

SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS PELO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA (PSE) EM UMA ESCOLA DA REDE MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Ana Carolina Costa Santos*
Tércia Maria Ribeiro Lima Rezende**
Anézia Moreira Faria Madeira**

* Acadêmica de enfermagem. Escola de Enfermagem/UFMG. E-mail: anacarol_csantos@yahoo.com.br

** Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública/EEUFMG. E-mail: terciamrlr@ufmg.br

***Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública/EEUFMG. E-mail: aneziamfm@enf.ufmg.br

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a situação de saúde de crianças e adolescentes atendidos pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa desenvolvida em uma escola da rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, com 367 escolares entre 6 e 13 anos de idade. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de avaliação anual de saúde do programa. Realizou-se a avaliação antropométrica, medida da pressão arterial e verificação da situação vacinal dos escolares. A média de idade foi de 8,9 anos (DP= ± 1,8 anos) e a maioria encontrava-se na faixa etária de 8 a 10 anos (41,7%). A condição nutricional de sobrepeso e obesidade foi identificada em 33,8% dos escolares e esteve mais presente no sexo masculino (54,0%). A prevalência da pré-hipertensão e hipertensão arterial foi de 6%. A maioria (87,2%) não sabia informar a sua situação vacinal. Um percentual de 19,8% declarou ter alguma doença crônica. Os resultados demonstram a necessidade de investigações mais aprofundadas sobre situação de saúde desses escolares, podendo auxiliar as equipes de saúde da família e comunidade escolar a planejar ações direcionadas para as reais necessidades do grupo.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Programa de Saúde na Escola. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

This study aimed to assess the health status of children and adolescents attended by School Health Program (SHP). This is a quantitative research approach developed in a public school in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, with 367 students between 6 and 13 years of age. Data were collected through a script for annual evaluation of health of the program. We conducted anthropometric measurements, blood pressure measurement and verification of immunization status of students. The mean age was 8.9 years (SD = ± 1.8 years) and the majority were in the age group 8 to 10 years (41.7%). The nutritional status of overweight and obesity was identified in 33.8% of the students and was more frequent in males (54.0%). The prevalence of prehypertension and hypertension was 6%. The majority (87.2%) did not know their vaccination status. A percentage of 19.8% reported having a chronic disease. The results demonstrate the need for further research on the health situation of these students, and can help the family health teams and the school community to plan actions directed to the real needs of the group.

Key words: Health Promotion. School Health Program. Child. Adolescent

INTRODUÇÃO

Vigilância à saúde se constitui em um conjunto de ações em saúde pública, englobando saberes dos profissionais de diversas áreas da saúde e além dela, que atuam conjuntamente sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, de forma contínua e sistemática, no sentido de modificar a realidade sanitária da população^{1,2}.

Podemos enfatizar e entender como campos de ação da vigilância à saúde, em especial do seu eixo promoção, a elaboração e implementação de políticas públicas “saudáveis”, baseadas em ações, abordagens e articulações intersetoriais, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas e serviços de saúde¹.

Nesta linha, foram criadas políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes, uma delas o Programa Saúde na Escola (PSE), de responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação. O PSE foi instituído em 05 de dezembro de 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino³.

O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações de promoção à saúde na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos³.

A escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. A escola promotora da saúde é definida como um local que tem uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social. Assim, percebe-se que a escola como um centro de aprendizagem por excelência, passa a ser visualizada como um dos espaços mais importantes na promoção de um estilo de vida saudável⁴.

O PSE está organizado em cinco grandes Áreas Temáticas de ações, também chamadas de componentes de atuação: Avaliação Clínica e Psicossocial; Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos; Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola; Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; Monitoramento e a Avaliação do PSE³.

Em relação às áreas temáticas avaliação clínica e psicossocial e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, o Decreto 6.286, em seu Artigo 4º, afirma que: as ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool;

prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; e educação permanente em saúde⁵.

Continuando, em seu Parágrafo Único, o Decreto 6.286 enuncia que as equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas⁵.

Em Belo Horizonte o PSE foi implantado em 2008, com a proposta de integrar, potencializar e implementar ações de saúde nas escolas, visando a melhoria das condições de saúde e de aprendizagem dos estudantes da rede municipal de educação. Teve início com um projeto piloto, com a participação de nove escolas e nove centros de saúde. Foi ampliado gradativamente, estando implantado desde 2010, em 169 escolas, envolvendo 147 centros de saúde. Conta com 180 monitores que atuam na organização do programa e realizam ações de promoção à saúde nas escolas. As ações do PSE no município contemplam a avaliação de saúde dos escolares, ações educativas nas escolas, capacitação de profissionais e o monitoramento do programa⁶.

A experiência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com o PSE, em uma escola da rede pública municipal, da Regional Nordeste de Belo Horizonte, vem ocorrendo desde o primeiro semestre de 2011, por ocasião do ensino clínico da Disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, da Escola de Enfermagem. Inicialmente os escolares eram avaliados na unidade de saúde, campo de estágio da disciplina, a partir de 2012 este trabalho passou a ser feito na própria escola. Essa avaliação é realizada juntamente com uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem de uma das equipes de saúde da família da unidade de saúde.

Considerando a experiência exitosa da UFMG com o PSE, principalmente por cumprir preceitos da promoção da saúde, como a intersetorialidade e a multidisciplinaridade, este trabalho tem como objetivo conhecer a situação de saúde de crianças e adolescentes atendidos pelo programa em uma escola da rede pública municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Acreditamos que este estudo, de certa forma, possibilitará às equipes de Saúde da Família e ao PSE planejarem ações de saúde no âmbito escolar, contemplando as necessidades identificadas entre os escolares.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal exploratório e descritivo, que utilizou métodos de análise quantitativos sobre a situação de saúde das crianças e adolescentes atendidos pelo Programa de Saúde na Escola (PSE). O estudo foi desenvolvido na Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo, que integra a rede pública municipal de ensino de Belo Horizonte, Minas Gerais. A escola está localizada no Bairro São Paulo, Regional Nordeste da capital, tendo 394 alunos com idade entre 6 e 13 anos matriculados no ensino fundamental, nos turnos manhã e tarde. Desde o início de 2011, a escola tem contado com o trabalho da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o Centro de Saúde São Paulo que é referência para assistência aos escolares. Em 2012 essa avaliação passou a ser realizada na própria escola e compreende as ações de promoção, prevenção e assistência em saúde, previstas no âmbito do PSE.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2012. Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as crianças e adolescentes regularmente matriculados na escola e acompanhados pelo PSE. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de avaliação anual de saúde do Programa Saúde na Escola, da Prefeitura de Belo Horizonte. Este instrumento tem como objetivo coletar dados e informações básicas sobre a saúde dos escolares, e identificar problemas e demandas de saúde para subsidiar a organização da assistência às crianças e adolescentes. A cada avaliação foram coletadas informações sobre a presença de doença crônica, se o escolar fazia acompanhamento em algum serviço de saúde, e se fazia uso regular de algum medicamento. Além disso, o escolar foi avaliado quanto a sua situação nutricional, presença de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, situação vacinal e parâmetros vitais. Aqueles que apresentavam alguma alteração no estado de saúde foram encaminhados ao centro de saúde.

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio das medidas do peso e altura, utilizando-se equipamentos antropométricos, tais como balanças e estadiômetros. Para a classificação do estado nutricional, foram adotados como referências os parâmetros da Organização Mundial de Saúde, segundo o sexo e a idade do escolar. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado, considerando a idade e o sexo do indivíduo avaliado e classificado de acordo com os pontos de corte de IMC para crianças e adolescentes, estabelecidos por curvas da Organização Mundial de Saúde⁷.

A avaliação da pressão arterial das crianças e adolescentes seguiu as recomendações da *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*⁸ e incluiu a medida da pressão pelo método auscultatório, utilizando manômetros aneróides e manguitos adequados ao tamanho do braço que se manteve apoiado a nível cardíaco. O escolar permaneceu sentado e em repouso por um período de cinco minutos antes da determinação da pressão arterial. Para a classificação da pressão arterial foi inicialmente determinado o percentil da estatura/idade de cada indivíduo, com base na referência do Center for Disease Control and Prevention⁹. Em seguida, as medidas de pressão arterial identificadas foram classificadas de acordo com as tabelas de pressão arterial para determinada idade, estatura e sexo, baseadas no *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*¹⁰.

A caderneta de vacinação foi verificada para avaliação da situação vacinal. Crianças e adolescentes com documentação ou história vacinal de validade questionável foram encaminhados ao centro de saúde para serem imunizados. Foram colhidas informações dos pais ou responsáveis pelo escolar, bem como da escola, sobre a presença de alterações psíquicas, cognitivas, motoras, atraso na fala e audição. Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0, com investigação descritiva e estratificada por sexo.

O estudo seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Saúde previstas na Resolução 196/96 sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCL foi assinado pelos pais ou responsáveis. No caso crianças com mais de sete anos de idade e adolescentes, estes assinaram o termo juntamente com seus pais ou responsável. Os participantes foram informados em linguagem apropriada sobre o anonimato e a participação voluntária.

As limitações do estudo podem ser atribuídas ao fato de se ter trabalhado apenas com crianças e adolescentes de uma única instituição de ensino fundamental do município, não considerando os indivíduos dessa mesma faixa etária de outras escolas da rede municipal e privada ou, ainda, os que não estão inseridos no espaço escolar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 367 crianças e adolescentes avaliados, a maioria encontrava-se na faixa etária de 8 a 10 anos (41,7%), com uma média de idade de 8,9 anos (DP= ± 1,8 anos). Em relação à distribuição por sexo, houve predomínio do sexo feminino na população geral (50,4%), assim como nas faixas etárias entre 6 e 10 anos (58,2%). No que se refere à altura, os resultados mostraram que a maioria das crianças e adolescentes tinha sua estatura adequada para a idade (92,1%), sendo a distribuição das proporções praticamente semelhante entre os sexos. A baixa estatura esteve presente em uma pequena proporção de indivíduos (2,5%), entretanto, no sexo feminino, ela foi mais prevalente (3,8%). Já a estatura elevada para a idade foi proporcionalmente maior no sexo masculino (7,1%). A condição nutricional de sobrepeso e obesidade foi identificada em 124 (33,8%) escolares e esteve mais presente no sexo masculino (36,8%) (Tabela 1).

Sabe-se que o excesso de peso na infância é um importante fator de risco para o desenvolvimento da obesidade na vida adulta, ou seja, há um risco aumentado de a criança obesa permanecer nessa condição quando adulta, se comparado aos indivíduos eutróficos. Além disso, a obesidade tem forte associação com complicações metabólicas, cardiovasculares, pulmonares, ortopédicas e psicológicas que podem surgir ainda na infância e adolescência e ocasionar efeitos danosos à saúde¹¹. As influências da sociedade e da mídia são os maiores responsáveis pelo crescimento do sobrepeso e da obesidade na infância e adolescência, pois difundem o consumo de produtos industrializados, de preparo rápido e de redes de *fast-food*, o que eleva o consumo desses produtos, não somente entre os jovens, mas, também, pelas famílias^{12,13}.

A maioria dos escolares teve sua pressão arterial classificada como normal. Entretanto, chama a atenção o número de crianças e adolescentes com pré-hipertensão e hipertensão arterial (n=22), com uma prevalência total de 6% nessa população. Essas condições nem sempre são identificadas pelos profissionais de saúde na avaliação inicial, mas tornam-se evidentes quando são empregadas as curvas de peso, altura e sexo padronizadas para a classificação da pressão arterial^{8,10}. Cabe destacar aqui que a pré-hipertensão, presente em 3% dos escolares, representa uma categoria de indivíduos que apresentam valores de pressão arterial situados entre os valores normais e aqueles que estabelecem o diagnóstico de hipertensão arterial. Esses indivíduos não são considerados doentes, mas apresentam riscos para tornarem-se hipertensos ou de apresentarem algum evento cardiovascular no futuro, quando adultos¹⁴.

Estudos recentes indicam que, na última década, a detecção dos níveis de pressão arterial mais elevados tem aumentado substancialmente entre crianças e adolescentes. A obesidade e outros fatores como o sedentarismo, o aumento da ingestão de alimentos com alto teor calórico e de sal, vêm sendo responsabilizados por essa tendência¹⁴. De fato, o aparecimento desse problema que antes se restringia a crianças portadoras de doenças renais está cada vez mais precoce e estudos internacionais demonstraram prevalência de pressão elevada em crianças e adolescentes de 1-12%, com significativa elevação na população obesa¹⁰.

Diante da relevância da obesidade e da hipertensão arterial na infância e adolescência, o sistema de saúde tem se organizado na tentativa de viabilizar intervenções voltadas para a promoção de um estilo de vida saudável, utilizando a escola como um dos espaços estratégicos para o diagnóstico, assim como para o incentivo à formação de hábitos alimentares saudáveis e à prática de atividades físicas regulares. No entanto, embora as evidências indiquem que a adoção de estilo de vida saudável constitua a base fundamental

para a prevenção e o tratamento dos fatores de risco para essas doenças crônicas não transmissíveis, o desafio atual se constitui na execução de estratégias eficazes, duradouras e viáveis no campo da saúde pública que conduzam à adoção do estilo de vida saudável em crianças e adolescentes¹⁵.

Nesse sentido, as recomendações no âmbito atenção primária referem-se à importância da atuação do enfermeiro juntamente com outros profissionais de saúde no contexto escolar, implementando intervenções apropriadas que vão desde o reconhecimento dos adolescentes que estão acima do peso, considerando que eles possuem um problema de saúde com riscos de complicações a longo prazo, até a abordagem integral, compreendendo o incentivo às famílias e aos grupos de interesse para a inclusão de alimentos saudáveis nas cantinas escolares¹⁶.

Tabela 1. Descrição da altura, IMC, pressão arterial e situação vacinal, de acordo com o sexo. Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo. Belo Horizonte, 2012.

Categoria	Sexo		Total N= 367 (%)
	Masculino n= 182 (%)	Feminino n=185 (%)	
Altura			
Adequada	167 (91,8)	171 (92,4)	338 (92,1)
Baixa	2 (1,1)	7 (3,8)	9 (2,5)
Alta	13 (7,1)	7 (3,8)	9 (2,5)
IMC*			
Eutrofia	109 (59,9)	124 (67,0)	233 (63,5)
Sobrepeso/obesidade	67 (36,8)	57 (30,8)	124 (33,8)
Magreza/magreza acentuada	6 (3,3)	4 (2,2)	10 (2,7)
Pressão arterial			
Normal	171 (94,0)	174 (94,1)	345 (94,0)
Pré-hipertensão	5 (2,7)	6 (3,2)	11 (3,0)
Hipertensão	6 (3,3)	5 (2,7)	11 (3,0)
Situação vacinal			
Em dia	14 (7,7)	23 (12,4)	37 (10,1)
Atrasada	5 (2,7)	5 (2,7)	10 (2,7)
Não apresentou o cartão	163 (89,6)	157 (84,9)	320 (87,2)

* Índice de Massa Corporal

Conforme apresentado na Tabela 1 avaliação do histórico vacinal só foi possível em apenas 47 (12,8%) escolares porque a maioria (87,2%) não apresentou o cartão de vacinas na ocasião da avaliação. Entre os que estavam com as vacinas em dia, as meninas (12,4%) tiveram maior proporção do que os meninos (7,7%). Esses resultados são preocupantes, pois nos fazem refletir sobre a importância do envolvimento de todos os profissionais de saúde e professores, nas ações de vigilância à saúde, desenvolvidas pelo PSE, entre elas o monitoramento da situação vacinal. Ademais, não se pode deixar de mencionar que o conhecimento das vacinas pelos escolares e seus pais também é um importante componente na decisão de procura pelo serviço de saúde para atualização do cartão vacinal e deve ser considerada no planejamento das ações de saúde no contexto escolar¹³.

Quando questionados sobre seu estado de saúde, 73 (19,8%) escolares declararam ter alguma doença crônica. A maior proporção (16,1%) mencionou ter doenças alérgicas (asma, rinite e alergias na pele), sendo estas mais prevalentes entre os meninos (18,6%). Esses resultados mostram que as doenças alérgicas representam uma importante causa de morbidade na infância e adolescência com repercussões negativas na qualidade de vida não só pela alteração respiratória, mas, também, pelos prejuízos comportamentais, funcionais e físicos que ocasionam^{17,18}. Nesse sentido, há que se considerar a importância de se implementar nas escolas ações de saúde que contemplem os aspectos relacionados ao ambiente, como forma de prevenção de complicações ou progressão dessas doenças, em especial a asma, para uma forma mais severa.

As outras doenças mencionadas em menor percentual (3,8%) foram anemia, câncer, diabetes, doença renal, epilepsia, hipotireoidismo, sopro cardíaco e doença na visão. O uso contínuo de medicamentos foi referido por 32 (8,7%) escolares, sendo mais comum no sexo masculino (12,1%). Um percentual de 16,3% mencionou acompanhamento regular em serviços de saúde. As alterações no desenvolvimento do aparelho motor e da fala foram observadas em 1,9% dos escolares (Tabela 2).

Tabela 2. Doenças crônicas, uso de medicamentos, acompanhamento de saúde e presença de alterações no desenvolvimento, de acordo com o sexo. Escola Municipal Francisco Bressane de Azevedo. Belo Horizonte, 2012.

Categoria	Sexo		Total N= 367 (%)
	Masculino n= 182 (%)	Feminino n=185 (%)	
Doenças crônicas			
Asma, rinite e alergias na pele	34 (18,6)	25 (13,5)	59 (16,1)
Outras*	5 (2,7)	9 (4,9)	14 (3,8)
Uso regular de medicamentos			
Sim	22 (12,1)	10 (5,4)	32 (8,7)
Não	160 (87,9)	175 (94,6)	335 (91,3)
Faz acompanhamento de saúde			
Sim	32 (17,6)	28 (15,1)	60 (16,3)
Não	150 (82,4)	157 (84,9)	307 (83,7)
Alterações no desenvolvimento (sim)**			
	6 (3,3)	1 (0,5)	7 (1,9%)

* Diabetes, câncer, doença renal, epilepsia, hipotireoidismo, sopro cardíaco, doença na visão. ** Fala e aparelho motor.

Finalmente, todo esse cenário evidencia que o maior desafio para o trabalho de promoção da saúde nas escolas está no emprego de tecnologias eficazes de comunicação. Considerando que a escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes, torna-se relevante o envolvimento dos profissionais de saúde, professores e família, assumindo uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que as vulnerabilidades identificadas nos escolares estiveram associadas à condição nutricional de sobrepeso e obesidade, presença de doenças crônicas e situação vacinal. Essas condições demandam por intervenções sistematizadas e articuladas entre as equipes de saúde da família (ESF) e a comunidade escolar, que contemplem atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Cabe mencionar aqui a importância de se implementar uma investigação mais aprofundada sobre situação de saúde desses escolares, considerando sua auto-percepção sobre saúde, prática de atividades físicas, auto-imagem corporal e vacinação. Essas informações podem auxiliar as ESF e comunidade escolar a planejar ações direcionadas para as reais necessidades do grupo, favorecendo o adequado desenvolvimento da criança e do adolescente.

REFERÊNCIAS

1. Turci MA. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2008.
2. Ministério da Saúde. Portaria 971 aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 maio 2006 seção 1:84.
3. Alagoas. Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas. Programa Saúde na Escola. Disponível em <http://www.saude.al.gov.br/programasadenaescola-03-08-2009>. Acesso em 10 abr. 2013.
4. Tavares MFL. Da saúde escolar à escola saudável: construindo espaços de promoção da saúde. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos, RJ. Rio de Janeiro: Abrasco; 2002. p. 159-73.
5. Brasil. Decreto Presidencial nº 6.286, 05 de dezembro de 2007. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. 2007.
6. Acioly MC, Parizzi M, Aquino K, Oliveira M. Promoção à saúde dos escolares: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte. Boletim Informativo, 2012.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde na escola. Brasília(DF); 2009.
8. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev SBH. 2006; 9(4):122–3.
9. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. 2000 CDC Growth Charts for the United States: Methods and Development. Washington DC; 2002 (Vital and Health Statistic, 11).

10. American Academy of Pediatrics. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics Official Journal*. 2004; 114 (2 Suppl 4th Report): 555-76.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. *Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação*. 2ª ed. São Paulo, 2012.
12. Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2006; 39(3):333-9.
13. Reis DC, Melo CPS, Soares TBC, Flisch TMP, Rezende TMRL. Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência. *Cienc Cuid Saúde*. 2013; 12(1):63-71
14. Campana EMG, Brandão AA, Magalhães ECM, Freitas EV, Pozzan R, Brandão AP. Pré-hipertensão em crianças e adolescentes. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16 (2): 92-102.
15. Pinto SL, Silva RCR, Priore SE, Assis AMO, Pinto EJ. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27 (6):1065-76.
16. Luna IT, Moreira RAN, Silva KL, Caetano JA, Pinheiro PNC, Rebouças CBA. Obesidade Juvenil com enfoque na promoção da saúde: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2011; 32 (2): 394-401.
17. Campanha SMA, Freire LMS, Fontes, MJF. O impacto da asma, da rinite alérgica e da respiração oral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Revista CEFAC*. 2008; 10(4):513-19.
18. van Schayck OC. Global strategies for reducing the burden from asthma. *Prim Care Respir J*. 2013; 22(2):239-43.