste –
Cascavel/PR E-mail:
beatriz.oliveira@unioeste.br

Lourdes Missio⁵

Enfermeira. Doutora em
Educação. Professora no Curso
de Mestrado Profissional Ensino
em Saúde. Universidade
Estadual do Mato Grosso do Sul
– Dourados/MS. E-mail:
lourdesmissio@gmail.com

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) instituiu-se como política intersectorial entre os Ministérios da Saúde e Educação para, dentre outras atividades, realizar ações assistenciais de saúde a escolares. Objetiva-se identificar as ações de saúde realizadas pelo PSE e descrever os problemas identificados. Estudo descritivo com abordagem quantitativa com dados produzidos, em 2015, em um município situado na região Oeste do estado do Paraná. Um total de 24.084 crianças e adolescentes em idade escolar passaram por avaliações relacionadas ao componente I do PSE. Verificou-se que 1,33% indivíduos encontravam-se com muito baixo peso, 4,49% com baixo peso, 70,73% eutróficos, 21,64% com peso elevado e 1,75% dos dados não foram amostrados. O índice municipal de alterações bucais foi de 36,88%. Na saúde ocular, 12,81% dos alunos avaliados apresentaram problemas de visão. Com base nos resultados, sugere-se que haja a ampliação dessa política de saúde escolar para alcançar números maiores de escolares. Em especial, será fundamental para ampliação dos índices o investimento na formação e no treinamento para a atuação no programa, a fim de que ações sejam planejadas e executadas na expectativa de que o programa atinja seus objetivos e, de fato, seja efetivado no município em análise.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade. Intersetorialidade. Promoção de Saúde. Programa Saúde na Escola.

ABSTRACT

Constrictive pericarditis is characterized by being a clinical condition that reflects The School Health Program (PSE) was instituted as an intersectoral policy between the Ministries of Health and Education to, among other activities, carry out health care actions for schoolchildren. The objective of this study is to identify the health actions carried out by the PSE and to describe the problems identified. A descriptive study with a quantitative approach was carried out with data produced in West of Paraná in the year of 2015. A total of 24,084 school-aged children and adolescents passed through evaluations related to component I of the PSE. It was verified that 1.33% of the individuals were underweight, 4.49% were considerably underweight, 70.73% of the individuals were eutrophic, 21.64% were overweight and 1.75% of the data were not sampled. In relation to

oral health, the municipal index of oral alterations was on 36.88%. Regarding eye health, 12.81% of the students had vision problems. Hence, it is suggested that the school health policy would be expanded in order to reach higher numbers of school children. Finally, especially important will be the investment in training and formation for the program, and these should be planned and executed with the expectation that the program will reach its objectives and will effectively be applied.

KEYWORDS: Integrality. Intersectoriality. Health Promotion. School Health Program.

INTRODUÇÃO

A saúde escolar, entendida como prática que envolve elementos assistenciais e educativos tem condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais de distintos momentos históricos, desde a sua emergência como higienizadora das questões de saúde das camadas populares, até sua compreensão como uma estratégia de promover saúde por meio de políticas públicas específicas. A mais recente é o Programa Saúde na Escola (PSE, doravante), criado em 2007, com a intenção de impulsionar práticas voltadas ao desenvolvimento integral e propiciar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação (BRASIL, 2015).

O PSE se desenvolve estruturado em três componentes. No componente I, são realizadas ações de avaliação das condições de saúde dos escolares. No componente II, estão alocadas as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e, por fim, o componente III engloba ações de formação de gestores e de equipes de educação e saúde envolvidos no programa (BRASIL, 2015).

Estudos sobre o PSE são recentes e, dentre eles, identificam-se pesquisas problematizando a promoção da saúde expressa no PSE (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015), as que analisam os seus documentos norteadores (DIAS et al., 2014; FERREIRA et al., 2012); ou as atividades do PSE nas regiões do país (MACHADO et al., 2015); as que investigam as concepções que circulam entre os professores sobre a saúde na escola (BARROS; LUZ, 2015); ou as que avaliam a promoção da saúde no PSE e a inserção da enfermagem (SILVA et al., 2014).

Na realidade local, a saúde escolar foi institucionalizada nos anos 1980, e até a década de 1990 foi gerenciada pelo setor de educação. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o centro de atendimento à criança passou para a gestão do sistema municipal de saúde com extensão de cobertura para todas as crianças e adolescentes. O município, segundo dados do Plano Municipal de Saúde 2014/2017, aderiu ao PSE no ano de 2013 (CASCATEL, 2014).

Diante desses aspectos, destaca-se, neste texto, a produção de dados de avaliações de saúde realizadas no município, a partir da pactuação de ações do PSE para o ano de 2015. Têm-se, como objetivos, identificar as ações de saúde realizadas e descrever os problemas identificados.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem quantitativa, com dados produzidos pelo PSE em 2015, em um município da região Oeste do estado do

Paraná, cuja população estimada era de 319.608 habitantes (IBGE, 2017) e taxa de analfabetismo de 16 anos ou mais estimada em 4,6% (IBGE 2010a). Em 2015, a rede pública de educação básica contava com 107 escolas municipais de ensino pré-escolar; 98 escolas de ensino fundamental (38 colégios estaduais e 60 escolas municipais). Para o ensino médio, havia 37 colégios estaduais e um federal. As matrículas totalizaram 5.352 no ensino pré-escolar em escolas municipais; 32.896 no ensino fundamental, em escolas municipais e estaduais e 12.474 matrículas no ensino médio em escolas estaduais e na escola pública federal (IBGE, 2015).

A rede de Atenção Primária à saúde encontrava-se subdividida em quatro distritos sanitários, composta por: 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 25 Unidades Saúde da Família (USF). Ressalta-se que algumas USF eram compostas por mais de uma equipe de saúde, totalizando 36 equipes. No Distrito Sanitário I, existiam cinco UBS tradicionais e oito ESF; no Distrito Sanitário II, seis UBS tradicionais e cinco ESF; no Distrito Sanitário III três UBS e 14 ESF e no Distrito sanitário IV nove USF (área rural).

Os dados produzidos pelo PSE em 2015 foram coletados pelos profissionais das UBS/ESF e registrados em tabela padronizada, pela Secretaria Municipal de Saúde, para as ações do componente I. No entanto, algumas delas foram preenchidas de formas distintas, usando siglas e formatos que alteravam o modelo padrão, o que dificultou a compreensão e a sistematização dos dados. Um total de 24.084 crianças e adolescentes passaram por avaliações relacionadas ao componente I em 2015, de Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIS), escolas da rede municipal e estadual, as quais foram caracterizadas quanto ao distrito a que pertenciam, ao ciclo escolar que estavam inseridos, ao diagnóstico nutricional e às alterações em saúde bucal e ocular. Os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®, e para cada categoria das variáveis foi calculada a respectiva frequência absoluta e relativa.

Os dados foram analisados de forma descritiva e cotejados com outros estudos já desenvolvidos sobre o PSE no Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme Parecer CEP nº 1.942.959.

RESULTADOS

No último censo realizado em 2010, o percentual de crianças de 0 a 3 anos que frequentavam a educação infantil no município era de 26,3%. Na faixa etária de 4 e 5 anos, o percentual de crianças matriculadas na pré-escola era de 70,8%. Para o ensino fundamental, nos anos iniciais, 98,1% das crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 14 anos frequentavam a escola. Já o percentual da população de 15 a 17 anos matriculadas no ensino médio era de 83,4% (IBGE, 2010a).

O número de matrículas realizadas em escolas públicas compreendendo todos os ciclos escolares, no ano de 2015, foi de 50.722 (IBGE, 2015), das quais 28.930 alunos foram pactuados para serem atendidos por atividades referentes ao componente I do PSE (Avaliação antropométrica; Avaliação da saúde bucal e Ocular). O município não pactuou as ações de avaliação da saúde auditiva, identificação de educandos com possíveis sinais de alteração de linguagem oral e identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação, que integram esse componente. Dos alunos pactuados, 24.084 (83,25%) passaram por avaliações em saúde. Em referência aos alunos matriculados nas escolas, a frequência relativa atingida foi de 47,48%. Dentre

os alunos avaliados, 13,43% eram do distrito I; 14,16% do distrito II; 15,18% do distrito III e, 4,41% do distrito IV (Tabela 1).

As escolas foram pactuadas observando-se se pertencia a regiões de maior vulnerabilidade social, se ofertava ensino infantil, fundamental, seguido do ensino médio. Além disso, consideraram-se as unidades de saúde com equipes completas, com maior número de profissionais e que cumpriam a legislação do programa.

Tabela 1 – Distribuição dos alunos da rede municipal e estadual avaliados pelo PSE em 2015.

| Distrito | Ciclo Escolar | Freq. por categoria (n) | Freq. relativa por categoria do total de alunos avaliados pelo PSE (%) | Freq. relativa de alunos avaliados pelo PSE pelo total de matrículas |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------|--|--|
| Distrito I | Ed. Infantil | 943 | 3,92% | 13,43% |
| | Ens. Fundamental I | 2758 | 11,45% | |
| | Ens. Fundamental II | 2533 | 10,52% | |
| | Ens. Médio | 578 | 2,40% | |
| Distrito II | Ed. Infantil | 1136 | 4,72% | 14,16% |
| | Ens. Fundamental I | 2889 | 12% | |
| | Ens. Fundamental II | 1994 | 8,28% | |
| | Ens. Médio | 1163 | 4,83% | |
| Distrito III | Ed. Infantil | 1635 | 6,79% | 15,18% |
| | Ens. Fundamental I | 2544 | 10,56% | |
| | Ens. Fundamental II | 2644 | 10,98% | |
| | Ens. Médio | 879 | 3,65% | |
| Distrito IV | Ed. Infantil | 238 | 0,99% | 4,71% |
| | Ens. Fundamental I | 1042 | 4,33% | |
| | Ens. Fundamental II | 688 | 2,86% | |
| | Ens. Médio | 420 | 1,74% | |
| Total Alunos Avaliados | | 24.084 | 100% | - |
| Total Alunos Pactuados | | 28.930 | 83,25% | - |
| Total Matrículas em 2015 | | 50.655 | 47,48% | |

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em referência ao ciclo escolar infantil, com base na tabela 1, o Distrito I obteve maior frequência de crianças com peso elevado, alterações em saúde bucal e saúde ocular, bem como maior frequência de dados não amostrados em saúde ocular. O Distrito II apresentou maior frequência de crianças com baixo peso e muito baixo peso; não obteve dados significativos entre as variáveis, no que corresponde à saúde bucal e apontou maior frequência de crianças sem alterações em saúde ocular. O Distrito III obteve a maior frequência de crianças sem alterações no diagnóstico nutricional, ou seja, eutróficas; apresentou maior frequência de crianças sem alterações em saúde bucal e se destacou pelos dados não amostrados referentes a saúde ocular. O Distrito IV teve maior frequência de crianças com dados não amostrados referentes ao diagnóstico nutricional e na saúde bucal, além de maior frequência de crianças com alteração em saúde bucal e na saúde ocular.

No que se refere ao ciclo escolar fundamental I, o Distrito I apresentou maior frequência de crianças com peso elevado, bem como baixo peso ou muito baixo peso. Com relação à saúde bucal e à saúde ocular, apresentou ausência de

diferenças entre os dados amostrados. O Distrito II obteve maior frequência de dados não amostrados no diagnóstico nutricional e menor frequência de crianças com alterações em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito III apresentou maior frequência de crianças com peso elevado e crianças eutróficas. No campo da saúde bucal, esse distrito apresentou maior frequência em alterações e ausência de diferenças entre os dados relacionados à saúde ocular. O Distrito IV apontou maior frequência de crianças eutróficas, maior frequência de dados não amostrados e com alterações em saúde bucal, da mesma maneira que frequência elevada de alterações em saúde ocular.

Correspondente ao ciclo escolar fundamental II, o Distrito I apresentou maior frequência de indivíduos com peso elevado e com alterações em saúde bucal; apontou frequência elevada em alterações, e a ausência delas no que se refere à saúde ocular. O Distrito II obteve maior frequência de indivíduos com baixo peso ou muito baixo peso, da mesma maneira que eutróficos; apresentou maior frequência de indivíduos sem alterações e de dados não amostrados na saúde bucal e frequência elevada de dados não amostrados correspondentes à saúde ocular. O Distrito III obteve maior frequência de dados não amostrados, assim como indivíduos com peso elevado; identificou-se maior frequência de indivíduos sem alteração em saúde bucal e maior frequência de dados não amostrados na saúde ocular. O Distrito IV apontou maior frequência de indivíduos eutróficos e demonstrou ausência de diferenças entre os dados correspondentes a saúde bucal e saúde ocular.

No ensino médio, no Distrito I, não houve diferenças entre os dados referentes ao diagnóstico nutricional e maior frequência de indivíduos com alterações em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito II, da mesma maneira, apontou ausência de frequências relativas no diagnóstico nutricional e obteve frequência elevada de dados não amostrados em saúde bucal e saúde ocular. O Distrito III foi o que obteve a maior frequência de indivíduos que se apresentavam com baixo peso ou muito baixo peso; apontou, ainda, maior frequência de alterações em saúde bucal e maior frequência de indivíduos sem alterações referentes à saúde ocular. Já o Distrito IV, apresentou maior frequência de indivíduos eutróficos, ausência de diferenças entre alteração e não alteração na saúde bucal e maior frequência de indivíduos sem alterações na saúde ocular.

Quadro 1 – Síntese analítica dos dados com maior frequência quanto ao diagnóstico nutricional, saúde bucal e saúde ocular. 2015.

| Ciclo Escolar | Distritos | Diagnóstico Nutricional | Saúde Bucal | Saúde Ocular |
|----------------|--------------|-------------------------|-------------|--------------|
| Infantil | Distrito I | ↑ | + | + NA |
| | Distrito II | ↓ | = | - |
| | Distrito III | ↔ | - | NA |
| | Distrito IV | NA | + NA | + |
| Fundamental I | Distrito I | ↓↑ | = | = |
| | Distrito II | NA | - | - |
| | Distrito III | ↔↑ | + | = |
| | Distrito IV | ↔ | + NA | + |
| Fundamental II | Distrito I | ↑ | + | + - |
| | Distrito II | ↓↔ | - NA | NA |
| | Distrito III | ↑ NA | + | NA |
| | Distrito IV | ↔ | = | = |
| Médio | Distrito I | = | + | + |
| | Distrito II | = | NA | NA |
| | Distrito III | ↓ | + | - |
| | Distrito IV | ↔ | = | - |

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Legenda: ↑ (peso elevado, sobrepeso, obesidade e obesidade grave); ↓ (muito baixo peso e baixo peso); ↔ (eutrófico); = (ausência de diferença entre os dados); NA (não amostrado); + (alteração); - (não alterado).

A tabela 2 apresenta a síntese geral do diagnóstico de saúde e mostra que, quanto ao diagnóstico nutricional, 1,33% indivíduos estavam com muito baixo peso, 4,49% com baixo peso, 70,73% dos indivíduos eutróficos, 21,64% com peso elevado e 1,75% dos dados não foram amostrados. Na saúde bucal, o índice municipal de alterações bucais foi de 36,88%; 59,96% não tinham alterações nessa variável e 3,16% dos indivíduos tiveram dados não amostrados. Em saúde ocular, 12,81% dos alunos avaliados apresentaram problemas de visão, 81,52% se encontravam sem alterações e 5,67% tiveram os dados não amostrados.

Tabela 2 – Síntese geral do Diagnóstico de Saúde referentes às avaliações do componente I, 2015.

| CASCABEL | | | |
|-------------------------|---------------|-----------|-----------|
| | Categorias | Freq. (n) | Prop. (%) |
| Diagnóstico nutricional | MBP | 333 | 1,33% |
| | BP | 1082 | 4,49% |
| | EUT | 17.035 | 70,73% |
| | PE | 5.212 | 21,64% |
| | NA | 422 | 1,75% |
| Saúde Bucal | Com Alteração | 8.881 | 36,88% |
| | Sem Alteração | 14.441 | 59,96% |
| | Não Amostrado | 762 | 3,16% |
| Saúde Ocular | Com Alteração | 3.086 | 12,81% |
| | Sem Alteração | 19.633 | 81,52% |
| | Não Amostrado | 1.365 | 5,67% |

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Legenda: (BP=baixo peso; MBP=muito baixo peso; EUT=eutrófico; NA=não amostrado; PE=peso elevado). *Peso elevado equivale a e sobrepeso, obesidade e obesidade grave

DISCUSSÕES

As tendências de sobrepeso e de obesidade em diversos países, entre 1980 e 2013 mostram que a prevalência desses problemas aumentou em 27,5% para adultos e 47,1% em crianças. Em países desenvolvidos, a taxa de sobrepeso e de obesidade em crianças e adolescentes aumentou de 16,9% em meninos, nos anos 1980, para 23,8%, em 2013; já em meninas, passou de 16,2%, em 1980, para 22,6%, no ano de 2013. Em países em desenvolvimento, as taxas de peso elevado e de obesidade também se intensificaram em crianças e adolescentes, aumentando de 8,1%, em 1980, para 12,9%, em meninos, e de 8,4% para 13,4%, em meninas, em 2013. A estimativa nacional de sobrepeso e de obesidade no Brasil em 2013 foi de 21,1%, em meninos e de 24,3%, em meninas, ambos menores de 20 anos de idade. Não foi identificada a diminuição significativa de taxas de sobrepeso ou de obesidade em nenhum país nos últimos 33 anos (MARIE et al., 2014).

Em adolescentes de 12 a 17 anos que frequentam escolas brasileiras em municípios maiores de 100.000 habitantes, tal taxa foi de 25%. A região Norte do país apresentou índices de 22% de peso elevado, equivalente à região Nordeste, que atingiu taxa de 24%. A região Centro Oeste obteve índices de 23,6% e o Sudeste apontou a frequência de 26% semelhante na região Sul, que apresentou o maior índice de sobrepeso e de obesidade, chegando a 29,8% (BLOCH et al., 2016). Esses dados se aproximam aos encontrados neste estudo, que apresentou 5,82% de crianças e adolescentes com baixo peso, 70,73% estavam com peso adequado e 21,64% foram diagnosticados com peso elevado.

Já o baixo peso pode relacionar-se ao estágio puberal e à presença de menarca entre as meninas. Em ambos os sexos, a prevalência de baixo peso é considerada baixa (PERES; LATORRE; SLATER, 2010). A ocorrência de baixo peso entre adolescentes do sexo feminino pode estar associada a patologias alimentares como anorexia e bulimia (DALLA COSTA et al., 2016).

Os achados associam-se aos hábitos alimentares que podem estar relacionados à falta de tempo para o preparo de alimentos, sendo normalmente tarefa feminina. As mulheres assumem o trabalho fora do lar, mas mantém o cuidado doméstico, favorecendo a inserção de hábitos alimentares mais práticos, contribuindo para o consumo de alimentos industrializados (OLIVEIRA et al., 2017). Cumpre ao sistema de saúde e ao de educação fortalecer os laços da intersectorialidade para a implementação das ações necessárias para o seu enfrentamento, tais como a prática de atividades físicas desde a escola, o incentivo e a oferta de alimentação saudável que estimule bons hábitos alimentares e a introdução dos conteúdos sobre alimentação saudável no currículo escolar.

É preciso fortalecer a compreensão de nutrição escolar que não se restrinja à refeição ofertada, mas que possibilite a criação de hábitos (BORSOI; TEO; MUSSIO, 2016), superando a ideia de atrair os escolares, corrigir as deficiências nutricionais (a fome e desnutrição) e garantir ao menos uma refeição diária às crianças em situação em vulnerabilidade social. Essas ações já estavam incluídas no programa denominado Fome Zero, o qual exigia a articulação de políticas na área da educação, saúde, agricultura e cultura, priorizando alimentação de qualidade a todos os brasileiros, objetivando o bem-estar e a manutenção da saúde da população (NOGUEIRA et al, 2016).

A prevenção e proteção à saúde, por meio de programas educativos, de atividade física e da compreensão de hábitos de vida saudáveis, aliados ao ambiente escolar e ao convívio dos familiares como norteadores dessas ações, se revelam como uma das mais benéficas estratégias de controle da obesidade infantil (ANDRADE et al., 2015).

A alimentação escolar é uma importante estratégia para o consumo alimentar sustentável, considerando que hábitos e preferências adquiridos na infância prosseguem na vida adulta. A alimentação nos primeiros anos de vida traz efeitos para a saúde atual e futura, influenciando na manutenção ou na mudança dos hábitos e sistemas alimentares (TRICHES, 2015).

Aliada à alimentação está a saúde bucal, que constitui um importante instrumento para o desenvolvimento integral do escolar. A odontologia deve estar integrada ao planejamento de estratégias de educação em saúde, mudando o conceito anteriormente voltado às lesões, para uma abordagem pautada em ações educativas e preventivas com o foco na promoção de saúde. Portanto, as avaliações de inspeção bucal não devem se restringir ao exame individual, mas apresentar um diagnóstico situacional que norteie os principais fatores de risco, entre eles a alimentação, o consumo de açúcar, as condições de higiene cotidianas e os possíveis acidentes no ambiente escolar, possibilitando a construção de políticas e avaliação de sua eficácia (BRASIL, 2016).

Neste estudo, a prevalência de alterações bucais no município foi de 36,88%. No caso do Ensino Infantil, a frequência de alterações foi de 29,86%, sendo que os Distritos I e IV apresentaram a maior frequência relativa de alterações. O Ensino Fundamental I teve prevalência de 46,6% dessas alterações, e os Distritos Sanitários III e IV foram os que apresentaram maior frequência nesta variável. O Ensino Fundamental II apontou índices de 32,01%, correspondendo aos Distritos I e III com maiores índices de alterações. Já o Ensino Médio apresentou a frequência de 29,01%, ficando a cargo dos Distritos I e III a maior frequência de alterações nessa variável.

No Brasil, em 2010, 46,6% das crianças aos 5 anos de idade estavam livres da cárie dentária; aos 12 anos, 43,5% apresentavam a mesma condição

em dentes permanentes. A média nacional de CEO-D (índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados) e CPO-D (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) para as idades de 5, 12 e 15 anos foram, respectivamente, 2,43, 2,07 e 4,25. Segundo a classificação da OMS, para o país ser considerado com baixa incidência de cárie, o índice de CPO-D/CEO-D, aos 12 anos deve estar entre 1,2 a 2,6 (BRASIL, 2012a).

Apesar de estar entre os países com baixa incidência em cárie, no Brasil se observa disparidade entre suas regiões. Os maiores índices de CPO-D estão concentrados na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apresentando média geral de 3,16; 2,63; 2,63, seguidos das regiões Sudeste e Sul com taxas de 1,72 e 2,06 (BRASIL, 2012a).

Em Belém do Pará pesquisa sobre hábitos de higiene bucal em adolescentes identificou índices de cáries de 58,54%, portanto, maior do que a média nacional, que revela a importância da realização de ações de promoção e de prevenção de saúde bucal, buscando diminuir as consequências provocadas pelos problemas bucais na qualidade de vida dos adolescentes (BARROS et al., 2015).

De acordo com Figueiredo et al. (2018), 45,5% dos escolares de 5 a 15 anos de idade residentes em uma zona rural do estado do Rio Grande do Sul apresentaram dentes cariados. Dentre eles, 74,5% receberam informações sobre higiene bucal na escola, mas 40% das crianças de 7 a 14 anos não recebiam supervisão de seus responsáveis quanto à escovação dentária em suas casas. Em 52,72% do total de 55 crianças havia alterações devido à fluorose, concluindo que a concentração de íons de fluoreto nas águas de abastecimento, em sua maioria poços artesianos, não estavam dentro da normalidade.

Embora não foram feitas análises específicas dos índices de CEO-D e CPO-D nesta pesquisa, observa-se que a prevalência de problemas bucais foi menor, considerando que, 70,14% dos alunos do Ensino Infantil, 53,4% dos alunos do Ensino Fundamental I, 67,99% dos alunos do Ensino Fundamental II e 70,99% dos alunos do Ensino Médio estavam sem alterações bucais e não necessitavam de procedimentos odontológicos.

Tais resultados podem estar associados à assistência odontológica realizada no município prestada por 34 clínicas odontológicas e dois Centros Especializados Odontológicos (CEO) contando com cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares de consultório dentário, os quais, organizados em equipes de Saúde Bucal, desenvolvem ações de promoção, de prevenção e de recuperação em saúde bucal nas unidades de saúde, nas escolas e na comunidade (CASCAVEL, 2018).

Nas últimas décadas, observou-se uma expressiva redução do valor do CPO-D no Brasil. Em 1980, a média nacional era considerada muito alta, apresentando índices de 7,3. As medidas preventivas adotadas justificam os fatores de redução desses dados. O uso de fluoretados nas águas de abastecimentos e a aplicação tópica nos dentes, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde odontológicos, a implantação da ESF, além da estruturação da Atenção Básica que busca a priorização de ações de educação, de promoção e de prevenção em saúde bucal, resultaram nas mudanças do cenário nacional (AGNELLI, 2015).

Contribuindo para a prevenção e para o controle da cárie dentária, a fluoretação da água se constitui um método seguro, barato e eficaz. A disparidade entre as condições de saúde bucal nas regiões do Brasil revela a necessidade da fluoretação essencialmente em regiões menos desenvolvidas (GARBIN et al.,

2017). As condições socioeconômicas contribuem para os impactos negativos da saúde bucal, haja vista que, quanto menor a renda, menor é a procura pelos serviços odontológicos, tornando a fluoretação da água, uma importante estratégia para o controle de possíveis agravos a saúde. Essa é reconhecidamente uma ação de promoção da saúde, pois atua de forma global nas condições de vida das populações desencadeando consequente qualidade nas condições de saúde.

Ainda que os índices de CPO-D se encontrem em redução no Brasil, os valores mais elevados se apresentam nas regiões mais pobres, acometendo a população menos favorecidas economicamente à maior prevalência dos problemas de saúde bucal (AGNELLI, 2015).

Na realidade estudada, achados demonstram que o Distrito que compreende a área rural teve maior prevalência de problemas bucais, tanto na educação infantil quanto no ensino fundamental I, apontando a necessidade de maior suporte as comunidades rurais visando ampliar medidas de prevenção e atenção sobre a saúde bucal. Segundo dados do IBGE (2010b), no município, o valor do rendimento nominal médio mensal rural no ano de 2010 foi de 2.326,73, enquanto o valor referente ao rendimento urbano foi de 3.154,21, evidenciando a diferença socioeconômica existente.

A compreensão e a análise dos indicadores de saúde são o ponto de partida, mas considera-se necessário desenvolver medidas para além dos aspectos biológicos, abrangendo o indivíduo e a comunidade, desenvolvendo políticas de saúde que englobem e compreendam a necessidade geral da população, cujo foco seja reduzir possíveis desigualdades (MOTTA et al., 2016).

Outra vez, políticas públicas baseadas na universalidade, na equidade e na integralidade se fazem indispensáveis, oportunizando à população as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde, medidas preventivas e de tratamento. Ainda, a educação em saúde representa uma fundamental estratégia para a formação de comportamentos que promovam hábitos saudáveis e mantenham a saúde.

Dentre os sentidos desenvolvidos pelo ser humano, a visão desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança. Alterações oftalmológicas têm impacto negativo no desenvolvimento das potencialidades físicas, cognitivas e sociais, bem como, prejudicam o rendimento escolar (OLIVEIRA, 2013).

Escolares com alterações visuais podem apresentar dores de cabeça, tonturas, cansaço e olhos vermelhos, sintomas que frequentemente se acentuam ao ler, escrever e ao realizar atividades que necessitem esforço visual. Alterações visuais não identificadas precocemente podem comprometer o processo ensino/aprendizagem, resultando no desinteresse e, conseqüentemente, na evasão escolar (BRASIL, 2008).

O PSE caracteriza-se como um importante programa para detecção precoce de problemas de visão nos alunos, tendo em vista que realiza triagem visual, encaminhamentos a serviços de saúde e educação em saúde aos escolares, contribuindo para a promoção e para a reabilitação dos problemas encontrados, o que possibilita a prevenção de agravos mais complexos.

Estima-se que, no mundo, 19 milhões de criança menores de 15 anos tenham problemas de visão. Desses, 12 milhões têm alterações devido a problemas refrativos, ou seja, causas completamente tratáveis, e 1,4 milhões se encaixam na condição de cegueira irreversível (WHO, 2012). Desde 1990, a prevalência mundial de problemas relacionados à visão vem regredindo, fator que pode ser associado ao desenvolvimento socioeconômico, às estratégias de saúde

pública, ao maior acesso a serviços oftalmológicos e à consciência da população sobre possíveis soluções relacionadas à saúde ocular. Contudo, em 2015, 56% dos casos de cegueira ainda foram relacionados a causas tratáveis (FLAXMAN et al., 2017), revelando a importância de se investir em triagens, detecção precoce, promoção e prevenção de saúde.

No Brasil, a deficiência visual acomete 18,60% da população, sendo que 3,46% tem deficiência severa. Entre a faixa etária de 0 a 14 anos, 5,3% apresentam alguma alteração visual (BRASIL, 2012b).

Dados encontrados neste estudo apontam que 3.086 (12,81%) escolares foram diagnosticados com alterações na acuidade visual. A área rural do município de Cascavel - PR apresentou maior prevalência de alterações, que se concentravam nos ciclos de ensino infantil e fundamental I. O Distrito urbano I também apresentou índices elevados, referenciando o Ensino Infantil, Fundamental II e Ensino Médio, os ciclos de ensino com maiores alterações. Os demais distritos não tiveram frequência relativa considerável entre achados de alterações na saúde ocular, ficando a cargo do município, maior atenção onde os índices se mostraram elevados.

Estudos de avaliação da acuidade visual em crianças e adolescentes em idade escolar em municípios dos estados de SC, RJ, SP, CE, corroboram com os achados encontrados nesta pesquisa. Em Herval D'Oeste – SC, dentre 318 crianças avaliadas por meio do Teste com a tabela de Snellen, 30 (9,4%) apresentaram acuidade visual baixa, sendo encaminhados a consultas oftalmológicas. Dessa amostra, seis crianças não compareceram ao especialista, 19 necessitaram de correção óptica e as demais já faziam uso de lentes corretivas (OLIVEIRA et al., 2013). Em Blumenau- SC, entre 463 crianças que passaram por avaliação da qualidade visual, por meio do teste de Snellen, 63 (13,6%) tinham alteração. Já em Presidente Prudente – SP, das 726 crianças pesquisadas, 100 (13,8%) apresentaram baixa acuidade visual (DAN, 2015/2016). No município de Icapuí – CE, verificou-se que 73 (14,6%) dos 499 alunos que foram examinados por meio da tabela de Snellen, apresentavam alguma dificuldade na visão (AMORIN; RÓSEO; FERREIRA, 2013). Outro estudo apresentando frequência de alterações maiores foi realizado em Patos de Minas – MG, no qual 38 (20,87%) crianças, em um montante de 182 que passaram por triagem oftalmológica, apresentaram baixa acuidade visual (FIGUEIREDO et al., 2015). Em Barcelos – AM, dentre 1.050 estudantes da rede pública de ensino, 66 (6,3%) apresentaram alterações na acuidade visual (RÉGIS-ARANHA, 2017).

Diante dos dados apresentados, é imprescindível a implementação de programas públicos que abranjam a saúde ocular, considerando a redução dos impactos negativos que tal deficiência pode acarretar. Como já observado, as realizações do diagnóstico precoce, bem como os encaminhamentos para possíveis tratamentos, são fundamentais para a manutenção do bom desenvolvimento escolar e da vida cotidiana.

Medidas educativas e de formação dos profissionais que diretamente estão realizando ações acerca da saúde escolar se fazem necessárias, ressaltando a importância de medidas preventivas e promotoras da saúde, considerando o alto índice de associação do comprometimento da visão ao desenvolvimento infantil (NASCIMENTO; GAGLIARDO, 2016). Ações educativas empoderam os indivíduos para o entendimento a respeito da saúde ocular, estimulam a busca da resolução das alterações visuais e contribuem para a promoção da saúde, se tornando uma importante estratégia para a manutenção e o bom desenvolvimento de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As avaliações das condições de saúde dos escolares evidenciaram níveis reduzidos de baixo peso, em concordância com a média nacional que se encontra em declínio. Para tanto, investimentos socioeconômicos, ampliação dos serviços básicos de saúde, educação, saneamento, além de políticas sociais com intuito de auxiliar as famílias que se encontram em situação de pobreza a superar esta condição são estratégias que vêm se mostrando eficazes para o controle do baixo peso e desnutrição.

Em contrapartida, é notório o aumento do sobrepeso em todo o território nacional, demonstrado por outros estudos que corroboram com o diagnóstico nutricional de sobrepeso encontrado nos escolares estudados. É mister aprimorar e investir em estratégias de promoção da segurança alimentar e alimentação saudável, ampliando medidas sustentáveis, tais como a alimentação proveniente da agricultura familiar, criação de hortas escolares e municipais, para maior qualidade nutricional nas merendas fornecidas na rede pública de ensino, conjuntamente, ofertando educação em saúde sobre esta temática a todos os escolares e formação sobre tal assunto aos profissionais envolvidos no PSE.

Infere-se que é indispensável o investimento em educação em saúde bucal para a comunidade escolar, compartilhando esses conhecimentos aos familiares e à comunidade, a fim de modificar comportamentos não favoráveis a saúde. Os achados compreendendo a saúde bucal dos escolares deste município atingiram níveis menores do que o índice nacional, podendo associar tal resultado à ampliação da assistência odontológica na APS. Mesmo assim, sugere-se que os gestores intensifiquem as ações de saúde bucal na área rural, a qual teve prevalência elevada de alterações, atentando-se aos indicadores de renda, aos serviços de saneamento básico e ao sistema de abastecimento de água que devem dispor da fluoretação. Igualmente, é proposto maior suporte ao Distrito urbano III, que apresentou índices elevados de alteração nessa variável, cabendo aos gestores observar se não há concentração de vulnerabilidades sociais nesta área que possam estar relacionadas a estes achados.

Constatou-se que 3.086 crianças e adolescentes avaliados apresentaram alterações na acuidade visual, em atenção à frequência alta de alterações apresentadas pelo Distrito Rural e Urbano I, que apontaram níveis elevados de alterações para o ensino infantil e fundamental. Políticas públicas que incluam a saúde ocular são fundamentais para que se possa obter o diagnóstico precoce. Destarte, é importante assegurar a atenção integral à saúde objetivando que a baixa acuidade visual não impacte no desenvolvimento pessoal. Evidencia-se que a formação profissional se faz necessária, para identificação dos alunos com dificuldades visuais e para condução a serviços de saúde que possam contribuir para a resolutividade desta adversidade, cumprindo o princípio da integralidade. Outrossim, alerta-se para o planejamento sistemático da atenção à saúde escolar para que se cumpra a integralidade e a resolutividade na Atenção Primária.

Sugere-se a ampliação do PSE para alcançar números maiores de escolares, considerando que 47,48% do total de alunos matriculados foram beneficiados pelo programa. Incentiva-se a pactuação das ações de triagem auditiva e a avaliação da linguagem oral, visando identificar precocemente a perda auditiva e distúrbios da fala e linguagem, minimizando os efeitos deletérios destas

alterações na qualidade de vida dos educandos. Não menos importante encontra-se a necessidade de avaliação de doenças em eliminação causadas por agentes infecciosos e parasitas neste público. Para que tais ações se efetivem e permaneçam, é fundamental investir na formação e no treinamento para a atuação no programa, pois, em alguns momentos, os dados disponíveis para sistematização e para análise sugeriam discrepâncias nos métodos para a coleta de dados, o que impacta negativamente, pois desqualifica as ações e compromete a qualidade das análises e, por consequência, fragiliza a proposição, por parte da gestão municipal da saúde e demais setores, de políticas e ações para enfrentar as condições identificadas

AGRADECIMENTOS: Agradecemos à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina pela bolsa de estudos para os Residentes e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina - FAPESC (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio. Conceitualmente o termo qualidade de vida, em virtude de sua complexidade

REFERÊNCIAS

- AGNELLI, Patrícia Bolzan. Variação do índice COPD do Brasil no período de 1980 a 2010. **Rev. bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 10-5, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/549/446>>. Acesso em: 11 jan. 2018.
- AMORIN, Rosane Silva de; RÓSEO, Fabianne Ferreira Costa; FERREIRA, Maria de Lourdes Lima. Avaliação da acuidade visual de escolares de uma cidade do Ceará. **12 Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Anais.** Belém- PA mai./jun. 2013. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/536>> Acesso em: 22 de jan. 2018.
- ANDRADE, Julia et al. Intervenções escolares para a redução da obesidade infantil: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde.** v. 8, n. 2, p. 72-78, maio/ago. 2015. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8Rch_gNZm0IJ:revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/download/19790/13475+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clink&gl=br&client=safari>. Acesso em: 2 jan. 2017.
- BARROS, João Paulo Pereira; LUZ, Paulo Cezar Moura. Saúde na Escola: que discursos circulam entre profissionais de saúde e educação? **Artes de Educar.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 115-132, p. 115-132, fev./maio. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/riae/article/view/10340/11835>>. Acesso em: 9 ago. 2016.
- BARROS, Wallace Rafael Conde et al. Prevalência da cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica. **Adolesc. Saúde.** v. 12, n. 2, p. 59-68, abr./jun. 2015. Disponível em: <Prevalência da cárie dentária na adolescência em Belém do Pará: uma perspectiva amazônica>. Acesso em: 08 de jan. 2018.
- BLOCH, Katia Vergetti. et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública.** v. 50 (supl 1), 9s,

2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006685.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

BORSOI, Aline Tecchio; TEO, Carla Rosane Paz Arruda; MUSSIO, Bruna Roniza. Educação alimentar e nutricional no ambiente escolar: uma revisão integrativa. **RIAEFE**, v. 11, n. 3, p. 1441-1460, 2016. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7413>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Projeto Olhar Brasil**: Triagem de acuidade visual manual de orientação. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1863-pse-manual-olharbrasil&Itemid=30192>. Acesso em: 21 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação –Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010 Pessoa com Deficiência**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012b. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/cartilha-do-censo-2010-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE - Promoção da Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

CASCADEL. Secretaria de Saúde. Concelho Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Cascavel: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: <[http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014_plano_de_saude_2014_2017\(1\).pdf](http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/04062014_plano_de_saude_2014_2017(1).pdf)>. Acesso em: 29 jul. 2016.

CASCADEL. Secretaria Municipal de Saúde. **Assistência odontológica**. Cascavel: Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em: <<http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=140>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Texto e Contexto**. Porto Alegre; v.14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>>. Acesso em: 9 ago. 2016.

DALLA COSTA, Márcia Cristina et al. Sobrepeso como fator de risco para hipertensão em escolares de município paranaense. **Varia Scientia – Ciências da Saúde**. v. 2, n. 1, p. 31-42, jan./jul. 2016. Disponível em: <<http://erevista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/download/14313/10050>> Acesso em: 11 jan. 2018.

DAN, Vanderson José Lopes. Prevalência de baixa acuidade visual em escolares do Oeste paulista. **Rev Urutágua** – academia multidisciplinar – DSC/UEM, n. 33, dez. 2015/maio 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/25477>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. Sobral. **SENARE**. v. 13, n. 1, p. 29-34, jan./jun. 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/428/283>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa et al. Diplomas normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

FIGUEIREDO, Márcia Cançado et al. Condições de saúde bucal de escolares de zona rural do Rio Grande do Sul. **Revista Conexão UEPG**. v. 14, n. 1, p.122-129, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/10241>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

FLAXMAN, Seth R. et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**. v. 5, dez. 2017.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Fluoretação da água de abastecimento público: abordagem bioética, legal e política. **Rev. Bioét.** v. 25, n. 2, p. 328-337, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/1983-8042-bioet-25-02-0328.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades/Informações estatísticas**, 2010b (online). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410480&search=parana|cascavel>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades/Informações estatísticas**, 2015 (online). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades/Informações estatísticas**, 2017 (online) disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel/panorama>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008 - 2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Ministério do Planejamento, 2010a. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *Journal of Human Growth and Development*. v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2016.

MARIE, N.G. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The lancet*. v. 384, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24880830>>. Acesso em: 28 out. 2017.

MOTTA, Lara Jansiski et al. Análise dos índices de saúde bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. Belo Horizonte, **E&G Economia e Gestão**. v. 16, n. 42, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/P.1984-6606.2016v16n42p138>>. Acesso em: 17 jan 2018.

NASCIMENTO, Gabriela Cordeiro Corrêa do; GAGLIARDO, Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores. **Rev Bras Oftalmol**. v. 75, n. 5, p. 370-5 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802016000500370>. Acesso em: 24 jan. 2018.

NOGUEIRA, Rosana Maria et al. Sessenta anos do programa nacional de alimentação escolar no Brasil. **Rev. Nutr.** v. 12 n. 2, p. 253-257, mar. /abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n2/1415-5273-rn-29-02-00253.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

OLIVEIRA Tatiana Coura. et al. Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. **Interface**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005021103&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 07 dez. 2017.

OLIVEIRA, Rafaela Santini de et al. Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste Santa Catarina, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 180-6, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29544/565>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

PERES, Stela Verzinhasse; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; SLATER, Betzabeth Prevalência de Baixo Peso em Adolescentes da Rede de Ensino Público da Cidade de Piracicaba (SP) e seus Fatores Associados. **Cient Ciênc Biol Saúde**. v. 12, n. 4, p. 23-28, 2010. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1278/122>> Acesso em: 11 jan. 2018.

RÉGIS-ARANHA, Lauramis de Arruda et al. Acuidade visual e desempenho escolar de estudantes em um município da Amazônia Brasileira. **Escola Anna Nery**. v. 21, n. 2, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200204&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2018.

SILVA, Kenia Lara et al. Promoção da saúde no programa saúde na escola e a inserção da enfermagem. REMÉ. **Rev Min Enferm**. v. 18, n. 3, p. 614-622, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/950>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

TRICHES, Rozane Marcia. Promoção do consumo alimentar sustentável no contexto da alimentação escolar. Rio de Janeiro. **Trab. Educ. Saúde**. v. 13, n. 3, p. 757-771, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000300757&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 04 de jan. 2017.

WHO. World Health Organization. **Global date on visual impairments 2010**. OMS, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

Recebido em: 29-05-2018

Aceito em: 03-10-2019