ipea

Instituto de Planejamento Econômico e Social

IPLAN

Instituto de Planejamento

EDU1028
DT25/83

000123-6
NISIS

IPEA/IPLAN
CNRH/NUDOC
TOMBO
4413-X
DATA, 10 / 10 / 85
EDU 1028
DT 25/83

CNRH

DOCUMENTO DE TRABALHO

Nº 25

PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR

Solon Magalhães Vianna
Sérgio Francisco Piola
Vitor Gomes Pinto

Setembro de 1983

As opiniões e propostas constantes deste documento refletem a opinião dos autores, não sendo necessariamente, no todo ou em parte, endossadas pela instituição a qual estão vinculados

PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR(*)

Sérgio Francisco Piola
Solon Magalhães Vianna
Vitor Gomes Pinto
CNRH/IPEA

1. INTRODUÇÃO

A redução dos elevados índices de absenteísmo escolar causados por motivos de saúde, o incremento nas condições de assimilação de conhecimentos com uma consequente diminuição da repetência e a melhoria geral do estado de higidez do alunado de 1º grau, constituem justificativa sem dúvida suficiente para a implementação descentralizada de um programa de saúde escolar mediante apoio financeiro e técnico de nível federal.

Não obstante a pequena participação do grupo etário de 5 e 14 anos nas estatísticas nacionais de mortalidade, a presença nessa faixa etária de um importante grupo de fatores de morbidade requer um conjunto de ações médicas e odontológicas com especificidade para a clientela constituida pelas crianças matriculadas nas escolas públicas, beneficiando prioritariamente aquelas que frequentam as quatro primeiras séries.

A conceituação de saúde escolar como sendo a resultante de um somatório de esforços da escola, do lar e da comunidade para proporcionar à criança condições de higidez, garantindo assim seu pleno desenvolvimento físico, mental e social, poderia significar, em uma interpretação mais apressada, a necessidade de organização de um extenso conjunto de novos serviços de saúde.

Entretanto, não pode ser esquecido que o escolar é um membro da comunidade dispondo como tal dos equipamentos sociais coleti-

---

(*) Elaborado em setembro/83, para subsidiar ao MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA na utilização de recursos alocados para ações na área de saúde escolar pelo FINSOCIAL (E.M. nº 217/83).

vos, como hospitais, unidades sanitárias, ambulatórios, etc, não se justificando a reprodução dessa infraestrutura para atender uma clientela especial sabidamente menos susceptível aos agravos à saúde.

São os problemas diretamente pertinentes ao escolar, cuja identificação e resolução dentro da escola está indicada não só do ponto de vista epidemiológico, como por permitir uma utilização mais racional e menos dispendiosa dos serviços existentes, que devem ser equacionados através do programa aqui sugerido.

Em conseqüência, o objetivo fundamental desta proposta é a ordenação das atividades médico-sanitárias e odontológicas que, em função de suas peculiaridades e do perfil epidemiológico e social do grupo populacional em causa, devem ser desenvolvidas pelas Secretarias de Educação ou de Saúde das Unidades Federadas, com apoio do MEC e do M.S.

2. SITUAÇÃO ATUAL

2.1 - Quadro Epidemiológico

Em 1979, de aproximadamente 712.000 óbitos registrados no país, o grupo de 5 a 14 anos contribuiu com apenas 2,2% do total (16.070 óbitos).

Dentro desse grupo etário as causas externas (acidentes principalmente), sintomas mal definidos e doenças infecciosas e parasitárias foram as três principais causas de mortalidade (Tabela 1).

O reconhecimento da menor vulnerabilidade da criança em idade escolar aos problemas de saúde que determinam elevada mortalidade em outros grupos etários, não significa que as nosologias prevalentes entre o grupo de 5 a 14 anos deixem de ser importantes, especialmente devido às suas repercussões sobre o processo educacional.

Nesse sentido não há dúvida que problemas situados nos aparelhos visual e auditivo, bem como a desnutrição, podem comprometer seriamente o rendimento escolar.

Com relação à área de oftalmologia, estudo realizado pelo Ministério da Saúde entre 126 mil escolares das Regiões Nordeste e Sudeste, revelou que aproximadamente 10% das crianças apresentam problemas de acuidade visual. Embora as dificuldades de audição apresentem menor prevalência, assumem importância significativa , não só por seus efeitos imediatos como pela maior complexidade muitas vezes envolvida em seu tratamento.

O peso da morbidade por doenças infecciosas e parasitárias (especialmente diarréicas e respiratórias agudas) pode ser avaliado indiretamente pela sua participação como causa de consulta médica. Estima-se que este grupo de doenças responda por 28% do total de consultas médicas demandado pela população de 5 a 14 anos.

Os problemas oftalmológicos, otológicos e odontológicos, além das doenças infecciosas e parasitárias, entre outras, são passíveis de intervenção a partir da escola, que é, por outro lado, o local privilegiado para a incorporação de medidas preventivas e de educação sanitária.

Na área odontológica, a alta incidência da cárie dental confere nítida prioridade para a faixa de 6-14 anos em relação à população em geral, tendo em vista que:

a) é na idade escolar que aparecem os primeiros dentes definitivos. A alta suscetibilidade à cárie do 1º molar permanente que irrompe aos 6 anos, exige cuidados preventivos e conservadores imediatos sob pena de sua perda algum tempo depois;

b) o problema dental na idade entre 6 a 14 anos, assume maior importância face ao declínio na prevalência de outros agravos de saúde, como se comprova no exame da curva de mortalidade;

c) a "expectativa de vida" dos dentes permanentes e o papel ortodôntico relevante do 1º molar faz com que se considere o escolar - vale dizer - a dentição permanente, com maior prioridade do que o pré-escolar (dentição decídua);

d) o trabalho em escolares oferece maiores facilidades, inclusive pela melhor colaboração do paciente, permitindo assim maior produtividade;

e) a concentração dessa clientela em um local - a escola - minimiza as ausências às consultas, frequentes em programas baseados no livre atendimento da demanda, fazendo com que o comparecimento ao consultório seja quase compulsório;

f) um programa dentário dirigido ao escolar oferece amplas possibilidades de educação para a saúde, além de ser a alternativa de mais baixo custo;

g) cuidados odontológicos prestados às crianças entre 6 e 14 anos facultam atuar não apenas no 2º nível de prevenção (proteção específica através da aplicação tópica do flúor, bochechos, etc...) como ao 3º nível (diagnóstico precoce e tratamento oportuno), permitindo que as lesões produzidas pela cárie sejam evitadas ou tratadas no seu início;

h) uma performance eficaz, decorrente da incorporação de padrões técnicos adequados, na prevenção e tratamento precoce da cárie, ocasiona uma ação indireta no combate a outras moléstias da boca de importância social, como as periodontopatias e as maloclusões.

A Tabela 2, permite visualizar adequadamente o quadro epidemiológico vigente no país no que respeita à cárie dental, ao fornecer o índice de ataque de cárie dental (*), de 6 a 59 anos. Observa-se que cada criança entre 6 e 14 anos tem em média uma necessidade acumulada de tratamento da ordem de 3,5 dentes, resultando em um total de 93 milhões de dentes com problemas a resolver. É importante notar que, embora o índice CPO cresça com a idade, a partir dos 15 anos esse crescimento é consequência do elevado número de extrações. Isto ocorre também face ao aumento da incidência, com a idade, das doenças periodontais que atacam os tecidos de suporte dentário. Outros danos, notadamente na área ortodôntica afetam de maneira significativa a criança em idade escolar (cerca de 10% sofrem de mal-posições dentais com prejuízo funcional). A virtual ausência de hábitos higiênicos adequados permite forte incidência de cálculos e de tártaro dental, sugerindo a necessidade de implemen-

---

(*) CPO - índice que reune quatro componentes: C = dentes cariados; O = dentes obturados; E = dentes extraídos; EI = dentes indicados para extração.

tação de programas com forte conteúdo educativo e preventivo.

2.2 - Desempenho atual a nível dos Estados e da Área Federal

No âmbito federal, não é recente o interesse do MEC pela implementação de um amplo programa de saúde escolar. De fato, já em 1976 (Portaria nº 92 de 10.02.76) foi constituido um grupo de trabalho reunindo MS e MEC com a finalidade de "oferecer subsídios para a implantação de uma política de integração entre os sistemas de ensino e de saúde". O tema ganhou ênfase no X Encontro de Secretários de Educação e Presidentes de Conselhos de Educação, com presença dos Secretários de Saúde, efetuado em dezembro de 1976.

No início de 1979, o Ministério além de efetuar o "1º Encontro Nacional de Saúde Escolar", estabeleceu convênio com a Secretaria de Educação do DF do que resultou a elaboração do documento "Programa Nacional de Saúde Escolar" (cuja linha de ação continua válida) e a concessão de apoio a diversos estados durantes os dois anos seguintes.

A experiência e o conhecimento adquirido ao longo desse período permite ao MEC retomar agora o processo, graças ao suporte financeiro representado pela alocação de recursos do FINSOCIAL já definida (E.M. nº 217/83).

A quase totalidade das Unidades Federadas brasileiras já desenvolve atividades específicas de saúde escolar, mais frequentemente via Secretarias de Educação nos casos dos programas de maior amplitude.

Os programas com tradição consolidada na área e consequentemente com um volume de atividades e emprego de recursos já significativo estão nos Estados de Alagoas, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e no Distrito Federal.

Com cobertura bastante limitada estão Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Bahia, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe, Piauí, Santa Catarina, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Vários estados já estão empregando técnicas inovadoras de trabalho, através da participação de pessoal de nível médio e uso de equipamentos simplificados e de baixo custo, como é por exemplo o caso de projetos em desenvolvimento no Distrito Federal, Pará, Rio Grande do Norte, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul.

Entretanto, seja por utilizarem métodos anacrônicos ou de elevado custo, seja por dificuldades administrativas ou financeiras, não há dúvida de que o problema mais crucial enfrentado por esses programas é o reduzido número de crianças atendidas.

3. AÇÕES PROPOSTAS

3.1 - Assistência Médico-Sanitária

O X Encontro de Secretários de Educação ao definir as responsabilidades dos Setores da Saúde e da Educação, com referência à saúde escolar, além de enfatizar a necessidade da ação coordenada em todos os níveis, indicou para o Setor Educação a co-responsabilidade, preferencialmente "naquelas atividades incluídas na fase primária da prevenção, ou seja, de promoção da saúde (educação para saúde e nutrição, por exemplo) e proteção específica (imunizações, por exemplo), com a colaboração das Secretarias de Saúde".

Apontou, ainda, como atribuição dos serviços de saúde (Secretarias, INAMPS e outros), "o atendimento correspondente às atividades incluidas nas fases secundárias e terciárias (diagnóstico e tratamento precoce, limitação da incapacidade e reabilitação) com a colaboração das Secretarias de Educação no que se refere à triagem e encaminhamento para aqueles serviços", sugerindo que esta triagem fosse feita através de professores adequadamente treinados. Já como recomendação do I Encontro Nacional de Saúde Escolar, além da renovada "ênfase às ações preventivas e educativas na área médico-odonto-sanitária e nutricional", encontra-se a "utilização de equipamentos, materiais e técnicas simplificadas" e a "preparação e utilização de pessoal de nível técnico e auxiliar nos programas em referência".

Assim a escola, além de promover a Saúde, prestaria alguns serviços básicos destinados à prevenção de doenças e conservação da saúde, facilitando também, graças a uma íntima ligação com os serviços de saúde, o acesso da população estudantil aos níveis de maior complexidade destes serviços.

Dentro desse espírito propõe-se um elenco mínimo de atividades a serem desenvolvidas e que podem ser colocadas em dois níveis:

A) Ações Básicas:

a) Inscrição do Aluno - corresponde ao primeiro contato do ingressante com o responsável pelas ações de saúde a nível da escola, para elaboração de sua ficha de saúde, onde serão tomadas anotações de caráter geral;

b) Vigilância Epidemiológica - manter a vigilância sobre a saúde das crianças e tomar medidas adequadas, sobretudo nos casos de doenças transmissíveis;

c) Visitação Domiciliar - visita à família de alunos visando orientá-las sobre os cuidados na proteção da saúde da criança;

d) Primeiro Atendimento - diz respeito àqueles problemas de saúde surgidos na escola (geralmente pequenos acidentes) e corresponde à prestação dos primeiros-socorros e realização de curativos em ferimentos;

e) Identificação de Problemas Mais Comuns com referência a:

- estado geral (palidez, emagrecimento, etc);
- pele e couro cabeludo (escabiose, pediculose, tinhas,etc);
- boca (cáries, amigdalites);
- olhos (infecção, diminuição de acuidade, estrabismo, etc);
- ouvidos (infecções, diminuição da acuidade, etc);
- comportamento (retraimento excessivo, agressividade exacerbada, etc).

f) Educação para a Saúde - a ser desenvolvido de modo a aproveitar as próprias experiências de vida dos alunos, procurando sempre uma maior aderência a realidades específicas;

g) Controle das Condições de Saneamento (água, esgotos e outras) e da higiene geral do ambiente escolar (iluminação, ventilação, área de lazer, preparo de merenda, etc).

Por outro lado, a atenção dada aos aspectos de higiene geral da escola, no sentido da promoção de atitudes comportamentais desejáveis, constitui-se em excelente oportunidade para compreensão da importância das condições ambientais e da educação sanitária.

Deve-se ressaltar que os alunos, quando suficientemente motivados, podem e devem colaborar em todas as ações de saúde, buscando-se sua incorporação ao processo, não como simples "pacientes" de ações, mas como co-participantes (agentes) do mesmo.

Todas as ações deste nível seriam desenvolvidas por Agentes de Saúde e pelos próprios professores. A atuação, nesse caso, não deve ficar somente na detectação de problemas. O responsável pelos cuidados à saúde escolar deverá receber treinamento específico para desenvolver um trabalho mais efetivo em relação aos problemas identificados.

B) Ações Diferenciadas:

a) Atendimento médico geral e especializado (Oftalmologia e Otologia)

No caso do atendimento oftalmológico e otológico, a aplicação de métodos simplificados de aferição da acuidade visual e auditiva será de início concentrada na 1ª série do 1º grau, sendo encaminhados ao médico especialista os alunos que necessitem de atendimento clínico;

b) Suplementação alimentar - trata-se de atividade fundamental dentro de um Programa de Saúde Escolar, principalmente entre a população mais carente. Como se trata de programa que vem sendo desenvolvido através da FAE (Fundação de Assistência ao Educando) e SECs, cabe apenas a sugestão de orientá-las para as áreas de maior densidade de população de baixa renda, aumentar sua oferta em termos de dias/ano e adequar seus cardápios.

Para o desenvolvimento das ações básicas serão utilizados professores e/ou Agentes de Saúde de acordo com as peculiaridades locais.

Nas comunidades em que o tamanho da população escolar a ser atendida for suficientemente grande (prioridade para os alunos do 1º grau das Escolas Públicas Urbanas), serão utilizados Agentes de Saúde, específicos, que se responsabilizarão pelo atendimento de determinado número de escolas e de crianças.

Nas comunidades de menor porte as atividades poderão ser desenvolvidas por Agentes de Saúde vinculados aos serviços gerais de saúde, prevendo-se, para isto, um treinamento e programação específica para esses profissionais.

A concepção de saúde escolar implícita nesta proposta dispensa a existência de serviços ambulatoriais para assistência médica ao nível das escolas, cuja criação é desaconselhável.

Aos médicos generalistas ou - quando possível - sanitaristas, incorporados ao programa, como integrantes da equipe de saúde, caberá atividades de orientação, supervisão, além do atendimento assistencial.

Com relação ao atendimento médico especializado, especialmente no caso da atenção oftalmológica, poderão ser utilizados médicos contratados diretamente pelo Programa de Saúde Escolar, sempre que a demanda comportar tal situação(*). A alternativa a este procedimento será a realização de convênios com outras instituições públicas.

Na escolha da opção a ser utilizada - prestação direta ou convênio com outra instituição pública - deve ser levado em conta tanto a garantia de atendimento dos casos referidos, como a eficiência (menor custo) em termos econômicos, evitando-se sempre, paralelismos e superposições.

(*) Estima-se que no DF cerca de 20% dos ingressantes na 1ª série apresentam problemas oftalmológicos e 1 a 2% problemas otológicos.

3.2 - Saúde Bucal

A impossibilidade de propiciar serviços mais amplos do que os atuais à população como um todo, e as peculiaridades epidemiológicas das doenças orais, recomendam que sejam privilegiadas as crianças em idade escolar (1º grau). Esse objetivo para ser atingido requer o aumento da cobertura dos programas de prevenção massiva, como é o caso da fluoretação da água de abastecimento público, e a reformulação do desempenho oficial de forma a que a assistência odontológica tenha efetivo impacto social com custos suportáveis.

A generalização do atendimento ao grupo epidemiologicamente prioritário - o escolar de 1º grau - significa não só alocação de recursos financeiros suficientes, como também a quebra da ineficiência dos sistemas atuais. O "sistema incremental" de trabalho deverá ser agilizado através do uso intensivo de pessoal auxiliar, do emprego de tecnologia apropriada no campo de equipamentos, instrumental e materiais; do melhor aproveitamento dos períodos de férias escolares; do trabalho conjunto com a população; da superação dos problemas institucionais específicos (acordo entre as Secretarias de Educação e Saúde estaduais para definir em cada unidade federativa as responsabilidades de cada uma).

Vale referir que, na raiz do Programa de Saúde Escolar na área odontológica, podem ser identificados dois componentes estruturais do maior significado:

- a formação de pessoal de nível superior, técnico e elementar;
- a simplificação da Odontologia, tomando como base inicial um controle sobre o uso de procedimentos sofisticados.

Ao traçar o "perfil dos recursos humanos em Odontologia" (Secretaria de Ensino Superior, Brasília, 1981), o MEC já indicava com clareza que, "para o desenvolvimento de um programa de ampla cobertura, a opção pelo aumento do número de Cirurgiões-Dentistas não se configura aconselhável, evidenciando-se a necessidade de maiores esforços na formação das categorias mais simples de pessoal de saúde que devem compor a equipe odontológica de modo que as medi

das preventivas, educativas, e mesmo certas ações reparadoras de baixa densidade tecnológica, possam ser executados com menor custo e em graus adequados de qualidade e produtividade".

A utilização generalizada do Técnico de Higiene Dental, na forma disposta no Parecer nº 460/75 (incluindo a restauração de dentes preparados pelo Cirurgião-Dentista), constitui-se em um avanço inegável, pois aumenta a produtividade profissional e, em consequência, propicia um acréscimo significante da cobertura. Estudos operacionais sobre os limites da delegação de funções a pessoal com formação não acadêmica, neste contexto, devem ser estimulados.

O preparo de pessoal técnico e auxiliar deve ser dinamizado,o que pode ser feito por meio de cursos embutidos nas próprias organizações prestadores de serviços e com o emprego da linha de titulação via qualificação ou suplência profissionalizante.

A superação das dificuldades financeiras que costumeiramente cercam as atividades setoriais, torna-se possível quando há a decisão de abandonar o caminho da sofisticação e do supérfluo. O Brasil conseguiu, nos últimos anos, indiscutíveis sucessos no campo da tecnologia apropriada em Odontologia, simplificando equipamentos e técnicas de trabalho, tornando viável uma virtual auto-suficiência neste campo (exceto quanto a certos componentes, como a turbina do alta-rotação, os instrumentos em geral, os medicamentos, para os quais se faz preciso reforçar o apoio oficial à pesquisa e produção nacionais).

O atendimento odontológico ao escolar deverá ser feito preferencialmente dentro da própria escola, visando obter um bloqueio da cadeia epidemiológica no grupo prioritário (escolares de 1º grau) por meio da utilização de métodos simples e comprovadamente eficazes; os atuais níveis de atendimento aos demais grupos, serão ampliados à medida em que o programa básico ganhe solidez e permita a liberação de novos recursos humanos e financeiros.

A estrutura programática foi elaborada em função de um elenco de ações básicas destinadas à generalização para todas as unidades de ensino e de ações diferenciadas dirigidas inicialmente ao alu-

nado de escolas públicas urbanas, sempre a nível de 1º grau e privilegiando as quatro primeiras séries.

Recomenda-se dar prioridade aos cuidados à cárie dental em escolares de 1º grau matriculados em escolas públicas urbanas, provendo atenção preventiva e curativa de forma escalonada e a partir das menores faixas etárias.

Dar-se-á tratamento completo às necessidades acumulados do alunado de 7 a 14 anos de forma gradual, proporcionando uma cobertura anual em estrita concordância com os recursos disponíveis, conforme o modelo do "Sistema Incremental".

Segundo esse modelo no primeiro ano do subprograma, são atendidas as crianças de 7 anos (idade usual de ingresso no 1º grau), e se possível 8 e 9 anos, provendo-lhes atenção integral, ou seja, tratamento de todas as cáries, prevenção de novos problemas, educação em saúde.

A partir do segundo ano do subprograma, os alunos antes tratados entram na fase de manutenção que inclui a resolução das novas cáries e reforço preventivo-educativo, enquanto os que ingressam no sistema iniciam idêntico ciclo de atendimento. A Criança, sendo acompanhada ao longo do seu período escolar, sai do sistema sem problemas odontológicos, situação que sob diversos aspectos tende a perdurar.

4. PRIORIDADES PARA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

a) Alunado do 1º Grau da Rede Oficial de Ensino

A despeito do entendimento segundo o qual o campo da saúde escolar envolve todo o contingente docente e discente nos diversos graus de ensino público e privado - da escola maternal aos cursos de pós-graduação - o projeto direciona-se exclusivamente ao alunado de 1º grau da rede oficial de ensino, com ênfase inicial nas 4 primeiras séries. As escolas públicas por sua vez são as mais acessíveis à população de baixa renda.

b) Regiões Nordeste e Norte - essas regiões são consideradas as de maior carência epidemiológica e econômica.

c) Aumento de cobertura em programas já implantados, inclusive em outras regiões

Considerando que o reduzido número de alunos atendidos é o principal problema diagnosticado junto aos Estados que por iniciativa própria estão desenvolvendo atividades de saúde escolar dever-se-á conferir prioridade aos programas cujas características coincidam com as diretrizes estabelecidas neste projeto, especialmente no que diz respeito a utilização de pessoal de nível médio e elementar, delegação de funções e simplificação de métodos de trabalho e de equipamentos, com vista a redução de custos.

5. POPULAÇÃO COBERTA E CUSTOS

A cobertura da população estudantil deverá seguir um esquema progressivo, privilegiando inicialmente o alunado da 1ª série do 1º grau no caso das ações médico-sanitárias e as crianças de menores idades (6 a 8 anos) no caso das ações odontológicas, sendo estendidas aos demais grupos a partir do segundo ano de implantação.

Admite-se que seja possível beneficiar um total de até 6,5 milhões de crianças, mediante cobertura de caráter incremental num prazo total de quatro anos.

Os recursos alocados pelo FINSOCIAL deverão atender parte dos custos tanto de implantação como da manutenção inicial do programa a cargo da Secretaria de Educação ou de Saúde da Unidade Federativa. O montante da participação de cada entidade (incluindo o apoio financeiro de outras entidades, como é o caso do INAMPS quanto à manutenção), serão definidos em função de cada projeto.

Tanto as metas de cobertura global como os custos variam não só em função do tipo de atividade desenvolvida (área médica ou odon

tológica(*), ações educativas, preventivas ou curativas), como pela etapa de atendimento (tratamento inicial ou de manutenção).

Máxima cobertura deverá ser obtida em cuidados preventivos e para a área de educação em saúde, estimando-se que cerca de 2,5 milhões de crianças possam ser beneficiadas no 1º ano, 4,0 milhões no 2º ano, 5,2 milhões no 3º ano e 6,5 milhões de alunos na faixa de 6 a 14 anos no 4º ano de programa.

A preços de julho de 1983, pode-se estimar um custo médio por aluno, incluindo todas as ações médicas e odontológicas previstas no item 3, entre um máximo de Cr$ 7.000,00 na fase inicial e Cr$ 3.800,00 na fase de manutenção. Isto significa que o crescimento do programa, especialmente no que se refere ao atendimento recuperador em áreas de maior custo como o tratamento odontológico e otológico básico, depende significativamente da magnitude da participação das instituições executoras do programa e também da incorporação de outros agentes financiadores (especialmente a previdência social).

6. PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL

De acordo com a Exposição de Motivos nº 217/83 de 12.07.83, aprovada pelo Sr. Presidente da República, a linha de Saúde Escolar está assim explicitada:

> "As atividades de caráter educativo, preventivo e curativo, desenvolvidas como componente integrado aos programas de serviços básicos de saúde, deverão beneficiar cerca de 6,5 milhões de crianças em idade escolar matriculadas na rede oficial de ensino de 1º grau, com prioridade para as regiões Nordeste e Norte. Essas atividades abrangerão fundamentalmente medidas que visem a reduzir os problemas de saúde sobretudo os visuais, dentais e audi-

---

(*) O atendimento inicial da criança (ao entrar no programa) tem custos mais altos diante da presença de necessidades acumuladas de tratamento. Cerca de 80% dos custos de implantação e manutenção situam-se no campo odontológico, tendo em vista a realização de ações curativas básicas específicas na escola.

tivos, incluindo ainda imunizações, cuidados ao ambiente escolar e de saúde geral".

"A execução dessas atividades enfatizará o emprego de tecnologia simplificada e a utilização de pessoal a níveis médio e elementar com funções ampliadas no atendimento à saúde".

"Os recursos previstos, de até Cr$ 4,0 bilhões (quatro bilhões de cruzeiros), alocados ao MEC, cobrirão os custos da fase de implementação e serão repassados aos órgãos executores (Secretarias Estaduais de Saúde e/ou de Educação)".

A nível central o programa envolve a participação direta do MEC e da SEPLAN (BNDES e IPEA), e ainda do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social. A nível estadual, o organismo implementador será o que já contar com tradição na prestação de serviços de saúde escolar ou o que se dispuzer a atuar nesta área, seja a Secretaria de Educação seja a Secretaria da Saúde. As Prefeituras Municipais que desenvolverem uma linha própria de atendimento à população estudantil de 6 a 14 anos, poderão participar diretamente do programa.

A participação dos organismos direta e indiretamente envolvidos a nível central far-se-á através de Grupo Executivo Interministerial (GEIN/SAÚDE ESCOLAR) especialmente organizado para acompanhamento técnico do programa. Este Grupo será constituido por representantes do MEC, da SEPLAN, do Ministério da Saúde e do INAMPS/MPAS. A coordenação do grupo e o provimento do necessário apoio técnico e logístico caberá ao MEC.

As funções previstas para o GEIN/Saúde Escolar são basicamente as seguintes:

- compatibilização das ações de saúde escolar com programas afins, especialmente no que se refere à merenda escolar, rede básica de serviços de saúde e à linha de assistência médica e odontológica previdenciária;
- apreciação dos projetos de atenção ao escolar no que se refere ao seu enquadramento nas diretrizes e objetivos do Programa;

- apoio técnico ao Programa através, por exemplo, do estudo e discussão dos projetos, análise das atividades locais de saúde escolar, fornecimento de subsídios, etc;
- definição das estratégias de acompanhamento e avaliação dos projetos em execução.

A nível da Unidade Federada (ou do município quando for o caso), uma vez definido o agente executor do Programa - Secretaria de Educação ou de Saúde - a este caberá não só a implementação de atividades, como a ligação direta com o MEC e a coordenação com as demais instituições de saúde locais.

Preferentemente serão apoiados projetos de âmbito estadual.No entanto as prefeituras municipais das cidades de médio ou grande porte podem candidatar-se junto ao MEC, quando possuirem clientela específica não atendida pelo Estado.

ANEXO 1

PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR: CRONOGRAMA TENTATIVO

1983 - 1984

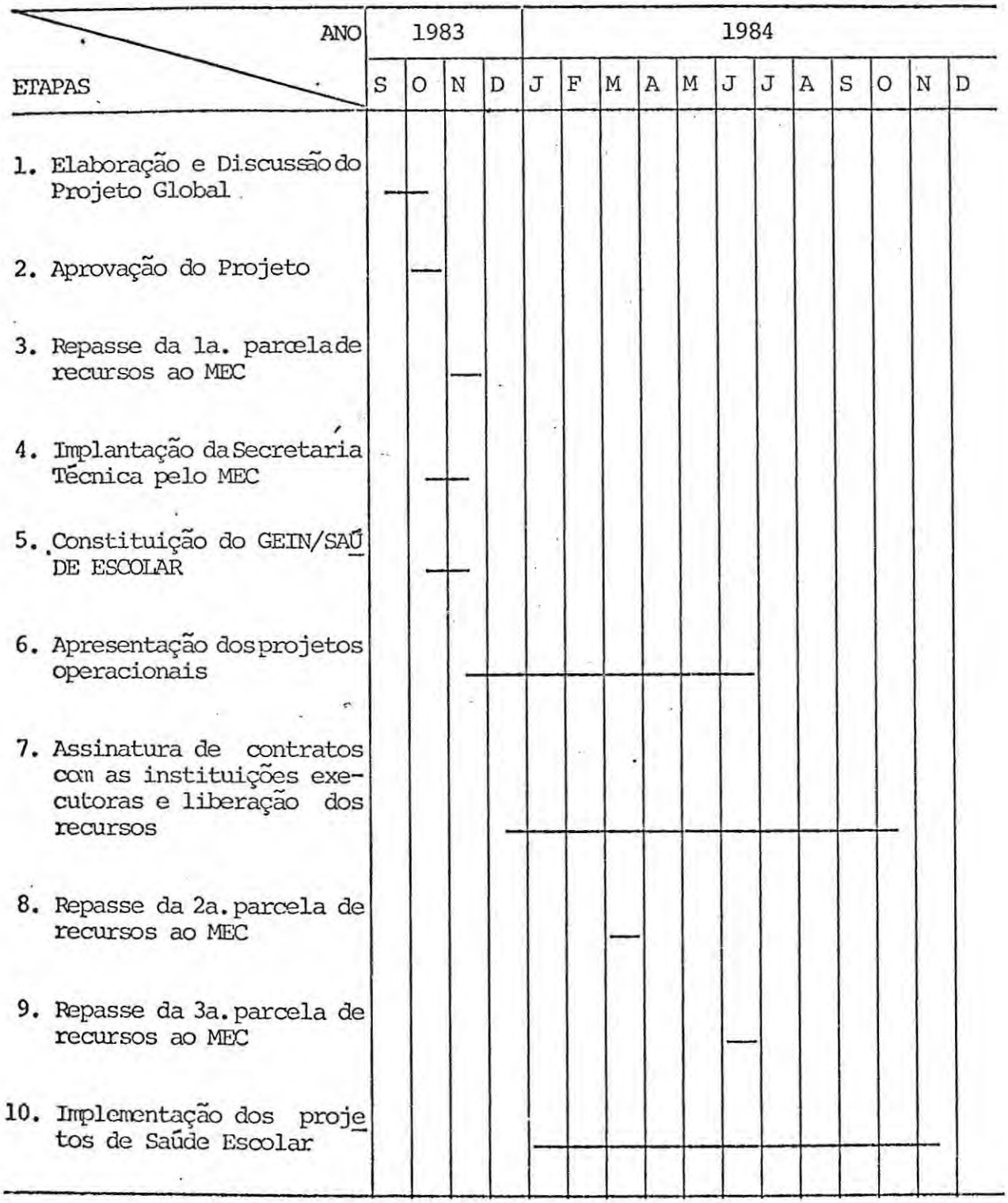

TABELA I

ÓBITOS DE RESIDENTES, POR CAUSA, SEXO E IDADE, 1979

B R A S I L

CAUSA (CAPÍTULOS DA CID)	MENOR 1 ANO	1 - 4 ANOS	5 - 9 ANOS	10 - 14 ANOS	15 - 19 ANOS	20 - 29 ANOS	30 - 39 ANOS	40 - 49 ANOS	50 - 64 ANOS	65 - 79 ANOS	80 - e + ANOS	IDADE IGNOR	TOTAL
I. DOENC. INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	42 712	7 830	1 165	622	737	2 154	3 013	3 777	5 396	4 165	931	531	73 054
II. NEOPLASMAS	216	627	569	991	689	1 522	3 007	7 296	19 296	19 597	4 339	223	57 872
III. D. GLAND. END. NUTRI. METAB. E TRANST. IMUNITÁRIOS	9 413	1 926	261	140	161	425	712	1 250	3 785	5 283	1 740	174	25 275
IV. SANGUE ORG. HEMATOPOÉTICOS	770	303	97	88	143	240	255	190	287	381	125	30	2 909
V. TRANSTORNOS MENTAIS	1	-	4	5	18	158	453	487	446	150	43	36	1 801
VI. DOENÇA SIST. NERV. ORG. SENTIDOS	3 231	1 255	502	432	517	801	655	628	699	628	175	80	9 599
VII. DOENÇA APARELHO CIRCULATÓRIO	1 009	515	333	517	967	3 421	7 493	15 871	44 786	70 364	32 168	1 118	178 567
VIII. DOENÇA APARELHO RESPIRATÓRIO	22 045	5 889	771	500	592	1 419	1 883	2 759	6 018	10 073	5 071	470	57 500
IX. DOENÇA APARELHO DIGESTIVO	892	323	185	193	361	1 430	2 808	4 239	6 177	5 177	1 429	183	23 397
X. DOENÇA APARELHO GENITURINÁRIO	585	303	161	125	208	616	727	1 000	1 650	2 695	1 192	81	9 533
XI. COMPLIC. GRAVID. E PUERPÉRIO	-	-	-	12	274	1 037	964	298	6	-	-	18	2 609
XII. DOENÇA PELE TEC. CEL. SUBCUTÂNEO	98	25	9	16	21	38	45	43	74	98	38	2	507
XIII. DOENÇA SISTEMA OSTEOMUSCULAR E TECIDO CONJUNTIVO	40	14	27	36	48	105	77	93	146	174	104	2	866
XIV. ANOMALIAS CONGÊNITAS	7 211	647	190	147	137	136	84	40	38	11	5	3	8 649
XV. ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS PERÍODO PERINATAL	50 987	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51 000
XVI. SINTOMAS SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	41 266	12 283	1 954	1 146	1 643	4 303	5 893	8 516	17 131	31 861	15 556	1 799	143 351
XVII. CAUSAS EXTERNAS	923	2 512	2 551	2 821	6 376	16 470	11 276	8 502	7 409	4 108	1 183	1 122	65 253
T O T A L	181 400	34 465	8 779	7 291	12 892	34 275	39 355	54 989	113 544	154 771	64 109	5 872	711 742

FONTE: Ministério da Saúde - Estatísticas de Mortalidade, Brasil - 1980 - Brasília, 1983.

TABELA II

NÚMERO MÉDIO DE DENTES ATACADOS PELA CÁRIE DENTAL SEGUNDO O ÍNDICE CPO-D, E ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO POR GRUPO ETÁRIO - 6-59 ANOS BRASIL - 1980

GRUPO ETÁRIO	ÍNDICE MÉDIO DE ATAQUE DE CÁRIE*					$\overline{C} + \overline{EI}$ (Necessidades de Tratamento)
	$\overline{C}$	$\overline{O}$	$\overline{E}$	$\overline{EI}$	$\overline{CPO-D}$	
5-14	3.16	1.28	0.42	0.34	5.20	3.50
15-19	7.54	2.21	3.07	1.68	14.50	9.22
20-29	5.92	2.60	8.68	1.70	18.90	7.62
30-39	5.11	1.85	12.26	2.24	21.36	7.25
40-49	3.90	1.32	16.78	2.71	24.71	6.61
50-59	1,81	0.25	23.73	0.70	26.49	2.51

FONTE: "In": Pinto, V. G. - Saúde Bucal no Brasil - não publicado, Brasília, 1982.

NOTA : * C = Cariado; O = Obturado; E = Extraído; EI = Indicado para Etração; CPO = Cariados, Perdidos, Obturados.

TABELA III

MATRÍCULA ESTIMADA EM ESTABELECIMENTOS DE ENSINO DE 1º GRAU, SEGUNDO A DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA, POR REGIÕES - BRASIL, 1983 A 1985

(Em mil alunos)

ANO E DEPENDÊNCIA ADM. / REGIÃO		NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C. OESTE	BRASIL
1982	Total	1 363	7 348	9 550	3 569	1 859	23 689
	Particular	187	1 088	1 270	353	172	3 070
	Público	1 176	6 260	8 280	3 216	1 687	20 619
1983	Total	1 469	7 707	9 614	3 573	1 952	24 315
	Particular	201	1 141	1 279	354	182	3 157
	Público	1 268	6 566	8 335	3 219	1 770	21 158
1984	Total	1 585	8 086	9 681	3 577	2 052	24 981
	Particular	217	1 196	1 287	354	191	3 245
	Público	1 368	6 890	8 394	3 223	1 861	21 736
1985	Total	1 714	8 512	9 756	3 582	2 157	25 721
	Particular	235	1 260	1 298	355	200	3 348
	Público	1 479	7 252	8 458	3 227	1 957	22 373

TABELA IV

MATRÍCULA ESTIMADA EM ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS DE ENSINO DE 1º GRAU, SEGUNDO A ZONA, POR REGIÕES - BRASIL, 1982 A 1985

(Em mil alunos)

ANO E ZONA \ REGIÃO		NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C. OESTE	BRASIL
1982	Total	1 176	6 260	8 280	3 216	1 687	20 619
	Urbano	788	3 881	7 120	2 058	1 282	15 129
	Rural	388	2 379	1 160	1 158	405	5 490
1983	Total	1 268	6 566	8 335	3 219	1 770	21 158
	Urbano	862	4 137	7 252	2 092	1 345	15 688
	Rural	406	2 429		1 127	425	5 470
1984	Total	1 368	6 890	8 394	3 223	1 861	21 736
	Urbano	930	4 410	7 387	2 095	1 432	16 254
	Rural	438	2 480	1 007	1 128	429	5 482
1985	Total	1 479	7 252	8 458	3 227	1 957	22 373
	Urbano	1 017	4 713	7 527	2 130	1 526	16 913
	Rural	462	2 539	931	1 097	431	5 460

CNRH - DOCUMENTO DE TRABALHO

Nº 1 - "Criação e Crescimento do Emprego na Base de Informações Provenientes de Administrativos", Alfonso Rodrigues Árias, setembro 1982, 27 p.

Nº 2 - "As Transformações na Estrutura de Produção Agrícola Brasileira: Determinantes, Conseqüências e Perspectivas", George Martine, outubro 1982, 29p.

Nº 3 - "A Mão Invisível nos Serviços de Saúde: Será que ela Cura?", Cláudio de Moura Castro, Nilton Romeu e Solon Magalhães Vianna, novembro 1982, 19p.

Nº 4 - "Suavização do Impacto dos Cortes de Dispêndios Governamentais sobre o Nível Geral de Emprego", Líscio Fábio de B. Camargo, George Martine, janeiro 1983, 14 p.

Nº 5 - "Crescimento e Distribuição da População Brasileira: Tendências Recentes", George Martine, Líscio Fábio de B. Camargo, março 1983, 51p.

Nº 6 - "O Ensino Básico: Necessidades, Prioridades e Dúvidas", Cláudio de Moura Castro, Divonzir Arthur Gusso, março 1983, 27p.

Nº 7 - "High Technology in Intermediate Countries? The Case of Brazil", Cláudio de Moura Castro, june 1983, 52p.

Nº 8 - "Custos Sociais e Diferentes Experiências de Atendimento a 'Meninos-de-rua'", Evair A. Marques, Gaudêncio Frigotto, Paulo Simpson Filho, Sandra M.C.Sá Carneiro, julho 1983, 16p.

Nº 9 - "Do Sebastianismo aos 'Grassroots': Novas Estruturas de Organização no Brasil", Cláudio de Moura Castro(Organizador), setembro 1983, 80p.

Nº 10 - "Despesas Federais com Educação - A Loteria sem Perdedores", Antônio Emílio Sendim Marques, janeiro 1984, 24p.

Nº 11 - "O Problema Alimentar Brasileiro: Situação Atual, Perspectivas e Propostas de Política", Anna Maria Medeiros T. Peliano, Cláudio de Moura Castro, George Martine e Ronaldo Coutinho Garcia, dezembro 1983, 43p.

Nº 12 - "Novas Relações Sindicais no Brasil: O debate, experiências internacionais e uma proposta para discussão", Gonzalo Falabella, Lais Wendl Abramo, Nair Heloísa Bicalho de Sousa, Roque Aparecido da Silva e Ruy de Quadros Carvalho, janeiro 1984, 43p.

Nº 13 - "Questão do Desemprego no Brasil e os Programas Especiais de Emprego", Luiz Carlos Eichenberg Silva, Ismael Carlos Oliveira e Líscio Fábio de B. Camargo, abril 1984, 57p.

Nº 14 - "A Agricultura Brasileira e Seus Contrastes: Uma coletânea", Brancolina Ferreira, George Martine e Ronaldo Coutinho Garcia, maio 1984, 190p.

Nº 14.I - "Política Agrícola, Política Salarial e Alimentação", Ronaldo Coutinho Garcia, agosto 1983, 25p.

Nº 14.II - "Mudanças Tecnológicas e Sociais na Agricultura: A panela do povo em tempo de crise", George Martine e Ronaldo Coutinho Garcia, novembro 1983, 36p.

Nº 14.III - "Colonização e Expansão da Fronteira Agrícola no Brasil: Avaliação e avaliações", George Martine, fevereiro 1983, 36p.

Nº 14.IV - "A Terra - seu significado para o pequeno produtor na fronteira", Brancolina Ferreira, novembro 1983, 53p.

Nº 14.V - "Desenvolvimento Rural do Nordeste: Subsídios para Formulação de uma Nova Política", Ronaldo Coutinho Garcia, outubro 1982, 28p.

Nº 15 - "Previdência Social", Francisco E.B. Oliveira e Maria Emília R.M. Macedo, outubro 1984, 100p.

Nº 16 - "Distribuição de Renda, Trabalho e Automação: Uma coletânea", Ismael Carlos Oliveira, Maurício Galinkin, José Carlos Pereira Peliano, Nair Heloisa Bicalho de Sousa e Ruy de Quadros Carvalho, novembro 1984, 234p.

Nº 16.I - "Ocupação, Emprego e Distribuição de Renda", Ismael Carlos Oliveira, Maurício Galinkim e José Carlos Pereira Peliano, novembro 1984, 94p.

Nº 16.II - "Automação e Trabalho", José Carlos Pereira Peliano, novembro 1984, 42p.

Nº 16.III - "Relações de Trabalho", Ruy de Quadros Carvalho e Nair Heloísa Bicalho de Sousa, novembro 1984, 91p.

Nº 17 - "Política Econômica e Justiça Social", Álvaro Garcia, Anna M.T.Medeiro Peliano, Dorothea Werneck e Líscio Fábio de Camargo, fevereiro 1985, 113p.

Nº 18 - "Ha Produção Científica no Brasil?", Cláudio de Moura Castro, janeiro 1985, 51p.

Nº 19 - "Subsídios para uma Nova Política de Relações de Trabalho", Rui de Quadros Carvalho, Nair Heloisa Bicalho de Sousa, fevereiro 1985, 32p.

Nº 20 - "A Formação de Recursos Humanos em Odontologia: Expandir ou não os Cursos de Graduação?", Solon Magalhães Vianna, outubro 1984, 13p.

Nº 21 - "Política de Saúde: Algumas Questêos", Solon Magalhães Vianna, Sérgio Francisco Piola, janeiro 1985, 30p.

Nº 22 - "Análise das Transformações na Estrutura do Emprego na Década de Setenta e Algumas de Suas Perspectivas na Década de Oitenta", Paulo P.A. Paiva, Maria Regina Nabuco, Simone Wanjman, novembro 1984, 176p.

Nº 23 - "A Fusão dos Serviços de Saúde e de Assistência Social", Solon Magalhães Vianna, junho de 1985, 09p.

Nº 24 - "A Política de Saúde na Nova República: Subsídios para sua Formulação", Sérgio Francisco Piola, Solon Magalhães Vianna, Vitor Gomes Pinto, fevereiro de 1985, 51p.

Nº 25 - "Programa de Saúde Escolar", Solon Magalhães Vianna, Sérgio Francisco Piola, Vitor Gomes Pinto, setembro de 1983, 21p.

Nº 26 - "Alimentação e Abastecimento - Contribuições a uma Intevenção de Curto Prazo", Anna Maria Medeiros Peliano, dezembro de 1984, 17p.

Nº 27 - "Subsídios à Reflexão sobre a Previdência Social no Brasil", Maria Emília R. M. de Azevedo, dezembro de 1984, 30p.

Nº 28 - "Programa de Fluoretação da Água de Abastecimento Público", Solon Magalhães Vianna, Vitor Gomes Pinto, agosto de 1983, 18p.