

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
FLAVIA CONCEIÇÃO LOPES

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESCOLA: PERFIL DE SAÚDE
COM ENFOQUE NA SAÚDE AUDITIVA DO ADOLESCENTE**

CURITIBA

2013

FLAVIA CONCEIÇÃO LOPES

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESCOLA: PERFIL DE SAÚDE
COM ENFOQUE NA SAÚDE AUDITIVA DO ADOLESCENTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Distúrbios da Comunicação, do Programa de Pós-Graduação de Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná – UTP.

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Muniz Néquer Soares

CURITIBA

2013

TERMO DE APROVAÇÃO

Flavia Conceição Lopes

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESCOLA: PERFIL DE SAÚDE COM ENFOQUE NA SAÚDE AUDITIVA DO ADOLESCENTE

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios da Comunicação no Curso de Mestrado da Universidade Tuiuti do Paraná

Curitiba, 25 de setembro de 2013.

Profa. Dra. Dr^a Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves
Coordenadora do Mestrado em Distúrbio da Comunicação Universidade Tuiuti do
Paraná

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Muniz Néquer Soares
Universidade Tuiuti do Paraná.

Profa. Dra. Adriana Bender Moreira de Lacerda
Universidade Tuiuti do Paraná

Profa. Dra. Elizabeth Bernardino
Universidade Federal do Paraná

AGRADECIMENTOS

*M*eu primeiro agradecimento é para Deus, por tudo que sou e que sei;

A minha mãe Nelita de Souza Lopes pelo incentivo de uma vida inteira;

Ao meu pai Wilson Lopes (in memoriam) pelo amor além da vida;

Agradecimentos também ao meu irmão Fabio de Souza Lopes e minha cunhada Cibelle Mendes de Oliveira Lopes por acreditarem nessa meta;

Aos meus sobrinhos Guilherme, Letícia e Thiago que são a luz dos meus caminhos;

A Universidade Tuiuti do Paraná – UTP, pelo espaço disponibilizado;

À Profa. Dra. Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves que me mostrou que inteligência e simplicidade caminham juntas;

Ao Prof. Dr. Jair Marques Mendes, pelo apoio e contribuição nesse estudo.

Aos professores, alunos e funcionários da escola Kandora que tornaram esse trabalho possível e maravilhoso, em especial ao Diretor Prof. Cícero;

As funcionárias da Unidade de Saúde União das Vilas Kátia e Hellen pelo apoio e confiança.

À minha orientadora Prof. Dra. Vânia Muniz Néquer Soares, pelo empenho, dedicação e atenção dispensada na construção e realização desse estudo e por toda paciência, apoio e incentivo, meu eterno reconhecimento;

Às Professoras Dra. Adriana Bender Moreira de Lacerda e Dra. Elizabeth Bernardino pelas valiosas sugestões no exame de qualificação;

De maneira muito especial aos meus amigos Ricardo, Luciana, Maria Aparecida, Vinícius e Denise por todos os momentos que passamos juntos;

Os meus queridos familiares e amigos que estão distantes, mas dentro do meu coração: Tio Pires, Tia Iza, Jamille, Luiz Henrique, Marjorie, Thiago e Wellington. Meu carinho e respeito.

DEDICATÓRIA

A Deus, por tudo que sou ao meu pai Wilson Lopes (in memoriam) por sempre acreditar em meus sonhos e ter sempre me feito acreditar que eu sou capaz.

RESUMO

Introdução: A escola é um espaço privilegiado para ações de saúde voltadas aos adolescentes, porque agrega grande parte dos jovens da comunidade sendo um espaço de socialização, formação e informação. A consulta de enfermagem no ambiente escolar pode ser uma estratégia, para captação de jovens, para avaliação de sua saúde com vistas à programação de ações de promoção da saúde individual e coletiva, inserindo-se nas propostas do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Objetivo: Desenvolver e avaliar a consulta de enfermagem no ambiente escolar, como estratégia para avaliação clínica, psicossocial e da saúde auditiva de adolescentes. **Método:** Estudo de intervenção, exploratório, quantitativo e descritivo. Foram realizadas consulta de enfermagem com 63 adolescentes em uma escola pública do município de Curitiba. Elaborou-se um protocolo de avaliação da saúde com a definição de diagnósticos de enfermagem, procedeu-se a análise do perfil psicossocial e clínico, com enfoque na saúde auditiva dos adolescentes escolares.

Resultados: O perfil dos adolescentes que participaram da consulta de enfermagem era 68% do sexo feminino, a média de idade era de 16,5 anos, e renda familiar de 4 salários-mínimos. Dentre os aspectos do desenvolvimento psicossocial, a análise do desempenho escolar, apontou alto índice de reprovação (62%) e problemas de aprendizado em uma ou mais disciplinas (78%). Os aspectos clínicos, que mais se destacaram foram: 39,7% dos adolescentes estavam acima do peso (sobrepeso, obesidade grau I e obesidade grau II). A hipertensão arterial (grau 1 ou 2) foi identificada em 27% dos adolescentes. Relativo aos hábitos auditivos, a maioria apresentava hábitos inadequados e riscos para perda auditiva, sendo que 57% escutavam música em volume alto com fone de ouvido de inserção. Os diagnósticos de enfermagem (DE) mais frequentes foram: capacidade sensorial perceptiva (auditiva) alterada (88,8%), processamento de informação limitado (77,8%), relacionado às dificuldades de aprendizado, estilo de vida sedentário (60,3%) seguido de sobrepeso (39,7%) e pressão arterial alterada (27%). Os adolescentes referiram estarem muito satisfeitos com a Consulta de Enfermagem e que essa satisfação se devia a maneira com que foram atendidos pela enfermeira e por saber mais sobre sua saúde, sendo este um indicador da adequação da intervenção realizada na escola. **Conclusões:** A consulta de enfermagem, realizada no ambiente da escola, permitiu maior acesso aos adolescentes e uma ampla avaliação da saúde destes jovens, identificando problemas de saúde, incluindo os de saúde auditiva que poderiam ser prevenidos com ações de promoção da saúde individual e coletivas. A consulta de enfermagem permite a identificação precoce e tratamento de problemas dos adolescentes, com vistas ao desenvolvimento de adultos saudáveis, com qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde Escolar, Saúde do Adolescente, Audição, Perda Auditiva Provocada por Ruído, Cuidado de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The school is a space privileged for actions of health turned to the adolescents, because it collects great part of the young persons of the community being a space of socialization, formation and information. The consultation of nursing in the school environment can be a strategy, for captivation of young persons, for evaluation of his health with sights to the planning of actions of promotion of the individual and collective health, being inserted in the proposals of the National Program of School Health. **Objective:** To develop and to value the consultation of nursing at the school environment, like strategy for clinical evaluation, psychosocial and of the hearing adolescents health. **Method:** Intervention study, exploratory, quantitative and descriptive. They were carried out consultation of nursing with 63 adolescents in a public school of the local authority of Curitiba. There was prepared a protocol of evaluation of the health with the definition of diagnoses of nursing, the analysis of the profile one proceeded psychosocial and clinically, with approach in the hearing health of the school adolescents. **Resulted:** The profile of the adolescents who participated of the consultation of nursing was a 68 % of the feminine sex, the age average was of 16,5 years, and familiar income of 4 minimum wages. Among the aspects of the development psychosocial, the analysis of the school performance, it pointed to high rate of disapproval (62 %) and problems of apprenticeship in one or more disciplines (78 %). The clinical aspects, what more stood out were: 39,7 % of the adolescents was above the weight (surcharge, obesity degree I and obesity degree II). The arterial high blood pressure (degree 1 or 2) was identified in 27 % of the adolescents. Relative to the hearing habits, the majority was presenting unsuitable habits and risks for hearing loss, being that 57 % was listening to music in high volume with telephone of ear of insertion. The nursing diagnoses (OF) more frequent were: bad-tempered (hearing) perceptive sensory capacity (88,8 %), limited processing of information (77,8 %), made a list to the difficulties of apprenticeship, sedentary way of life (60,3 %) resulted from surcharge (39,7 %) and bad-tempered blood pressure (27 %). The adolescents told to be very satisfied with the Consultation of Nursing and that this satisfaction owed to itself the way with which they were attended by the nurse and because of knowing more on his health, when there is this an indicator of the adaptation of the intervention carried out in the school. **Conclusions:** The consultation of nursing, carried out in the environment of the school, allowed bigger access to the adolescents and a spacious evaluation of the health of these young persons, identifying problems of health, including those of hearing health that might be prevented with actions of promotion of the individual health and collective. The consultation of nursing allows the precocious identification and treatment of problems of the adolescents, with sights to the development of healthy adults, with life quality.

Keywords: School Health, Adolescent Health, Hearing, Hearing Loss, Noise-Induced, Nursing Care

TABELAS

TABELA 01 – Perfil da família e socioeconômico dos adolescentes (N=63).....	44
TABELA 2 – Antecedente de saúde dos adolescentes.....	45
TABELA 3 – Antecedente de saúde dos familiares dos adolescentes.....	47
TABELA 4 – Aspectos do aproveitamento escolar dos adolescentes (N=63).....	48
TABELA 5 – Perfil de trabalho, esporte e lazer dos adolescentes (N=63).....	50
TABELA 6 – Hábitos dos adolescentes (N=63).....	53
TABELA 7 – Antropometria, vacinação e inspeção de pele (N=63).....	55
TABELA 8 – Distribuição da amostra relacionada ao IMC, idade e sexo (N=63).....	57
TABELA 9 – Principais alterações de cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores, membros inferiores e coluna (N=63).....	58
TABELA 10 – Resultado da avaliação da acuidade visual dos adolescentes (N=63).....	59
TABELA 11 – Anamnese gineco-urinário dos adolescentes.....	60
TABELA 12 – Aspectos sobre sexualidade e reprodução dos adolescentes (N=63).....	61
TABELA 13 – Saúde auditiva dos adolescentes (N=63).....	63
TABELA 14 – Hábitos auditivos dos adolescentes (N=63).....	65
TABELA 15 – Diagnósticos de enfermagem baseados nas necessidades humanas psicobiológicas, necessidades humanas psicossociais e necessidades humanas espirituais (N=63).....	68
TABELA 16 – Indicadores da avaliação da Consulta de Enfermagem (N=63).....	71

SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPESC – Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

dB – Decibéis

DE – Diagnóstico de Enfermagem

ESF – estratégia de Saúde da Família

IMC – Índice de Massa Corporal

N – Número Total de Sujeitos da Pesquisa

NR – 15 – Norma regulamentadora número 15

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PSE – Programa de Saúde na Escola

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 A CONSULTA DE ENFERMAGEM DIRIGIDA AO ADOLESCENTE	17
3.1.1 <i>Diagnóstico de Enfermagem</i>	20
3.2 ATENÇÃO A SAÚDE AO ADOLESCENTE ESCOLAR NO BRASIL	23
3.3 A ESCOLA COMO ESPAÇO PARA AÇÕES DE SAÚDE	27
3.4 SAÚDE GERAL E AUDITIVA DOS ADOLESCENTES	30
4 METODOLOGIA	35
4.1 TIPO DE ESTUDO	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO	35
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA	35
4.4 PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E COLETA DE DADOS	36
4.4.1 <i>Desenvolvimento do Protocolo da Consulta de Enfermagem</i>	36
4.4.2 <i>Coleta dos dados</i>	38
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	41
5 RESULTADOS	42
5.1 PERFIL PSICOSOCIAL E DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES A PARTIR DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	43
5.1.1 <i>Perfil da família e perfil sociodemográfico dos adolescentes</i>	43
5.1.2 <i>Antecedentes de saúde dos adolescentes</i>	45
5.1.3 <i>Antecedentes de saúde dos familiares dos adolescentes</i>	46
5.1.4 <i>Desempenho escolar dos adolescentes como fator de desenvolvimento psicossocial</i>	47
5.1.5 <i>Perfil de trabalho, esporte e lazer dos adolescentes</i>	49
5.1.6 <i>Hábitos de saúde dos adolescentes</i>	51
5.1.7 <i>Avaliação da antropometria, sinais vitais, vacinação e inspeção de pele</i>	54
5.1.8 <i>Relação entre obesidade, idade e sexo</i>	56
5.1.9 <i>Alteração de cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores, membros inferiores e coluna</i> ..	57
5.1.10 <i>Acuidade visual dos adolescentes</i>	58
5.1.11 <i>Avaliação gineco-urinário</i>	59
5.1.12 <i>Aspectos relacionados à sexualidade e reprodução dos adolescentes</i>	60
5.2. PERFIL DE SAÚDE AUDITIVA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES A PARTIR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	62
5.2.1 <i>Hábitos auditivos dos adolescentes</i>	64
5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOS ADOLESCENTES ESCOLARES CONSULTADOS	66
5.4 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E ENCAMINHAMENTOS DOS ADOLESCENTES ESCOLARES	69
5.5 AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PELOS ADOLESCENTES	70
6 DISCUSSÃO	73
7 CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	96
APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS RESPONSÁVEIS	96

APÊNDICE 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ADOLESCENTE.....	97
APÊNDICE 3 ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE	98
APÊNDICE 4 INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO DOS PAIS.....	106
APÊNDICE 5 QUESTIONÁRIO PÓS-CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA OS ADOLESCENTES	107
ANEXOS	117
ANEXO 1 CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	108
ANEXO 2 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE IMC POR IDADE MENINAS.....	109
ANEXO 3 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE IMC POR IDADE MENINOS	110
ANEXO 4 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE ESTATURA POR IDADE MENINAS	111
ANEXO 5 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE ESTATURA POR IDADE MENINOS	112
ANEXO 6 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO NACIONAL 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE).....	113
ANEXO 7 TESTE DE SNELLEN/ESCALA OPTOMÉTRICA	114
ANEXO 8 VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO	115

1 INTRODUÇÃO

A análise da realidade de vida e saúde dos adolescentes, a construção de práticas educativas e de promoção à saúde podem potencializar suas habilidades e atitudes em relação à sua saúde (CHAISE, SOARES E MENEGHEL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) delimita o período de 10 a 19 anos de idade como adolescência. No Brasil, pelo estatuto da criança e do adolescente, como o período dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde para inclusão nos programas voltados ao adolescente utiliza a faixa etária definida pela OMS. A adolescência, no entanto, tem sido entendida e definida de diferentes formas, nas diversas culturas, grupos sociais, sendo em última instância, particularizada em cada sujeito em vista da singularidade do processo de constituição de cada um (DEBERT, 2003; ORLANDI E TONELI, 2008).

Nesta direção, Abramovay (2004, p.404) afirma que “ser ou não adolescente está diretamente relacionado com as condições sociais e econômicas, ou seja, ao lugar que cada um ocupa em relação à estrutura social”. Assim, o Ministério da Saúde adota, no plural, os termos – adolescências e juventudes – com o intuito de se reconhecer a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Pesquisadores ressaltam que o Brasil vive o chamado “bônus demográfico”, período em que o número de jovens e adultos é superior ao de crianças e idosos sendo, portanto um momento favorável para se investir na juventude como

integrante e sujeito da sociedade. Investir na juventude significa promover acesso à maior escolarização, a formação profissional, a oportunidade de empregos, inserção na vida produtiva, e especialmente acesso à saúde (CASTRO, ABRAMOVAY, LEON, 2007; MARTINE E ALVES, 2011).

Estudos têm evidenciado que os adolescentes não costumam frequentar os serviços de saúde para avaliação de sua saúde, devido a diferentes motivos; podendo-se destacar a falta de estrutura e preparo dos profissionais ao realizarem o atendimento ao adolescente, e a postura de atendimento dos profissionais que não leva em consideração as necessidades e peculiaridades dessa população (ADOLECER, 2001; RAMOS, 2001; QUEIROZ et al, 2010).

A escola nesta perspectiva pode constituir um espaço privilegiado para ações de saúde voltadas aos adolescentes, porque agrega grande parte dos jovens da comunidade é um espaço de socialização, formação e informação e é na escola onde eles passam a maior parte do seu tempo. A escola pode exercer papel de grande relevância na promoção da saúde, na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das suas condições de saúde e qualidade de vida (BRASIL 2005, 2009).

O trabalho interdisciplinar na abordagem ao adolescente é imprescindível e recomendável, com vistas ao seu desenvolvimento saudável e integral. (BRASIL 2009, 2010, 2011). A consulta de enfermagem dirigida aos adolescentes pode constituir-se em um instrumento importante neste processo, contribuindo para a reflexão sobre a condição/situação de saúde desta clientela e a definição de ações de acordo com as suas necessidades individuais ou coletivas.

A atuação junto ao adolescente especialmente no âmbito das escolas vem sendo amplamente incentivada e regulamentada no Brasil. Os critérios e os

procedimentos para a participação dos órgãos, entidades e mesmo dos profissionais estão estabelecidos em uma gama de documentos e portarias governamentais e programas, especialmente no Programa Saúde na Escola-PSE (BRASIL 1984, 1996, 2005, 2006, 2007, 2009, 2011).

Estas iniciativas visam ampliar o atendimento a saúde, dentre outros, aos adolescentes, grupo populacional que representa aproximadamente um terço da população do Brasil, mas cuja atenção à saúde ainda é restrita e pouco adequada como apontam autores e documentos oficiais que serão apresentados neste estudo.

Nesse contexto, a consulta de enfermagem no ambiente escolar pode ser uma estratégia exitosa para captação de jovens para avaliação de sua saúde (clínica e psicossocial), com vistas às ações de promoção e educação em saúde, tratamento e encaminhamento a outros profissionais e serviços quando identificados problemas de saúde específicos.

A implantação do protocolo de avaliação clínica dos adolescentes pode contribuir para a detecção precoce de agravos a saúde como também para que se possa traçar o perfil de saúde dos adolescentes, possibilitando criar estratégias de prevenção e cuidados desses agravos. Os protocolos de avaliação dos adolescentes devem ser amplos, incluindo elementos da abordagem social, clínica e psicológica da saúde, buscando uma atenção integral ao adolescente.

Os protocolos clínicos do Ministério da Saúde incluem o levantamento de problemas auditivos uma vez que estas podem dificultar o processo de aprendizado e podem se manifestar como problemas da fala, leitura e escrita na escola, como também interferir e dificultar o convívio social e profissional dos jovens. O presente estudo tem enfoque na saúde auditiva dos adolescentes. Estudos mostram que os adolescentes se expõem aos sons altos, especialmente durante atividades do tempo

de lazer. O uso disseminado de fones de ouvidos e a exposição à música em níveis sonoros altos têm levado ao aumento da perda auditiva entre jovens (ZACOLI, 2007; LACERDA, 2011; SANT'ANA, 2012).

Dessa forma, a parceria entre o enfermeiro, o fonoaudiólogo e outros profissionais visa à identificação de hábitos e problemas relacionados à audição e especialmente o desenvolvimento ações para promoção da saúde auditiva.

O Ministério da Saúde tem investido em programas e políticas como o Programa de Atenção Integral à saúde do Adolescente e o Programa de Saúde na Escola para a ampliação da atenção aos adolescentes, mas que apesar dos incentivos legais, normativos e financeiros atuais, ainda tem implantação restrita nos municípios e nas escolas, existindo assim um grande espaço para atuação em saúde com adolescentes que ainda não foi ocupado. Nesse sentido Costa et al. (2008) afirma que investidas sobre saúde na escola, tanto por professores como por profissionais de saúde ocorre de maneira esporádica em iniciativas isoladas.

A Consulta de Enfermagem (CE), neste contexto, pode ocupar este espaço com vistas à qualificação da atenção a saúde do adolescente

Tendo como base estas considerações, o presente estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar a consulta de enfermagem, como intervenção estratégica, no ambiente escolar, para avaliação clínica, psicossocial e da saúde auditiva de adolescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e avaliar a prática da Consulta de Enfermagem no ambiente escolar, como estratégia para avaliação de saúde, com enfoque na saúde auditiva de adolescentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o perfil clínico e psicossocial de adolescentes escolares, a partir da consulta de enfermagem.
- Identificar hábitos, sinais e sintomas auditivos de adolescentes a partir da consulta de enfermagem.
- Avaliar a aceitação da consulta de enfermagem pelos adolescentes

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica priorizou as seguintes temáticas: **1. A Consulta de Enfermagem dirigida ao adolescente** – destacando aspectos relevantes para a Consulta de Enfermagem voltada ao adolescente e um aporte teórico sobre diagnóstico de enfermagem; **2. A Atenção à Saúde do adolescente-escolar** – a partir de documentos oficiais e estudos, faz um resgate sobre a evolução histórica do Programa de Saúde Escolar no Brasil e suas perspectivas; contextualizando a atenção a saúde dos adolescentes e identificando espaços para a atuação da enfermagem **3. A Escola como espaço para ações de saúde** – discute a importância da escola na promoção de saúde de crianças e jovens; considerando a possibilidades da realização da consulta de enfermagem mais próxima do espaço dos adolescentes **4. Saúde com enfoque na Saúde Auditiva dos adolescentes** – destaca estudos que mostram a relevância deste tema no contexto de saúde do adolescente e da saúde pública no Brasil; considerando ainda que a consulta de enfermagem possa ser uma estratégia que pode contribuir para identificação problemas e dificuldades relacionadas à saúde auditiva dos jovens.

3.1 A CONSULTA DE ENFERMAGEM DIRIGIDA AO ADOLESCENTE

A Consulta de Enfermagem, conforme a Resolução Nº 159 de 1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é uma atividade privativa do Enfermeiro que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

Para Ramos (2001) faltam espaços e suporte apropriados às demandas dos adolescentes, seja no campo da assistência, da orientação, proteção ou recuperação da saúde.

O vínculo de confiança entre o profissional da saúde e o adolescente é essencial para a efetividade da consulta. O Ministério da Saúde destaca que uma atitude acolhedora e compreensiva possibilitará a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios.

O modelo clássico de anamnese clínica mostra-se pouco eficaz ao atendimento do adolescente, pois não são considerados os aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional entre outros.

O Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais em 2012 publicou um Protocolo de Atenção a Saúde dos Adolescentes, onde são ressaltados alguns pontos importantes para facilitar a relação entre o profissional de saúde e o adolescente tais como: sigilo, tempo, escuta e identidade do profissional para ter confiança durante o atendimento.

Para Queiroz et al. (2010) a enfermagem tem buscado recentemente referências teóricas para a fundamentação do cuidado junto ao adolescente, mas apesar do conhecimento adquirido, a enfermagem necessita de aprofundamento, discussão e divulgação ampliada desse tema para uma capacitação dos trabalhadores nos mais diversos contextos de assistência ao adolescente.

A realização da Consulta de Enfermagem, segundo Santos et al.(2008), pressupõe que os enfermeiros tenham habilidades de comunicação, observação e de técnicas propedêuticas. Os objetivos devem ser claros e as metodologias próprias.

Neste sentido, Silva et al.(2007, p.4) destacam que:

A interação entre o enfermeiro e o adolescente, além de confiança, deve se basear na troca e no respeito ao modo de ser do adolescente. A linguagem do enfermeiro não precisa ser a mesma do adolescente; pois este não a reconhece como um de seus pares; mas deve traduzir respeito às suas opiniões, valores e conhecimentos., isto significa não emitir qualquer juízo de valor, reprovação de suas manifestações, adoção de qualquer comportamento discriminatório ou se apresentar como dono da verdade. As mensagens devem ser claras e objetivas e as informações técnicas discutidas e fundamentadas.

Para Mandú e Paiva (2001) a Consulta de Enfermagem deve estar fundamentada, teórico e cientificamente, em objetivos operacionais com elementos de abordagem social, clínica e psicológica da saúde do adolescente, compondo assim um processo de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção.

Segundo Bursztyn (2005) refere à necessidade de uma atenção integral ao adolescente, da criação de vínculos e o fortalecimento da relação com a família e a comunidade e a inserção dos adolescentes nas atividades realizadas, sendo estes elementos essenciais para a melhoria da sua qualidade da assistência.

Para Henriques et al.(2010) a interação entre o profissional e o adolescente deve ser alicerçada, principalmente, na criação de vínculos, estabelecendo relações de confiança pautadas na relação de troca e respeito, consolidada com o diálogo.

A Consulta de Enfermagem inclui o processo de enfermagem que contempla o histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência.

Em Campinas, a Secretaria Municipal de Saúde (2009) elaborou um protocolo para Consulta de Enfermagem ao adolescente destacando como primordial os seguintes passos: histórico de enfermagem, que inclui o levantamento das condições atuais de saúde (hábitos alimentares, hábitos intestinais e urinários, hábitos de higiene, lazer, relações familiares, visão e audição, sexualidade e

vacinação), exame físico céfalo-caudal (o exame físico deve ter uma preparação na qual se respeite a privacidade dos jovens), avaliação do desenvolvimento puberal, abordagem do adolescente quanto à sexualidade, levantamento de problemas e encaminhamentos e/ou agendamentos para grupos e equipamentos da comunidade.

O Ministério da Saúde, nos Cadernos de Atenção Básica intitulado de Saúde na Escola (2009), refere que não existe consenso sobre a melhor forma de avaliação dos adolescentes e jovens, por se tratar de uma questão complexa, afirma, porém que os procedimentos devem ser adaptados às necessidades do escolar e/ou da sua família e da estrutura e recursos do serviço de saúde. Os cadernos apresentam as atribuições dos profissionais, incluindo o enfermeiro, e os aspectos a serem priorizados na avaliação dos escolares, mas não disponibiliza instrumentos específicos para cada profissional.

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a segunda etapa e um componente essencial da Consulta de Enfermagem. A padronização dos Diagnósticos de Enfermagem no Brasil foi definida a partir da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC e suas atualizações e são discutidas a seguir a partir da literatura.

3.1.1 Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é definido como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família, como também da comunidade aos problemas de saúde reais /potenciais ou ainda aos processos vitais (CARPENITO-MOYET, 2005). Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros em 2007 o DE é

considerado um termo dado pelo enfermeiro a uma decisão acerca de um fenômeno que é o foco da intervenção de enfermagem.

Em 1967 Wanda de Aguiar Horta introduziu o DE no Brasil como sendo a segunda etapa do Processo de Enfermagem e é utilizado como ferramenta de planejamento para direcionar o cuidado em situações clínicas específicas.

Entre 1996 e 2000, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) desenvolveu o projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, esse projeto foi à contribuição brasileira à Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE). Segundo Cubas e Egry (2007) o desenvolvimento do projeto teve abrangência nacional, superando as diversidades socioeconômicas, culturais e de acesso geográfico. O projeto CIPESC foi a maior pesquisa participativa desenvolvida pela Enfermagem no país, em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária brasileira (GARCIA, 2012).

Segundo Silva et al, (1998, p.65) esse projeto teve os seguintes objetivos: “Estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no País; Identificar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no País, contextualizadas no processo de produção em saúde, diante da implantação do Sistema Único de Saúde; Construir um sistema de informação das práticas de enfermagem em saúde coletiva que permitam a sua classificação, troca de experiências e interlocução nos níveis nacional e internacional”.

Hoje a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) é utilizada de maneira informatizada na rede de atenção básica da Prefeitura Municipal de Curitiba. Este instrumento fornece aos Enfermeiros da atenção básica a uniformização dos DE e suas intervenções em saúde coletiva. Em

2012 Garcia e Cubas, lançaram o livro “Diagnósticos, Intervenções e resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional”. Esse livro atualiza o projeto pioneiro do CIPESC.

A categorização dos Diagnósticos de Enfermagem foi realizada a partir das necessidades humanas e sociais e se divide em 3 grandes grupos: as necessidades humanas psicobiológicas, as necessidades humanas psicossociais e as necessidades humanas psíquicoespirituais.

Os Diagnósticos de Enfermagem, relacionados às necessidades humanas psicobiológicas incluem: as necessidades de: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, atividade física, sexualidade e reprodução, segurança física e do meio ambiente, cuidado corporal e ambiental, integridade física, regulação (crescimento celular e desenvolvimento funcional), regulação vascular, regulação térmica, regulação neurológica, regulação hormonal, senso percepção, terapêutica e de prevenção. Como subgrupos foram catalogados 460 Diagnósticos de Enfermagem relacionados às necessidades humanas psicobiológicas.

No grupo das necessidades psicossociais encontram-se os diagnósticos: comunicação, recreação e lazer, segurança emocional, amor, gregária, aceitação, autoestima, autoconfiança, autorrespeito, liberdade e participação, educação para a saúde e aprendizagem, autorrealização, espaço, criatividade e garantia de acesso à tecnologia. Como subgrupos foram catalogados 227 Diagnósticos de Enfermagem.

Nas necessidades humanas psíquicoespirituais enquadra-se a subdivisão de religiosidade e espiritualidade e englobam 12 Diagnósticos de Enfermagem

O CIPESC pode subsidiar a definição de diagnósticos a partir na Consulta de Enfermagem dirigida aos adolescentes. A atuação da enfermagem na escola, por outro lado, deve estar pautada na Política Nacional de Saúde Escolar e da Política

Nacional de Atenção ao Adolescente. O próximo capítulo resgata aspectos da evolução destas políticas no Brasil e da atuação dos profissionais de saúde com escolares.

3.2 ATENÇÃO A SAÚDE AO ADOLESCENTE ESCOLAR NO BRASIL

Em 1989 o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 980 de dezembro de 1989, instituiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), reeditado posteriormente em 1996. Esse programa elencava como áreas prioritárias, o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes; fundamentados nos princípios de integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade em associação a uma política de promoção da saúde, desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de riscos, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1989).

O Ministério da Saúde lançou ainda em 2011, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, complementando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, visando sensibilizar gestores para uma visão holística e uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população.

O primeiro Programa Nacional de Saúde do Escolar foi instituído em 1984, e tinha como objetivos o atendimento as necessidades de saúde da população escolar, principalmente no que se referia à identificação e correção precoce das dificuldades visual e auditiva dos alunos. O atendimento abrangia as escolas das redes de ensino estadual e municipal, em municípios brasileiros com mais de 40 mil habitantes.

Este programa era limitado, pouco evoluiu e não apresentou resultados relevantes, assim em 2007, o governo brasileiro institui o Programa de Saúde na Escola (PSE) no âmbito dos Ministérios da Educação e Saúde. Esse programa de forma mais ampla tinha como finalidades contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

O Programa Saúde na Escola (PSE) preconiza dentre as diversas ações, que as crianças, adolescentes e jovens escolares tenham acesso, à avaliação clínica e psicossocial pelo menos uma vez ao ano, preferencialmente nos inícios dos períodos letivos (BRASIL, 2007).

O Programa de Saúde na Escola (PSE) é constituído por quatro componentes: 1. avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; 2. promoção da saúde e de atividades de prevenção; 3. educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; 4. monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes como também o monitoramento e avaliação do programa.

O parágrafo único do artigo 4º do decreto 6286/2007 sobre PSE orienta: [...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. (BRASIL, 2007).

Para orientar as equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde lança ainda em 2009 o Caderno de Atenção Básica em Saúde Escolar que define as atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde no atendimento às crianças e adolescentes (BRASIL, 2009).

As ações de saúde previstas no âmbito do PSE e nos Cadernos de Atenção Básica, podendo englobar outras necessárias, são: Avaliação clínica; Avaliação nutricional; III – 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; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

O objetivo da avaliação clínica e psicossocial seria o de fomentar o desenvolvimento físico e mental saudáveis, em cada fase da vida do escolar, oferecendo cuidado integral, de acordo com as necessidades de saúde detectadas. Visa também observar o crescimento e desenvolvimento dos estudantes (inclusive no que diz respeito àqueles com deficiência e aos aspectos de saúde mental), cuidar da manutenção de um estado de saúde geral adequado, e desenvolver medidas de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Entre 2008 a 2011, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram diversas portarias e resoluções relacionadas ao atendimento dos adolescentes no âmbito escolar. Entre elas a Portaria Nº 2.931 de 2008 do Ministério da Saúde que altera a Portaria Nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos; Portaria Nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009 estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes

de Saúde da Família; Portaria Interministerial Nº 3.696 de novembro de 2010 estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse e a Resolução Nº 47 de 1 de setembro de 2011 do Ministério da Educação estabelece os critérios e os procedimentos para a participação dos órgãos e entidades da administração pública federal direta e indireta, bem como Instituições de Ensino Superior e Instituições Federais de Pesquisas na implementação do Programa Saúde na Escola – PSE.

Os requisitos e exigências para adesão dos municípios ao Programa de Saúde na Escola (PSE) são muitos, mas especialmente destaca-se a necessidade de possuir unidades de saúde vinculadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Agora em 2013 em seu novo manual para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) ficou estabelecido que com a universalização PSE, todos os municípios do País estão aptos a participar de suas atividades (BRASIL, 2013). Podem participar todas as equipes de Atenção Básica e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas.

Em Curitiba apenas 55 das 172 Unidades de Saúde eram vinculadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2012 a Prefeitura Municipal de Curitiba assumiu o compromisso de implantar o Programa de Saúde na Escola em 28 Escolas, destas 09 são municipais (uma por regional) e 19 estaduais.

O programa de saúde escolar brasileiro tem avançado, mas ainda apresenta sua implantação limitada, apesar dos recentes incentivos legais, normativos e financeiros. Um diagnóstico sobre a implementação do PSE, deveria ser recomendado, visando avaliar qual ser sua real amplitude e possibilidades.

Por outro lado, estudos apresentados a seguir tem demonstrado que a escola se constitui um importante espaço para se trabalhar as questões de saúde com os jovens e crianças.

3.3 A ESCOLA COMO ESPAÇO PARA AÇÕES DE SAÚDE

A escola é um lugar de congregação, onde as crianças e adolescentes podem ter a oportunidade de desenvolvimento integral nos aspectos de saúde. Para Gubert et al. (2009) a escola é considerada espaço crucial para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto aos seus integrantes e comunidade, visando à qualidade de vida e saúde dos jovens.

O Ministério da Saúde (2006) ressalta que a escola desempenha um papel importante na relação entre alunos, familiares e comunidade, influenciando práticas e atitudes de alunos, professores e outros, neste aspecto o setor de Educação é um aliado importante e a escola pode ser um espaço estratégico para a promoção da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO) em 1999 destacam que “a saúde se aprende na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais”.

A carta de Ottawa de 1986 define promoção à saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Ainda a Carta de Ottawa define os campos de ação da promoção da saúde, são eles: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à

saúde, participação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

A promoção em saúde no âmbito escolar com enfoque integral tem três componentes relacionados entre si: oferta de serviços de saúde, educação para saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e, alimentação saudável e vida ativa (CARDOSO, 2008).

A educação em saúde e a promoção da saúde estão estreitamente vinculadas, uma vez que a educação é um dos componentes e um dos recursos fundamentais no processo de promoção da saúde, especialmente quando o processo educativo se propõe a ser democrático, participante, problematizador e transformador, fundado no respeito e na valorização humana, no saber popular e na identidade cultural dos sujeitos e comunidades envolvidas. (BICUDO et al., 2000)

Nesse contexto os profissionais da enfermagem devem estar inseridos atuando como agente facilitador na promoção a saúde através da educação em saúde individual ou em grupos. Para a efetivação da promoção da saúde na escola pode-se contar tanto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como também a atuação discente nesse ambiente. A ESF é prioritária para reorganização da atenção básica, tendo como princípio o desenvolvimento de vínculo e a corresponsabilidade nas ações educativas intersetoriais que possam interferir no processo saúde-doença da população assistida (BRASIL, 2006).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE-realizada pelo IBGE em 2009, nas capitais brasileiras, com alunos da nona série do ensino fundamental com uma média de 13 anos de idade, mostrou uma situação preocupante com relação ao

comportamento de saúde dos escolares. Em Curitiba a pesquisa identificou que 80,7% dos adolescentes referiram ter experimentaram bebida alcoólica, que cerca de 13,2% fez uso de algum tipo de droga ilícita, sendo estes os maiores percentuais dentre as capitais. No início de 2011 o Ministério da Justiça divulgou o Mapa da violência entre jovens de 15 a 24 anos no período de 1998 a 2008. Os números são preocupantes, a taxa de mortalidade de jovens entre 15 e 24 anos das capitais brasileiras, revelou que Curitiba apresentou aumento significativo durante o período do estudo passando da 18ª colocação para 5ª lugar entre as capitais.

Nesse contexto faz-se necessário, dentre outras ações a promoção da participação ativa do jovem frente à tomada de decisões que atuarão diretamente na promoção, prevenção da saúde dessa população. Para Silva (1997) o protagonismo dos (as) adolescentes pressupõe uma relação dinâmica entre formação, conhecimento, participação, responsabilização e criatividade como mecanismo de fortalecimento da perspectiva de educar para a cidadania ética e responsável e para a valorização das expressões juvenis. Ainda sobre esse tema Costa (2000, p.126) refere que: “o protagonismo juvenil é uma forma de reconhecer que a participação dos adolescentes pode gerar mudanças decisivas na realidade social, ambiental, cultural e política em que estão inseridos [...] Assim, o protagonismo juvenil, tanto quanto um direito, é um dever dos adolescentes”.

A Prefeitura Municipal de Curitiba criou em 2002 o Programa Adolescente Saudável a ser desenvolvida nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, com o intuito de preencher uma lacuna da atenção voltada aos adolescentes entre 10 e 20 anos incompletos. Em sua segunda edição, revisada de 2006, aborda em um dos seus capítulos a Educação em Saúde nas Escolas e aponta que: cabe ao binômio Saúde e Educação, atuar em conjunto para

potencializar as ações relacionadas ao adolescente escolar, para o adequado encaminhamento das questões relacionadas à saúde e ao processo de aprendizagem, ainda orienta a capacitação dos profissionais da educação, a criação de grupos de interesse nas escolas, a pesquisa de novas metodologias, a adoção de novos recursos tecnológicos e o trabalho integrado com a equipe de saúde como também que o profissional da educação tem um papel importante como agente de saúde, contribuindo para a adoção de hábitos saudáveis e práticas seguras pelo adolescente escolar.

No Paraná Existe o Centro de Protagonismo Juvenil que está ligado a Secretaria de Estado de Educação.

A prática de hábitos auditivos saudáveis pelas crianças e adolescentes é ainda pouco explorada e trabalhada pelos profissionais de saúde, provavelmente por desconhecimento da importância desta temática uma vez que o som em volume elevado e por tempo prolongado seja a principal causa de perda auditiva entre os jovens.

3.4 SAÚDE GERAL E AUDITIVA DOS ADOLESCENTES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 10% da população mundial são afetada pela perda da audição. No Brasil, segundo o Censo demográfico de 2010, o percentual da população com deficiência auditiva foi de 5,1%, ou 9.717.318 pessoas. A deficiência auditiva severa foi declarada por 2.143.173 pessoas, sendo 344.206 pessoas surdas (0,2%) e 1.798.967 pessoas com grande dificuldade de ouvir (0,9%). A Região Sul apresentou um percentual de

5,3% (IBGE, 2010). Dentre esses, 1,3% dos deficientes auditivos estaria na faixa etária de 0-14 anos, 4,2 % na de 15-65 anos, e 25,6% na faixa de 65 anos ou mais. Ainda destaca que 1 milhão de deficientes auditivos são crianças e adolescentes até 19 anos.

No estado Paraná em 2003 a Assembleia Legislativa sancionou a Lei 14023 de 2003 que tornava obrigatório a realização periódica do teste de acuidade visual e auditiva para todos os estudantes da rede pública estadual de ensino, ressaltando que os testes deverão ser realizados de maneira gratuita e anualmente.

O Ministério da Saúde reconheceu a deficiência auditiva como uma questão de saúde pública e em 2004 institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) em todas as unidades federativas com a responsabilidade e competência das três esferas de poder através da Portaria nº. 2.073 de 2004 (BRASIL, 2004). A Política Nacional à Saúde Auditiva estabelece que compete à Atenção Básica realizar ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva (BRASIL, 2004).

Segundo Sant'Ana (2012) a perda auditiva induzida por níveis de pressão sonoras elevadas (PAINPSE) era uma doença de adultos com ocupações ruidosas, no entanto, desde o advento da música amplificada, da indústria da música e entretenimento e a crescente popularização dos dispositivos sonoros portáteis individuais entre crianças e adolescentes, PAINPSE é uma séria e crescente preocupação nessa população.

Sant'Ana (2012) ainda refere que a exposição a sons intensos é a segunda causa mais comum da deficiência auditiva. Os sintomas iniciais podem ser muito sutis e não identificados até que ocorra um impacto significativo na vida da pessoa. A redução da capacidade auditiva gera dificuldade na comunicação e a deficiência

auditiva decorrente da prolongada exposição a elevados níveis de pressão sonora é caracterizada por uma perda auditiva sensorineural e irreversível, atingindo principalmente as frequências mais importantes para compreensão da fala. O nível de pressão sonora, bem como o tempo que se fica exposto a ele são fatores determinantes da capacidade de prejudicar a audição.

Dessa forma, a música em intensidade alta e por um período prolongado é um fator preocupante na população jovem, que com o passar dos anos terá perda auditiva progressiva e precoce. Entretanto, ao usarmos a música de forma inadequada, isto é, se fazemos uso abusivo da duração, intensidade e/ou frequência da exposição a ela, a música pode ter um impacto adverso na nossa função auditiva (EL DIB et al., 2008). A exposição contínua à música alta tem sido considerada o fator mais importante para o aumento da prevalência de perda auditiva em adolescentes (WEICHBOLD E ZOROWKA, 2007).

Para Isleb et al.(2010) o risco de danos auditivos aos expectadores de música amplificada é real, por causa do aumento da potencia dos amplificadores. Ainda afirma que a sensação de ouvido tapado e o zumbido são os primeiros sintomas de perda auditiva. Para Gonçalves (2009) a exposição a elevados níveis sonoros pode provocar: intolerância a sons intensos, tontura, otalgia e principalmente, o zumbido e perda auditiva. A exposição a níveis de pressão sonora elevada não causa apenas efeitos auditivos, mas também efeitos extra-auditivos que afetam a saúde como os relacionados por Fukuda (1998): tontura, alterações nos aparelhos cardiovascular e gastrointestinal, sistema endócrino, muscular, além de mudanças de humor, estresse e irritabilidade. Kwitko et al. (1996) relata que em curtos períodos de exposição a níveis de pressão sonora entre 90 e 100 dB (A), em

uma amostra de pacientes normotensos e hipertensos, ocorre uma elevação da pressão sanguínea, em média 3,3% a 7%.

Para Zocoli e Morata (2010) o conceito de adolescência e o de música alta estão normalmente associadas afirmam que o habito auditivo mais utilizado pelos adolescentes é o uso de aparelhos eletrônicos compactos e portáteis. Os adolescentes, mais do que qualquer outro grupo dos indivíduos se expõe aos sons altos, especialmente durante atividades do tempo de lazer (OLSEN, 2004).

De acordo com Zocoli, (2007) o uso disseminado de fones de ouvidos ou a exposição à música em níveis sonoros elevados é preocupante, pois indivíduos suscetíveis poderão sofrer lesão auditiva. Para Lacerda et al (2011) a falta de conhecimento e interesse dos adolescentes acerca das medidas de prevenção auditiva pode ser atribuída ao fato da perda auditiva não se manifestar de maneira precoce a exposição do ruído.

Luz e Borja (2012) relatam que entre 12 e 18 anos aumenta o uso de estéreos pessoais (fones de ouvidos) de maneira inadequada por muito tempo e com intensidade elevada do volume. Ainda relata que estudos mostram que os níveis de pressão sonora desse tipo de equipamentos podem atingir 120 dB intensidade e causar lesão auditiva.

Não há no Brasil nenhuma regulamentação para os níveis de pressão sonora em atividades de lazer e, por isso, os padrões de exposição ao ruído ocupacional têm sido utilizados.

O protocolo do Ministério da Saúde intitulado Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) de 2006 baseado na Norma Regulamentadora N.º 15 (NR-15), da Portaria do Ministério do Trabalho N.º 3.214 de 1978 demonstra o Limites de

Tolerância para ruído contínuo ou intermitente. Para um nível de pressão sonora de 85 decibéis o tempo de exposição não pode ultrapassar a 8 horas, caindo para metade do tempo se for aumentado em 5 decibéis. A tabela ainda mostra que para uma pressão sonora acima de 115 decibéis o tempo de exposição não poderá ultrapassar a 7 minutos. Portanto o uso indiscriminado de fones de ouvidos e as atividades de lazer que envolva intensidade sonora elevada são maléficas a saúde auditiva. As pessoas que frequentam boates e shows também são expostos a sons acima de 100 dB (GONÇALVES, 2007).

Luz e Borja (2012) identificaram em estudo realizado com adolescentes e adultos jovens em instituições de ensino, que a escola figurou como o meio de informação que menos contribuiu para a formação do conhecimento acerca dos efeitos danosos do ruído. Isso mostra que apesar de a escola ser o lugar privilegiado para se tratar de assuntos relacionados à saúde ainda não incorporou a cultura da promoção à saúde auditiva.

Com base neste referencial teórico e para atingir os objetivos propostos neste estudo, elaborou-se a seguinte metodologia de pesquisa.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção, exploratório, quantitativo e descritivo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma escola pública estadual do município de Curitiba, que oferece o ensino fundamental no turno da tarde, e ensino médio e médio profissionalizante, no turno da manhã e noite, no período de março a abril de 2013.

Estavam matriculados na escola 760 alunos, destes 375 cursavam o ensino médio ou médio profissionalizante, e tinham entre 15 e 19 anos.

A escola foi selecionada por estar localizada em um dos bairros de maior população de Curitiba e não estar vinculada a uma Unidade de Saúde já credenciada ao Programa Saúde na Escola (PSE), uma vez que estas unidades de saúde poderiam promover ações de saúde com os escolares, que poderiam interferir nos resultados do presente estudo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

Os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa por meio de carta convite enviada aos responsáveis, explicando que os adolescentes poderiam participar de uma consulta de enfermagem para avaliar a saúde dos adolescentes

escolares. Foram encaminhados nesta carta o termo de consentimento livre e esclarecido e um instrumento/questionário sobre os antecedentes de saúde do adolescente para ser preenchido pelos pais ou responsáveis.

Foram incluídos os adolescentes que trouxeram a autorização dos pais. Foram enviados 700 envelopes esse número perfaz o dobro da amostra , pois os envelopes foram enviados por duas vezes, 84 foram devolvidos pelos familiares com autorização, mas 63 realizaram a consulta de enfermagem, os demais não quiseram participar ou foram chamados por mais de 2 vezes, mas estavam ausentes da escola, no período em que a pesquisadora esteve na escola.

Assim a amostra da pesquisa ficou constituída por 63 adolescentes(16,8% dos adolescentes de 15 a19 anos da escola). Destes 27 (42,9%) cursavam a 1ª série do ensino médio, 17(26,9%) a 2ª série e 19 (30,2%) a 3ª série do ensino médio. Relativo ao turno de estudo, 41 (65%) estudava no turno da manhã e 22 (35%) no turno da noite.

4.4 PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E COLETA DE DADOS

4.4.1 Desenvolvimento do Protocolo da Consulta de Enfermagem

O protocolo para a Consulta de Enfermagem foi desenvolvido tendo como referenciais teóricos a Política Nacional e as Diretrizes para Atenção Integral a Saúde do Adolescente, a Política de Saúde Escolar e os Cadernos de Atenção Básica em Saúde na Escola, que sugere que sejam realizadas as avaliações clínicas

na escola por seu caráter de triagem e o ganho de escala em ambiente coletivo. O CIPESC também foi uma das referências para elaboração do instrumento para a consulta de enfermagem.

O atendimento aos adolescentes foi realizado na própria escola em uma sala cedida pela direção, para a consulta de enfermagem. Esse ambiente foi organizado com equipamentos e materiais para a avaliação do adolescente, sendo eles: balança eletrônica, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, tabela de optótipos, otoscópio e oxímetro de pulso como também, instrumentos definidos pelo Ministério da Saúde disponíveis no site do Programa Saúde na Escola e no site do Departamento de Atenção Básica, ambos do Ministério da Saúde.

Diariamente, durante o período do estudo, o pesquisador passava nas salas de aula identificando os adolescentes que receberam a autorização dos pais, e convidando a participar da Consulta de Enfermagem naquele dia ou agendava para outra data.

A Consulta de Enfermagem contemplou as seguintes etapas do processo de enfermagem: histórico de enfermagem que inclui anamnese com os antecedentes de saúde e familiar e os dados do exame físico; o diagnóstico de enfermagem que inclui um julgamento clínico sobre os problemas de saúde reais/potenciais/processos vitais; a prescrição de enfermagem que incluiu as orientações e encaminhamentos ou tratamento de enfermagem quando couber. A evolução de enfermagem seria outra etapa que, no entanto não foi contemplada neste estudo por ser uma pesquisa experimental e de intervenção pontual.

Para a Consulta de Enfermagem, elaborou-se um protocolo/instrumento com base no Manual do Programa Saúde na Escola Passo a Passo (2011), e nas orientações do Caderno de Atenção Básica – Saúde Escolar (2009).

O protocolo incluiu dados sociodemográficos e econômicos, sobre o aproveitamento escolar e trabalho, hábitos de saúde, avaliação clínica e psicossocial e sobre saúde auditiva.

Na avaliação clínica foram incluídas: a avaliação antropométrica, levantamento do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), detecção precoce de agravos de saúde, avaliação oftalmológica; avaliação auditiva, avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal. Essa avaliação teve como objetivo obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento e saúde dos adolescentes e jovens.

Na avaliação psicossocial, buscou-se identificar o desempenho escolar, trabalho, lazer, comportamentos, hábitos de vida dos adolescentes, visando analisar aspectos da saúde mental e social dos adolescentes.

O protocolo da Consulta de Enfermagem previa ainda ações de educação e promoção em saúde conforme as demandas dos adolescentes, sobre alimentação saudável, atividade física, educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das doenças sexualmente transmitidas/ da síndrome da imunodeficiência adquirida, prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção das violências e, dentre outras demandadas pelos adolescentes.

4.1.2 Coleta dos dados

Para coleta de dados utilizou-se os seguintes instrumentos elaborados pelo autor:

- 1. ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE (APÊNDICE 3)**
- 2. INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO DOS PAI (APÊNDICE 4).**
- 3. QUESTIONÁRIO PÓS-CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA OS ADOLESCENTES (APÊNDICE 5)**

Como instrumentos de apoio e interpretação dos dados foram incluídos os seguintes instrumentos:

- 4. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE IMC POR IDADE MENINAS (ANEXO 2)**
- 5. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE IMC POR IDADE MENINOS (ANEXO 3)**
- 6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE ESTATURA POR IDADE MENINAS (ANEXO 4)**
- 7. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE ESTATURA POR IDADE MENINOS (ANEXO 5)**
- 8. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO NACIONAL (ANEXO 6)**
- 9. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO VISUAL – TESTE DE SNELLEN/ESCALA OPTOMÉTRICA (ANEXO 7)**
- 10. INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO-VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO (ANEXO 5)**

Referente aos instrumentos cabe ainda esclarecer que:

Para avaliação antropométrica e nutricional foi utilizado o gráfico de evolução do IMC e estatura feminino também utilizado na Atenção à Saúde do Adolescente (Anexos 2, 3, 4 e 5).

Para a avaliação do estado vacinal dos adolescentes foi utilizado o calendário nacional de vacinação de 2013 do Ministério da saúde (Anexo 6).

Os parâmetros e orientações para detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica foram obtidos do Caderno de Atenção Básica N°15 intitulado Hipertensão Arterial Sistêmica de 2006, e a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010 (Anexo 8), que estabelece parâmetros de hipertensão arterial correlacionadas aos percentis e valor de pressão arterial para os adolescentes.

Para definir os parâmetros para detecção de agravos de saúde, como a Presença de Asma Brônquica ou outras Doenças Crônicas e outros, utilizou-se normas dos Cadernos temáticos do Ministério da Saúde.

Para avaliação oftalmológica foi usado o teste de Snellen , utilizado pelo Ministério da Saúde e Educação nas escolas a partir do Projeto Olhar Brasil (2007). O Ministério da Saúde (2007, p.17) refere que “a forma mais simples de diagnosticar a limitação da visão é medir a acuidade visual com a Escala de Sinais de Snellen.” Esse teste utiliza sinais em forma de Letra E, organizados de maneira padronizadas conhecidas como optótipos. Cada linha corresponde a um número decimal, que indica medida da acuidade visual (Anexo 7).

Para a avaliação das questões auditivas foram utilizados duas referências: um instrumento elaborado pelo Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná e o outro instrumento que foi extraído do artigo intitulado "Sintomas auditivos em usuários de estéreos pessoais

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos na consulta de enfermagem e no questionário da família, foram digitados em planilha excell, para tabulação, foram calculados as frequências e percentuais e cruzamento de algumas variáveis.

Para as análises estatísticas foram utilizados os Métodos Descritivos e Métodos Inferenciais (Teste Qui-quadrado e Teste de Fisher). O nível de significância adotado para os testes foi de 0,05 (5%). Para a implementação dessas análises foram utilizados os *softwares* Sphinx Léxica e o Statistica versão 7.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, com protocolo CEP-SESA nº384/2011(Anexo 1). Os participantes da pesquisa e seu responsável legal foram esclarecidos sobre a pesquisa foi solicitado a assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1 e 2), foi mantido o caráter sigiloso das informações, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS

Os resultados das 63 Consultas de Enfermagem realizadas com os adolescentes escolares foram apresentados levando em consideração as etapas da Consulta de Enfermagem (histórico, diagnóstico e prescrição de enfermagem) e dados obtidos em cada etapa, e foram organizados e apresentados em cinco capítulos: **5.1 Perfil psicossocial e de saúde dos adolescentes escolares a partir do histórico de enfermagem, 5.2 Saúde auditiva dos adolescentes escolares 5.3 Diagnóstico de enfermagem dos adolescentes escolares consultados, 5.4 Prescrição de enfermagem e encaminhamentos dos adolescentes escolares e 5.5 Satisfação do adolescente escolares com a Consulta de Enfermagem na escola.**

As Consultas de Enfermagem tiveram duração média de 32,3 minutos, sendo que foi de 30 minutos para 16 (24,5%) adolescentes, de 30 a 40 minutos para 40 (63,5%) e acima de 40 minutos para 7 (11,1%) dos adolescentes, sendo este um dos indicadores adequabilidade da consulta.

5.1 PERFIL PSICOSOCIAL E DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES A PARTIR DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

5.1.1 Perfil da família e perfil sociodemográfico dos adolescentes

Dos 63 adolescentes que participaram da consulta de enfermagem, 43 (68,3%) eram do gênero feminino e 20 (31,7%) do masculino. Com relação à idade,

14 (22,2%) tinham 15 anos, 22 (34,9%) tinham 16 anos, 13(20,6%) tinham 17 anos, 10(15,9%) tinham 18 e 4 (6,4%) tinham 19 anos. A média de idade foi de 16,5 anos. Cerca de 76% eram nascidos em Curitiba e 68% moravam no bairro São Braz. Quanto à idade dos pais predominou a faixa etária de 40 a 50 anos (36,5%) e das mães predominou a faixa etária menor de 40 anos (41,3%). Os pais dos adolescentes tinham de 8 a 12 anos de estudo (39,7%), com media foi de 8 anos. As mães dos adolescentes tinham de 8 a 12 anos de estudo (42,97%) e também a média foi de 8 anos de estudo (tabela 1).

A renda familiar dos adolescentes ficou entre 3 a 5 salários (47,6%). A menor renda foi de 1 salário mínimo e a maior foi de 12, a média ficou em 4 salários mínimos. Identificou-se quanto ao tamanho da família, que 17 (26,7%) adolescentes tem 2 irmãos e 8 (12,8%) eram filho único. Com relação ao tipo de moradia 41(65,1%) adolescentes moram em casa de alvenaria, e 44 (69,9%) residem em moradia própria.

Quando questionados como os adolescentes percebiam sua saúde, 46 (73%) responderam que consideram sua saúde boa, 15 (23,8%) média e 2 (3,2%) qualificaram como ruim.

Tabela 1 – Perfil da família e perfil socioeconômico dos adolescentes (N=63)

PERFIL DA FAMÍLIA E SOCIOECONÔMICO	Nº	%
Idade do Pai		
menos de 40 anos	14	22,2
de 40 a 50 anos	23	36,5
de 50 a 60 anos	13	20,6
60 anos e acima	4	6,4
Não souberam responder	9	14,3
Idade da Mãe		
menos de 40 anos	26	41,3
de 40 a 50 anos	25	39,7
50 anos e acima	11	17,5
Não souberam responder	1	1,5
Anos de estudo do pai		
menos de 4 anos	2	3,2
de 4 a 8 anos	16	25,4
de 8 a 12 anos	25	39,7
12 anos e acima	6	9,5
Não souberam responder	14	22,2
Anos de estudo da mãe		
menos de 4 anos	2	3,2
de 4 a 8 anos	21	33,3
de 8 a 12 anos	31	49,2
12 anos e acima	5	7,9
Não souberam responder	4	6,4
Renda em salários-mínimos		
menos de 3	8	12,7
de 3 a 5	30	47,6
de 5 a 7	10	15,9
7 e acima	6	9,5
Não souberam responder	9	14,3
Tipo de moradia		
Alvenaria	41	65,1
Madeira	13	20,6
Alvenaria e madeira	9	14,3
Tipo de propriedade		
Alugada	14	22,2
Própria	44	69,9
Outros	5	7,9

FONTE: A autora

5.1.2 Antecedentes de saúde dos adolescentes

Tiveram problemas na gestação 4 (6,4%) mães de adolescentes, 4 (6,4%) adolescentes tiveram problemas de crescimento na infância, 18 (28,6%) adolescentes passaram por cirurgia ou estiveram internados; 21 (33,3%) pais relataram que os adolescentes sofrem de algum tipo de alergia; 2 (3,2%) relataram acidentes com intoxicações; 12 (19,1%) relatam que o adolescente faz uso de medicações tais como: protetor gástrico, antidepressivo, anticonvulsivante, antialérgico, vitamina, anticoncepcional e hormônio, ainda 4(6,4%) adolescentes fazem tratamento psicológico (tabela 2).

Tabela 2 – Antecedentes de saúde dos adolescentes (N=63)

ANTECEDENTE DE SAÚDE	FREQUÊNCIA		
	Sim	Não	Sem Resposta
Problemas na gestação	4 (6,4%)	53 (84,1%)	6 (9,5%)
Problema de crescimento	4 (6,4%)	54 (85,7%)	5 (7,9%)
Problema de desenvolvimento	- (0,0%)	44 (69,8%)	19 (30,2%)
Cirurgia/hospitalização	18 (28,6%)	36 (57,1%)	9 (14,3%)
Alergia	21 (33,3%)	37 (58,7%)	5 (7,9%)
Infecções	9 (14,3%)	49 (77,8%)	5 (7,9%)
Acidentes com intoxicação	2 (3,2%)	54 (85,7%)	7 (11,1%)
Uso de medicamentos	12 (19,1%)	45 (71,4%)	6 (9,5%)
Tratamento psicológico	4 (6,4%)	54 (85,7%)	5 (7,9%)

FONTE: A autora

5.1.3 Antecedentes de saúde dos familiares dos adolescentes

Conforme a Tabela 3, 39 (61,9%) adolescentes tinham um ou mais membros da família com hipertensão arterial com predominância para a avó, 27 (42,8%) com diabetes mellitus com predomínio para a avó, 12 (19,0%) tinham membros da família que sofreram acidente vascular cerebral com predomínio da avó, 15 (23,8%) tem casos de obesidade na família com predomínio para a avó, 19 (30,1%) algum membro da família já sofreu um infarto agudo do miocárdio com predomínio do avô, 14 (22,2%) tem membros na família com afecções respiratórias com predomínio para mãe, 7 (11,1%) tem na família alguém com transtornos psicológicos, com predomínio do tio, 21 (33,3) indicam que um ou mais membros da família fazem uso de drogas ou álcool, 10 (15,8%) mostram que a mãe do adolescente teve uma gestação durante a adolescência e 12 (19,0%) apontam outros problemas de saúde na família tais como: neoplasia e mal de Parkinson (tabela 3).

Tabelas 3 – Antecedentes de saúde dos familiares dos adolescentes

ANTECEDENTE FAMILIAR	FREQUÊNCIA		
	Sim	Não	Sem Resposta
Pressão Alta na família	39 (61,9%)	18 (28,5%)	6 (9,6%)
Diabetes na família	27 (42,8%)	33 (52,4%)	3 (4,8%)
Derrame cerebral na família	12 (19,0%)	46 (73,0%)	5 (8,0%)
Obesidade	15 (23,8%)	45 (71,4%)	3 (4,8%)
Infarto cardíaco na família	19 (30,1%)	40 (63,5%)	4 (6,4%)
Problemas respiratórios	14 (22,2%)	45 (71,4%)	4 (6,4%)
Transtornos psicológicos	7 (11,1%)	51 (80,9%)	5 (8,0%)
Álcool/ drogas	21 (33,3%)	37 (58,7%)	5 (8,0%)
Mãe adolescente	10 (15,8%)	47 (74,6%)	6 (9,6%)
Outros problemas de saúde	12 (19,0%)	43 (68,2%)	8(12,8%)

FONTE: A autora

5.1.4 Desempenho escolar dos adolescentes como fator de desenvolvimento

psicossocial

Quando indagados sobre o rendimento escolar, 49(77,8%) referiram inicialmente bom rendimento e 13 (20,7%) rendimento regular. Mas quando questionado sobre reprovações, 39 (61,9%) adolescentes referiram ter reprovado alguma série. A série a qual os adolescentes apresentaram maior reprovação foi a 6ª série (24,1%) (tabela 4).

Quanto ao aprendizado, 49 (77,8%) adolescentes referiram ter problemas de aprendizado em alguma disciplina. Matemática foi a disciplina que tiveram maior dificuldade (41,5%) seguido de Português (20,7%). As disciplinas que os adolescentes menos referiram dificuldade foram Sociologia e Biologia (19% respectivamente). Ainda 12 (19%) referiram ter interrompido o estudo, 8 (12,7%) interromperam o estudo temporariamente para trabalhar, 1(1,5%) parou por motivo de gravidez. Doze (19%) adolescentes referiram fazer algum curso no contra turno escolar, 4 (6,2%) frequentavam curso de língua estrangeira, 2(3,1%) frequentavam curso de formação para padeiro e 2 (3,1%) frequentava curso de informática (tabela 4).

Tabela 4 – Aspectos relacionados ao desempenho escolar dos adolescentes (N=63)

DESEMPENHO ESCOLAR	Nº	%
Rendimento escolar		
Bom	49	77,7
Médio	13	20,6
Muito Bom	1	1,5
Reprovação		
Sim	39	61,9
Não	24	38,1
Problema com alguma disciplina		
Sim	49	77,8
Não	14	22,2
Parou de estudar		
Não	51	81
Sim	12	19
Dificuldade em compreender		
Não	47	71,5
Sim	16	25,4
Curso fora da escola		
Não	51	80,9
Sim	12	19

FONTE: A autora

5.1.5 Perfil de trabalho, esporte e lazer dos adolescentes

Desta amostra, 28 (44,5%) adolescentes trabalhavam, os locais referiram foram: papelaria, banco, buffet, concessionária, distribuidora de gás, empacotador, escritório de advocacia, imobiliária, pizzaria entre outros.

Vinte e um adolescentes começaram a trabalhar com a idade entre 15 e 18 anos. Predominou a carga horária acima de 6 horas de trabalho 18 (28,6%) e 18 (28,6%) trabalham por razão econômica (tabela 5).

Com relação a relacionamento, 22 (35%) adolescentes namoram; 6 (9,5%) namoram a menos de 10 meses, 7(11,1%) namoram entre 10 e 15 meses, 6 (9,5%) namoram de 15 a 20 meses e 4 (6,4%) namoram há mais de 20 meses. O mínimo do tempo de namoro foi de 1 mês e o máximo de 29 meses com uma média de 14 meses. Identificou-se que apenas 1 jovem era casado e 3 vivia uma união estável.

As atividades em grupo eram realizadas por 12(19%) adolescentes, que relatam dançar, canto em igreja, futebol e grupo de jovens. As atividades esportivas são praticadas, fora da escola, por 25 (39,7%) adolescentes, desses 20 (31,8%) praticam esportes menos de 10 horas por semana e 5 (7,9%) praticam acima de 10 horas por semana. O mínimo para a prática de esportes foi de 30 minutos e o máximo de 51 horas na semana (adolescente fazia a prática de esporte profissional) com uma média de 7,8 horas semanais. As atividades esportivas incluíam jogar futebol, capoeira, ciclismo, academia, vôlei e andar de “skate”.

Quanto às atividades de lazer, como assistir televisão 29(46%) referiram assistir menos de 3 horas por dia, 17 (27%) ate 6horas por dia e 8 (12,7%) adolescentes assistem mais de 6 horas por dia. Usar computador, 22 (35%) referiu não fazer uso de computador, 22 (35%) faz uso menos de 3 horas por dia,

15(23,8%) faz uso ate 6 horas por dia e 4(6,2%) dos adolescentes faz uso do computador mais de 6 horas por dia (tabela 5).

Tabela 5-Perfil de trabalho, esporte e lazer dos adolescentes (N=63)

TRABALHO, ESPORTE E LAZER	Nº	%
Trabalho		
Não	35	55,5
Sim	28	44,5
Idade de Início (em anos)		
Não trabalham	35	55,5
12-14	7	11,1
15 – 18	21	33,4
Carga Horária		
Não trabalham	35	55,5
menos de 4 horas	3	4,8
de 4 horas a 6 horas	7	11,1
6 h e acima	18	28,6
Namoro		
Não	41	65
Sim	22	35
Atividade em grupo		
Não	51	81
Sim	12	19
Esporte		
Não	38	60
Sim	25	40
Horas semanais (Horas)		
Não responderam	40	63,4
Menos de 10 horas	19	30,1
10 horas e acima	4	6,3
Assistir televisão em horas/dia		
Menos de 3 horas	29	46
6 horas e acima	8	12,7
Não assiste	9	14,3
Usar o computador em horas/dia		
menos de 3 horas	22	35
3 a 6 horas	15	23,8
E acima de 6 horas	4	6,2
Não faz uso	22	35

FONTE: A autora

5.1.6 Hábitos de saúde dos adolescentes

Quanto ao hábito de sono dos adolescentes, 45(71,4%) referiram ter um sono normal, 31(49,2%) dos adolescentes dorme de 6 a 8 horas por dia. O mínimo de horas de sono foi de 4 horas e o máximo foi de 11 anos, a média foi de 7 horas (tabela 6).

Ainda na Tabela 6 pode-se perceber que 33(52,4%) adolescentes realiza de 3 a 4 refeições ao dia, 32 (50,8%) tem como hábito no almoço de ingesta de arroz, feijão, carne e salada (verduras e legumes). Com relação ao jantar 15(23,8%) afirma comer apenas lanches (café com leite, cachorro quente, hamburguer e pizza), 31(49,2%) refere comer arroz, feijão, carne e salada (verduras e legumes) e 6 (9,5%) ainda referiu não ter o hábito de jantar, 10(15,9%) adolescentes disseram ter algum tipo alteração alimentar como não comer carne, feijão ou arroz. Quanto ao hábito de comer legumes 19(30,2%) adolescentes afirmam comer legumes 7 vezes por semana e 11(17,5%) dos adolescente refere comer legumes 2 a 3 vezes por semana respectivamente. Com relação ao hábito de comer carne (boi, porco, frango ou peixe) 37 (58,7%) adolescentes afirmaram comer carne 7 vezes por semana. Ainda sobre o hábito de ingerir refrigerante 20(31,7%) dos adolescentes ingere 2 vezes na semana, ou seja, apenas no final de semana, 10(15,9%) adolescentes afirmaram que nao ingerem refrigerante e 17(26,9%) afirmou ingerir refrigerante 7 vezes por semana. Quanto ao hábito de comer guloseimas 32(50,8%) dos adolescentes referiu comer 7 vezes na semana.

A maioria dos adolescentes,ou 58 (92,1%) nao tem o hábito de fumar. 2 (3,2%) adolescente fuma 2 cigarros por dia, 1 (1,6%) fuma "*narguile*" e 1 (1,6%) fuma 3 ou 4 cigarros por dia, respectivamente. Quanto a idade em que iniciaram o

hábito de fumar cada um dos 5 adolescente começou com idade,de 12,14,15,16,e 17 anos (tabela 6).

Quanto ao hábito do uso de bebida alcoólica, 46(76,2%) adolescentes nao tinham este hábito, apenas 15 (23,8%) adolescentes afirmaram fazer uso de bebida alcoólica, 6 (9,5%) adolescentes fazem uso de bebida alcoólica 1 vez por mês e apenas 1 (1,5%) faz uso 7 vezes por mês. Quanto a idade que os adolescentes experimentaram bebida alcoólica a idade que predominou foi de 13 a 15 anos com 35 (55,6%) (tabela 6).

Com relação ao uso de drogas 53 (84,2%) nega ja ter feito uso de drogas. 10(15,8%) adolescentes afirmaram fazer uso, 8 (12,7%) referiu fazer uso de maconha e 2 (3,1%) faz uso de maconha e cocaína.

Quanto a prática de *bulling* 28(44,4%) adolescentes afirmam que sofreram *bulling* e 23(36,5%) adolescentes que já praticaram *bulling*. Ainda 12 (19%) afirmaram que tem o hábito de dirigir.

Quanto ao hábito de leitura 31 (49,2%) adolescentes afirmaram ter esse hábito. Os tipos de leituras eram variadas tais como : romance, gibi, suspense, terror, fatos verídicos, revista e etc. A predominância foi de 2 livros por ano. Ainda na Tabela 4, 35 (55,5%) tem o hábito de ir à Igreja, 16 (25,4%) vão a igreja uma vez na semana, 28 (44,4%) são católicos, 26(41,3 %) são evangélicos e 9 (14,3%) não tem religião definida.

Tabela 6-Hábitos dos adolescentes (N=63)

HÁBITOS	Nº	%
Sono Normal		
Sim	45	71,4
Não	18	28,6
Horas/ Dia		
menos de 4 h	0	0
de 4 a 6 horas	7	11,1
de 6 a 8 horas	25	39,6
8 horas e acima	31	49,2
Refeições por dia		
1-2	11	17,5
3-4	33	52,4
5-7	13	30,1
Presença de alteração alimentar		
Não	53	84
Sim	10	16
Fumar		
Não	58	92,1
Sim	5	7,9
Faz uso de bebida alcoólica		
Não	48	76,2
Sim	15	23,8
Idade que experimentaram bebida alcoólica (anos)		
Nunca Ingeriu	5	7,9
Não sabia dizer	1	1,5
10-12	9	14,3
13-15	35	55,6
16-18	13	20,7
Uso de drogas		
Não	53	84,2
Sim	10	15,8
Qual		
Não faz uso	53	84,2
Maconha	8	12,7
Maconha e Cocaína	2	3,1
Sofreu bullying		
Sim	28	44,4
Não	35	56,6
Praticou bullying		
Sim	23	36,5
Não	40	63,5

HÁBITOS	continua	
	Nº	%
Tem o hábito de dirigir		
Sim	12	19
Não	51	81
Tem hábito de leitura		
Sim	31	49,2
Não	32	50,8
Frequenta a igreja		
Sim	35	55,6
Não	28	44,4
Religião		
Sem religião definida	9	14,3
Católica	28	44,4
Evangélica	26	41,3

FONTE: A autora

5.1.7 Avaliação da antropometria, sinais vitais, vacinação e inspeção de pele.

O Índice de Massa Corpórea teve o mínimo de 16,59 e o máximo de 39,69 mantendo uma média de 23,55. Apenas 5 (8%) adolescentes apresentaram baixa estatura para idade.

A classificação do Índice de Massa Corpórea identificou que 25 (39,7%) adolescentes estão acima do peso (sobrepeso, obesidade grau I e obesidade grau II), 15(23,8%) apresentaram abaixo do peso (conforme Tabela 5).

Com relação aos sinais vitais não ocorreram anormalidades para frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e oximetria.

Com relação a pressão arterial 36(57,1%) adolescentes apresentaram pressão arterial normal, 10(15,9%) adolescentes mantêm a pressão na faixa limítrofe, 5(8,0%) adolescentes apresentaram hipertensão estágio 1 e 12 (19,0%) estágio 2.

A análise do estado vacinal dos adolescentes mostrou que 32(50,7%) adolescentes estavam com as vacinas em dia, 22(34,1%) estavam em atraso em uma ou mais vacinas e 9 (16,2%) não foram avaliadas, pois os adolescentes não trouxeram a carteira de vacina à Consulta de Enfermagem.

A maioria dos adolescentes 60(95,2%) apresentou as mucosas coradas e hidratadas. 21 (33,4%) adolescentes apresentaram lesão de pele, desses 19 (30,2%) apresentam acne (tabela 7).

Tabela 7- Antropometria, vacinação e inspeção de pele (N=63)

ANTROPOMETRIA, VACINAÇÃO E INSPEÇÃO DE PELE	Nº	%
Índice de massa corpórea		
Peso normal	23	36,5
Sobrepeso	16	25,4
Abaixo do peso	15	23,8
Obesidade grau I	7	11,1
Obesidade grau II	2	3,2
Percentil estatura/ Idade		
Estatura Adequado para idade	59	92
Baixa Estatura para idade	5	8
Classificação da pressão arterial		
Normal	36	57,1
Limítrofe	10	15,9
Hipertensão estagio 1	5	8,0
Hipertensão estagio 2	12	19,0
Vacinação		
Em dia	32	50,8
Atraso de uma ou mais vacinas	22	34,9
Não avaliada	9	14,3
Pele e mucosa		
Corada e hidratada	60	95,2
Hipocorada e hidratada	3	4,8

continua		
ANTROPOMETRIA, VACINAÇÃO E INSPEÇÃO DE PELE	Nº	%
Lesão de Pele		
Não	42	66,6
Sim	21	33,4
Qual		
Sem alteração	42	66,6
Acne	19	30,1
Manchas	2	3,1

FONTE: A autora

5.1.8 Relação entre obesidade, idade e sexo.

A Tabela 8 demonstra o cruzamento dos dados sobre obesidade, idade e sexo. Verifica-se que das 30 meninas com menos de 17 anos, 11(36,7%) estavam abaixo do peso e 9 com sobrepeso ou algum grau de obesidade, e das 13 meninas com mais de 17 anos, 6 estavam com sobrepeso ou obesidade. Dos 20 meninos analisados 10 apresentavam sobrepeso ou obesidade. Através do Teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05 (5%), verificou-se, no entanto que não existe relação significativa entre obesidade e idade para o sexo feminino ($p = 0,1374$). Para o sexo masculino, devido o pequeno número, foi utilizado o Teste de Fisher, verificando-se que também não existe relação significativa ($p = 0,3142$). Para possibilitar a aplicação do teste foram consideradas duas categorias de respostas para a obesidade (obesidade e não obesidade).

Tabela 8 – Distribuição da amostra relacionando IMC, idade e sexo (N=63)

IMC	MENOS DE 17 ANOS				17 ANOS OU MAIS				TOT
	Feminino	%	Masculino	%	Feminino	%	Masculino	%	
Normal	10	33,3	2	33,3	5	38,5	6	42,9	23
Obesidade GI	3	10	1	16,7	2	15,4	1	7,1	7
Obesidade GII	-		1	16,7	-		1	7,1	2
Baixo Peso	11	36,7	-		2	15,4	2	14,3	15
Sobrepeso	6	20	2	33,3	4	30,8	4	28,6	16
TOTAL	30	100	6	100	13	100	14	100	63

FONTE: A autora

Não houve relação estatisticamente significativa entre pressão arterial, idade ($p = 0,1137$) e entre obesidade e pressão arterial. ($p = 0,5035$).

5.1.9 Alteração de cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores, membros inferiores e coluna

Os principais problemas apresentadas pelos adolescentes ao exame físico da cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores, membros inferiores e coluna, foram as de abdome (constipação intestinal), seguido de problemas na coluna (dor) e problemas nos membros inferiores (fratura e varizes) (tabela 9).

Tabela 9. Principais alterações de cabeça, pescoço, tórax, abdome, membros superiores, membros inferiores e coluna (N=63)

ALTERAÇÃO ANATÔMICA	N	%	TIPO
Crânio	2	3,2	Cicatriz (1), fratura (1)
Boca e dentes	14	22,2	Aparelho ortodôntico (11), decíduo (1), falta de dente (1), piercing(1)
Narinas	11	17,5	Coriza (2), obstrução (3),piercing(6)
Orofaringe alterada	6	9,5	Hiperemia (6)
Tórax	1	1,5	Sibilo (1)
Abdome	24	38,1	Piercing (2), rígido (1) Dor (2), constipação (19)
Alterações membros superiores	9	14,3	Dor (1), fratura (8)
Alterações membros inferiores	21	33,3	Artrite (1), dor (5), encurtamento, (1) fratura (6), varizes (7)
Coluna	21	33,3	Dor (16), escoliose (1) postura (4)

FONTE: A autora

5.1.10 Acuidade visual dos adolescentes

Apresentaram problemas de acuidade visual alterada 7 (11,1%) adolescentes na realização do teste de Snellen, 15(23,8%) fazem uso de óculos e apenas 1(1,5%) adolescente faz uso de lente de contato (tabela10).

Tabela 10 Resultado avaliação da acuidade visual dos adolescentes (N=63)

ACUIDADE VISUAL	N	%
Acuidade visual alterada		
Sem alteração	56	81,8
Olho direito	2	2,1
Olho direito e esquerdo	5	7,1
Reteste de acuidade visual		
Sim	7	11,1
Usa óculos		
Sim	15	23,8
Usa lentes de contato		
Sim	1	1,5

FONTE: A Autora

5.1.11 Avaliação gineco-urinário

A Tabela 11 apresenta os resultados sobre as questões ginecológicas e urinárias dos adolescentes. Das 43 adolescentes do gênero feminino, a idade de 12 anos foi a que predominou a menarca com 13 (30,2%) adolescentes; 10 (2,3%) adolescentes soube dizer a data da última menstruação. Quanto a regularidade do ciclo menstrual 27(62,8%) adolescentes afirmaram que tem ciclos regulares, 19 (44,2%) das adolescentes referiu já ter tido amenorreia. As 43 (100%) adolescentes afirmaram não ter nenhum tipo de alteração de mama. Quanto ao sintoma de dismenorreia 26 (60,5%) das adolescentes referem sofrer todos os meses com esse sintoma.

Ainda na Tabela 11 apenas 1 (5%) adolescente referiu ter secreção peniana. Nenhum adolescente referiu apresentar lesão na região genital e 3 (3,2%) afirmou ter ardência ao urinar.

Tabela 11 – Resultado da avaliação Gineco – Urinário dos adolescentes (N=43)

AVALIAÇÃO GINECO-URINÁRIA	N	%
Menarca (N=43)		
9-12 anos	27	62,8
13-13	16	37,2
Data da última menstruação (N=43)		
Não sabia responder	10	2,3
Sim	33	97,7
Ciclos Regulares (N=43)		
Sim	27	62,8
Não	16	37,2
Amenorréia (N=43)		
Não	24	55,8
Sim	19	44,2
Alteração Mamas (N=43)		
Não	43	100
Dismenorréia (N=43)		
Sim	26	60,5
Não	17	39,5
Presença de secreção peniana (N=20)		
Não	19	95,0
Sim	1	5,0
Lesão na genitália (N=63)		
Não	63	100
Ardência ao urinar (N=63)		
Não	60	95,2
Sim	3	4,8

FONTE: A autora

5.1.12 Aspectos relacionados à sexualidade e reprodução dos adolescentes

A tabela 12 apresenta os resultados sobre sexualidade e reprodução dos adolescentes, observa-se que 3 (4,7%) referiram ter ficado grávida. Nenhuma das adolescentes teve aborto, 3 (4,7%) adolescentes tem filhos. Quanto a idade da primeira relação sexual 29 (46,0%) adolescentes afirmou que a primeira relação sexual aconteceu com a idade de 12 a 15 anos e 27 (42,9%) adolescentes afirmou

que ainda não teve relações sexuais. Os adolescentes que já tiveram relação sexual negam algum tipo de problema com relação a essa temática e 10(15,1%) adolescentes faz uso de contraceptivos orais.

Quanto ao uso de preservativos 25(39,7%) adolescentes afirmaram fazer uso de preservativo durante a relação sexual. Todos os adolescentes afirmaram não ter sofrido abuso sexual.

A maioria dos adolescentes mantém relações heterossexuais 60 (95,2%), 2 (3,2%) adolescentes mantêm relações bissexuais e 1 (1,6%) mantêm relações homossexuais.

Tabela 12 – Aspectos sobre Sexualidade e Reprodução dos Adolescentes (N=63)

SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO	Nº	%
Idade 1º relação (anos)		
12-15	29	46,0
>15-18	7	11,1
Nunca teve relações sexuais	27	42,9
Problemas na Relação		
Não	36	57,1
Nunca teve relações sexuais	27	42,9
Usa Preservativo		
Nunca teve relações sexuais	27	42,9
Sim	25	39,7
Não	11	17,4
Relação Sexual		
Heterossexual	60	95,2
Bissexual	2	3,3
Homossexual	1	1,5

Fonte: A autora

5.2. PERFIL DE SAÚDE AUDITIVA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES A PARTIR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A tabela 13 apresenta os resultados do levantamento sobre a saúde auditiva dos adolescentes. Ao exame otoscópico, 38(60,4%) adolescentes tinham a presença de cera nos ouvidos. Nenhum dos adolescentes faz uso de prótese auditiva. No procedimento de inspeção da orelha externa direita pode-se perceber que 1 (1,6%) dos adolescentes tinha alargador, *piercing* e queloide respectivamente. O queloide foi por consequência do uso de *piercing*. Na orelha esquerda 4 (6,3%) adolescentes apresentaram alteração na inspeção, apresentavam *piercing*, alargador e queloide. Quando perguntado aos adolescentes como percebem sua audição, 5 (7,9%) referiram não escutar bem.

Quanto a problemas nas orelhas 4 (6,3%) adolescentes referiram ter vazamento nas orelhas, 9(14,3%) referiram ter infecções repetidas nas orelhas e 6 (9,5%) afirmaram ter vazamento nas orelhas, infecções repetidas e perda auditiva temporária; 21(33,3%) adolescentes afirmaram ter sofrido pancada forte na cabeça; e relativo a antecedentes familiares, 5(8,0%) adolescentes referiram que as avós tem perda auditiva.

Quanto a ter sofrido explosão próximo aos ouvidos 18(28,6%) adolescentes afirmam que foram expostos; 51(80,9%) adolescentes afirmaram sentir zumbido na cabeça ou nas orelhas. 11 (17,4%) referiram zumbido no ouvir barulho de máquinas e veículos e 10 (15,9%) afirmou ter zumbido após escutar música com fone de ouvido. Ainda 51(80,9%) afirmou que zumbido é temporário.

Tabela 13– Saúde auditiva dos adolescentes (N=63)

SAÚDE AUDITIVA	Nº	%
Exame otoscópio		
Com cera	38	60,4
Sem cera	25	39,6
Prótese Auditiva		
Não	63	100
Sim	0	0
Alteração na orelha direita		
Não	59	93,7
Sim	4	6,3
Qual alteração		
Sem alteração	59	93,6
Alargador	1	1,6
Inflamação	1	1,6
Piercing	1	1,6
Quelóide	1	1,6
Alteração orelha esquerda		
Não	59	93,7
Sim	4	6,3
Qual alteração		
Não tem alteração	59	93,7
Alargador	2	3,1
Piercing	1	1,6
Quelóide	1	1,6
Escuta bem		
Sim	52	82,4
Às vezes	6	9,3
Não	5	7,3
Tem ou teve problemas nas orelhas		
Não tem problemas	39	61,9
Infecções Repetidas nas orelhas	9	14,2
Vazamento, perda auditiva temporária e infecções	6	9,5
Vazamento	4	6,3
Perda auditiva temporária, Infecções repetidas	3	4,7
Perda auditiva temporária	1	1,5
Vazamento, infecções repetida nas orelhas	1	1,5
Sofreu pancada forte na cabeça		
Não	42	66,7
Sim	21	33,3

continua		
SAÚDE AUDITIVA	Nº	%
Na família tem alguém com problema auditivo		
Não	42	66,7
Sim	21	33,3
Explosão próxima ao ouvido		
Não	45	71,4
Sim	18	28,6
Escuta melhor de um ouvido do que do outro		
Não	46	73
Sim	17	27
Qual		
Não	46	73
Direito	10	15,8
Esquerdo	6	9,5
Direito / esquerdo	1	1,5
Refere Zumbido		
Sim	51	80,9
Não	12	19,1
Quando		
Sem estímulos externos	21	33,3
Ao ouvir barulho de máquinas e veículos	11	17,4
Após escutar música com fone de ouvido	10	15,9
Ao ouvir barulho de máquinas e veículos/após escutar música com fone de ouvido	3	4,8
Balada / ao ouvir barulho de máquina e veículo	2	3,2
Outros	4	6,3

FONTE: A autora

5.2.1 Hábitos auditivos dos adolescentes

A maioria dos adolescentes, 35 (55,6%), afirmou que não sente incomodo com o ruído alto. Quanto ao uso de estéreos pessoais 56(88,9%) afirmaram fazer uso desses aparelhos, 36(57,1%) tem o hábito de utilizar os estéreos pessoais no volume acima de 9 em uma escala de 0 a 10; 33 (52,4%) adolescentes afirmaram ter o hábito de sempre utilizar os estéreos pessoais. Predominou o período de até 1 hora para o uso de estéreos pessoais em 35(55,5%) adolescentes. Os adolescentes

utilizam em sua maioria o fone de inserção 50(79,4%), e 11(17,5%) dormem escutando música com o fone de ouvido. Após o uso do fone de ouvido 36(57,1%) adolescentes referiu ter alguma alteração/sintomas na audição sendo as mais citadas, a sensação de ouvido tapado, dor nas orelhas e zumbido. Quanto ao risco do uso dos fones, 58(92%) adolescentes assinalaram que o uso de fone de ouvido pode causar a perda auditiva (tabela 14).

Tabela 14- Hábitos auditivos dos adolescentes (N=63)

HÁBITOS AUDITIVOS	Nº	%
Incomoda-se como ruído alto		
Não	35	55,6
Sim	28	44,4
Usa estéreos pessoais- fones de ouvidos (Mp3, Mp4, Ipods)		
Sim	56	88,9
Não	7	11,1
Volume que utiliza estéreos pessoais		
Não usa estéreos pessoais	7	11,1
De 0 ate 4	11	17,5
de 5 ate 7	9	14,3
De 8 a 10	36	57,1
Com qual frequência usa estéreos pessoais		
Sempre	33	52,4
Às vezes	16	25,4
Não usa estéreos pessoais	7	11,1
Raramente	7	11,1
Tempo que faz uso estéreos pessoais		
Ate 1 hora	35	55,5
mais de 2 horas	8	12,7
mais de 4 horas	13	20,7
Não usa estéreos pessoais	7	11,1
Tipo de Fone		
Inserção	50	79,4
Inserção / circum auricular	5	8,0
circum auricular	1	1,5
Não usa estéreos pessoais	7	11,1

HÁBITOS AUDITIVOS	continua	
	Nº	%
Costuma dormir com fone de ouvido		
Não	52	82,5
Sim	11	17,5
Após o uso do fone de ouvido sente alteração		
Sim	36	57,2
Não	27	42,8
Quais alterações (uma ou mais de uma alteração)		
Sensação de ouvido tapado	24	30,8
Dor nas orelhas	20	25,6
Zumbido	13	16,7
Diminuição da audição	10	12,8
Tontura	9	11,5
Cefaleia	2	2,6
Acredita que o fone de ouvido pode causar perda auditiva		
Sim	58	92,1
Não	5	7,9

FONTE: A autora

Não houve relação estatisticamente significativa entre uso de estéreos pessoais e gênero ($p = 0,3667$), e entre zumbido e uso de estéreos pessoais ($p = 0,5125$).

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DOS ADOLESCENTES ESCOLARES CONSULTADOS

A tabela 15 apresenta os DE que foram definidos após a realização da Consulta de Enfermagem. Os percentuais foram calculados para cada DE com $N=63$.

Os DE foram tabulados para cada alteração na Consulta de Enfermagem como exemplo: 22 adolescentes apresentaram atraso de uma ou mais vacinas,

então se obteve o DE de Estado vacinal inadequado para idade 22 vezes e com isso um percentual de 34,9% com esse diagnóstico.

Os diagnósticos que predominaram foram: em relação a necessidade de nutrição, o DE de sobrepeso para 25(39,7%), para a necessidade de eliminação o DE predominante foi o de constipação para 18(28,6%) adolescentes, a necessidade de sono e repouso teve como DE o sono ineficaz para 18(28,6%) adolescentes. .Na necessidade de atividade física predominou o DE de estilo de vida sedentário para 38(60,3%) adolescentes. A necessidade de segurança física e do meio ambiente o De mais significativo foi o de abuso de álcool para 15(23,8%) adolescentes. Com relação a integridade física o único DE foi integridade da pele alterada para 29 (46,0%) jovens.

A necessidade de senso percepção teve a capacidade sensorial-perceptiva alterada auditiva como o DE predominante para 56(88,9%) dos adolescentes nessa necessidade seguida pelo DE de dismenorrea para 26(41,3%) para as adolescentes. Para a necessidade de terapêutica e de prevenção o DE que sobressaiu foi o de uso de contraceptivo inadequado para 35 (55,5%) adolescentes seguidos pelo estado vacinal inadequadas para a idade para 22 (34,9%) adolescentes na mesma necessidade.

Na necessidade de comunicação houve a predominância do DE de processamento de informação limitado para 49 (77,8%) adolescentes e na necessidade de educação para saúde e aprendizagem houve apenas o DE de capacidade de aprendizagem limitada para 39 (61,9%) adolescente.

Tabela 15 - Diagnósticos de enfermagem baseados nas necessidades humanas psicobiologias, necessidades psicossociais e necessidades humanas psíquicoespirituais. (N=63)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Necessidade de oxigenação		
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	5	7,9
Padrão respiratório alterado	1	1,5
Necessidade de nutrição		
Sobrepeso	25	39,7
Emagrecimento	15	23,8
Ingesta de alimentos inadequada	10	15,9
Necessidade de eliminação		
Constipação	18	28,6
Eliminação Urinária Inadequada	4,	
	8	6,3
Necessidade de sono e repouso		
Sono ineficaz	18	28,6
Necessidade de atividade física		
Estilo de vida sedentário	38	60,3
Necessidade de segurança física e do meio ambiente		
Abuso de fumo	5	7,9
Abuso de álcool	15	23,8
Abuso de drogas	10	15,9
Necessidade de integridade física		
Integridade da pele alterada	29	46,0
Necessidade de regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional		
Crescimento e desenvolvimento inadequado	5	7,9
Necessidade de regulação vascular		
Pressão arterial limítrofe	10	15,9
Pressão arterial alta – estágio 1	5	7,9
Pressão arterial alta – estágio 2	12	19,0
Perfusão tissular alterada: periférica	7	11,1
Necessidade de sensopercepção		
Acuidade visual alterada	7	11,1
Capacidade sensorial-perceptiva alterada: auditiva	56	88,8
Dismenorreia	26	41,3
Dor à micção	3	4,8
Dor músculo esquelética	22	34,9

continua		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Necessidade de terapêutica e de prevenção		
Uso de contraceptivo adequado	10	15,9
Uso de contraceptivo inadequado	35	55,5
Estado vacinal inadequado para a idade	22	34,9
Necessidade de comunicação		
Processamento de informação limitado	49	77,8
Comunicação ineficaz	16	25,4
Necessidade de educação para a saúde e aprendizagem		
Capacidade de aprendizagem limitada	39	61,9
FONTE: A autora		

5.4 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E ENCAMINHAMENTOS DOS ADOLESCENTES ESCOLARES

Conforme foram surgindo as demandas advindas da Consulta de Enfermagem os adolescentes foram orientados para a resolução dos problemas. Todos os adolescentes 63 (100%) receberam orientações sobre o uso abusivo de fone de ouvido, 31 (49,2%) adolescentes orientados a procurar a Unidade de Saúde para a realização das vacinas em atraso, 6 (9,5%) dos adolescentes foram encaminhados para a realização de audiometria na Universidade Tuiuti do Paraná, 7 (11,1%) foram encaminhados para a Unidade Básica para agendamento de consulta oftalmológica, 17(26,9%) adolescentes tiveram sua pressão arterial aferida em dias alternados e foram encaminhados a Unidade Básica de Saúde para consulta com especialista por apresentarem aumento no nível pressórico sanguíneo, 3 (4,8%) adolescentes foram orientados quanto a ardência urinária e apenas um desses adolescentes necessitou de encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde.

Todos os adolescentes foram orientados quanto a manter uma alimentação saudável, a prática de esportes, a evitar o hábito de fumar e uso de álcool.

5.5 AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PELOS ADOLESCENTES

Pela avaliação do nível de satisfação dos adolescentes, verificou-se que 96,8% ficaram muito satisfeitos com a Consulta de Enfermagem realizada na escola.

Vinte adolescentes (31,8%) apontaram ter gostado de todos os aspectos da consulta de enfermagem, 16 (25,4%) referiram ter gostado do atendimento da enfermeira, 11 (17,4%) gostaram da conversa e 11 (17,4%) gostaram de saber sobre a própria saúde. Exemplos:

“Pois é uma oportunidade de conversa sobre algumas coisas que pareciam inconversáveis (Adolescente 39).”

“Saber que a minha saúde esta boa (Adolescente 16).”

O que menos agradou, 48 adolescentes (76,1%) referiram não haver nenhum aspecto que o desagradasse.

Referente ao tempo para a realização da consulta de enfermagem 60 (95,3%) acharam o tempo adequado.

Todos os 63 (100%) adolescentes afirmaram que tiveram suas dúvidas esclarecidas. Exemplo das falas:

“Foi adequado para que a enfermeira pudesse nos avaliar bem (Adolescente 27).”

“O tempo foi suficiente porque esclareceu minhas dúvidas (Adolescente 36).”

“Pois não demorou muito (Adolescente 43).”

Quanto a Consulta de Enfermagem ser ofertada na escola 62 (98,5%) afirmam ser importante, principalmente pela oportunidade de atendimento como relatam 23 adolescentes (36,5%) como também ter suas duvidas esclarecidas como indicaram 17 (26,9%) adolescentes e saber sobre a própria saúde para 16 (25,4%) adolescentes. Exemplo das falas:

“Muito bom saber por que às vezes a mãe não pode levar ao médico e no colégio tem (Adolescente 38)”.

“Pois poucos adolescentes iriam ate um postinho, porque lá eles são muito ignorantes (Adolescente 30)”.

“Porque muitos não se interessam em ir no médico e quando sente algo diz que não é nada (Adolescente 37)”.

Tabela 16- Indicadores de avaliação da consulta de enfermagem (N=63)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	Nº	%
Satisfação com a consulta		
Muito satisfeito	61	96,8
Satisfeito	2	3,2
Fatores que agradaram na consulta		
Atendimento da enfermeira	16	25,4
Conversa	11	17,4
Esclarecimento de dúvidas	5	8,0
Gostou de tudo	20	31,8
Saber sobre a sua saúde	11	17,4
Fatores que desagradaram		
Atendimento da enfermeira	2	3,2
Esclarecimento de dúvidas	1	1,5
Nenhum	48	76,1
Outros	1	1,5
Saber sobre as sua saúde	6	9,5
Não respondeu	5	7,9

		continua
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	Nº	%
Tempo destinado a Consulta de Enfermagem		
Adequado	60	95,3
Inadequado	1	1,5
Não respondeu	2	3,2
Dúvidas esclarecidas		
Sim	63	100
Considerou importante a consulta de enfermagem na escola		
Sim	62	98,5
Não respondeu,	1	1,5
FONTE: A autora		

6 DISCUSSÃO

A avaliação de saúde de adolescentes realizada no ambiente escolar, por meio da Consulta de Enfermagem, parece promissora uma vez que permitiu a identificação do perfil e condições de saúde dos adolescentes, com vistas a sua promoção de saúde, e teve uma boa aceitação pelos jovens e pela direção da escola.

O protocolo construído para a Consulta de Enfermagem desta pesquisa demonstrou-se adequado para o diagnóstico de saúde individual dos adolescentes, bem como para traçar um perfil de saúde de escolares, identificando situações de saúde a serem enfrentadas com medidas de acompanhamento e tratamento individual, como também identificar medidas de promoção de saúde coletiva que poderiam ser adotadas na escola estudada com vista à redução dos problemas identificados, como obesidade, hipertensão arterial, uso de drogas e álcool, hábitos auditivos inadequados dentre outros.

Os dados do histórico de enfermagem demonstraram o predomínio de adolescentes do sexo feminino que aderiram à Consulta de Enfermagem. Este fato pode estar apontando que as jovens estão mais preocupadas com a sua saúde do que os jovens do sexo masculino. A média de idade foi de 16,5 anos. Cerca de 70% dos adolescentes referiram considerar sua saúde, boa e chama atenção que cerca de 25% considerou regular ou ruim, merecendo melhor exploração quanto a motivação desta percepção. Em estudo sobre o perfil de saúde dos adolescentes em uma região de Portugal, 60,7% das adolescentes eram do sexo feminino e 39,3% do sexo masculino, a média de idade era de 16,4 anos, e 83,5% consideravam a sua saúde física boa ou muito boa (ROCHA et al, 2013).

Conforme a tabela 1, ainda referente ao perfil social dos adolescentes, observou-se que a escolaridade dos pais era correspondente ao ensino fundamental, grau de instrução inferior à dos filhos, que estavam cursando o ensino médio, denotando realtiva melhora das condições sociais das famílias. A renda média da família dos adolescentes era de apenas 4 salários-mínimos, mesmo com a maioria dos membros da família trabalhando, e 65,1% morava em residências própria de alvenaria. Para Cohen et al. (2004) o ambiente atua como determinante da saúde, a habitação se constitui em um espaço de construção e desenvolvimento da saúde da família.

Os dados sobre os antecedentes de saúde dos adolescentes, obtidos dos questionários respondido pelos pais (tabela 2), revelam que escolares não apresentaram na infância, problemas de crescimento e desenvolvimento, o que se confirmou na consulta de enfermagem, no entanto o levantamento dos antecedentes familiares apontou a hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e infarto agudo do miocárdio como agravos frequentes nas famílias dos jovens. Esses dados apontam para risco futuros para estes agravos, ao adotarem estilo de vida individual e familiar inadequados. Aragão (2002) afirma que o desenvolvimento de hipertensão arterial está ligado a interação entre predisposição genética e fatores ambientais.

Considerando que o desempenho escolar pode ser um indicativo das necessidades de saúde psicossocial dos jovens, incluiu-se no histórico de enfermagem questões sobre a percepção dos adolescentes sobre o seu rendimento escolar; estas revelaram que 77,8% dos adolescentes tinham problemas de aprendizado em uma ou mais disciplinas, e um grande número de repetência (tabela 4). Situações que mereceriam maior detalhamento, uma vez que estas dificuldades podem repercutir negativamente nas condições de sociais (emprego, salário) e de

saúde (emocional, psicológica) dos jovens. Ainda sobre este aspecto, verificou-se que apenas 19% afirmaram fazer algum curso no contra turno da escola com predominância para cursos de língua estrangeira, e a mesma a proporção participava de alguma atividade em grupo. Esta condição pode ser atribuída a falta de autorização dos pais para a realização de algumas atividades extraclasse, devido a um maior controle dos pais sobre os adolescentes, por receio quanto a segurança dos mesmos ou por falta de acesso a estas atividades, o que mereceria um maior detalhamento.

Dentre os fatores psicossociais, também se identificou que 44,5% dos adolescentes trabalhavam (tabela 5), destes 28,6% afirmaram trabalhar por razões econômicas. Para Rizo e Chamon (2010) o significado do trabalho para um adolescente reveste-se de algumas características particulares, devendo-se considerar um indivíduo em formação, sem profissão estabelecida, mas que depende deste para se manter e manter a família. Estas condições podem prejudicar o rendimento dos escolares.

Analisando os hábitos de saúde dos adolescentes, na tabela 5, uma pequena parcela praticava esportes fora da escola, mostrando tendência ao sedentarismo. Para Soares et al. (2013) as práticas esportivas e de lazer por adolescentes podem ser influenciadas por diversos fatores, inclusive pelas peculiaridades regionais, que podem interferir de diferentes maneiras e em variados graus nos costumes e práticas da população. Cerca de 46% dos adolescentes referiram assistir menos de 3 horas por dia de televisão (46%) conforme a tabela 5. A Organização Mundial de Saúde recomenda que crianças não devam estar mais que uma ou duas horas em frente à TV e videogame diariamente. O tempo em frente à TV está associado ao consumo de alimentos calóricos, refrigerante e baixo

consumo de frutas e vegetais, além de pouco gasto de energia (CURRIE et al., 2008). Por outro lado, afirmaram ter sono normal e dormir de 6 a 8 horas por dia. Para Seixas (2009) o sono tem papel crucial no desenvolvimento físico do adolescente e também contribui nas funções cognitivas, o que influencia no rendimento acadêmico dos jovens (tabela 6).

Com relação aos hábitos alimentares, os adolescentes faziam de 3 a 4 refeições por dia (tabela 6), esse achado também foi evidenciado no estudo de Silva et al (2009) que encontrou dados semelhantes, com média de consumo de 3,9 refeições diárias. A base alimentar é formada pelo almoço com o consumo de arroz, feijão, carne e salada, sendo preocupante o fato dos adolescentes não terem o hábito de consumir legumes diariamente, mas 58,7% dos adolescentes afirmaram comer algum tipo de carne diariamente. Para Currie *et al* (2012) é importante criar hábitos de alimentação saudável entre crianças e adolescentes para sua manutenção na vida adulta e com isso diminuir o risco de doenças crônicas e obesidade. Quanto ao hábito de ingerir refrigerante apenas 31,7% ingere apenas nos finais de semana, mostrando que parte dos pais controlam este consumo (tabela 6). Os adolescentes tem o hábito de consumir guloseimas, esse dado é preocupante no que diz respeito ao sobrepeso que esses adolescentes já apresentam, conforme identificado durante a Consulta de Enfermagem no presente estudo. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, realizada em 2009 com relação aos marcadores de alimentação não saudável mostra a proporção de escolares que consumiram guloseimas em cinco dias ou mais, semelhante ao presente estudo, 50,9 % dos adolescentes das capitais estudadas e Distrito Federal (IBGE,2009). Na mesma pesquisa(PenSE) realizada em 2012 esse índice foi de 41,3%.

A maioria dos adolescentes (92,1%) não tinham o hábito de fumar isso confirma os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, realizada em 2009 que afirma que Curitiba apresentou com 9,9% dos escolares fumantes(tabela 6).

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas os adolescentes confirmaram não fazer uso de bebida alcoólica, isso acontece pela idade que foi composta a pesquisa, onde a maioria é menor de idade. Na avaliação do Ministério da Saúde, os jovens são estimulados a beber desde cedo, devido a mídia ou publicidade das empresas de bebidas. Com relação ao uso de drogas, 15,8% afirmaram fazer uso, enquanto dados da PeNSE(2009) já apontavam que Curitiba tinha, 13,2% de escolares que usaram alguma vez drogas ilícitas, a maior proporção do Brasil e na PenSE de 2012 esse dado foi de 14,4% apresentado aumento, mas passando a ser a segunda maior proporção do Brasil.

O *bullying* é um dos problemas mais graves nos relacionamentos entre os jovens, e afeta negativamente todos os envolvidos afirma Oliveira e Barbosa (2012), segundo os dados da consulta de enfermagem, 44,4% dos adolescentes sofreram *bullying* alguma vez.

A maioria dos adolescentes apresentava desenvolvimento normal para idade, em relação à estatura, no entanto 39,7% dos adolescentes estavam acima do peso, o que mostra que essa população tem risco para morbidades como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio na vida adulta. Silva et al (2005, p. 54) afirma “o aumento na prevalência da obesidade na infância é preocupante devido ao risco maior dessas crianças tornarem-se adultos obesos, apresentando variadas condições mórbidas associadas”. Esse dado está acima da média de vários estudos de obesidade em adolescentes, onde esse percentual fica em torno de 15%;

no entanto não se verificou relação estatisticamente significativa entre obesidade e sexo (tabela 8), apesar de vários estudos mostrarem a predominância de obesidade para o sexo feminino, o que pode estar relacionado ao pequeno número da amostra do presente estudo.

A prevalência de hipertensão arterial identificada é preocupante, uma vez que 8,0% dos adolescentes apresentaram hipertensão em estágio 1 e 19,0% em hipertensão em estágio 2, totalizando 27% dos adolescentes do estudo com hipertensão arterial (tabela 7). Investigação conduzida por Queiroz et al.(2010) encontrou uma prevalência de níveis pressóricos elevados de 13,6%, de um total de 750 escolares de João Pessoa, Nordeste do Brasil. Estudo realizado por Romanzini et al.(2008), em Londrina, sul do Brasil, a pressão arterial elevada foi diagnosticada em 18,6% dos adolescentes investigados. O estudo atual apresentou uma prevalência maior. Martins (2013) evidenciou estimativas preocupantes da hipertensão arterial entre adolescentes e que a redução da obesidade, ainda na juventude, deve ser focada em políticas públicas de prevenção da hipertensão arterial na população. O estudo em questão não verificou relação significativa entre pressão arterial e obesidade. Esse resultado não condiz com a literatura que afirma que a pressão arterial está ligada a obesidade, o que pode estar relacionado ao pequeno número da amostra do presente estudo. Pereira (2006) afirma que a concomitância de obesidade em adolescentes e de fatores de risco como dislipidemias, hipertensão e aumento da resistência insulínica futuramente aumentarão a probabilidade de morte vida adulta.

A avaliação do estado vacinal evidenciou adolescentes com vacinas em atraso, o que chama a atenção, uma vez que a Unidade Básica de Saúde próxima à escola realiza periodicamente vistoria das carteiras e vacinação.

Não foram observadas alterações fisiológicas quanto à frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura, o que é esperado uma vez que essas alterações estão condicionadas normalmente a algum tipo de patologia e não são comuns em adolescentes previamente hígidos.

No exame físico da pele a acne foi à alteração mais frequente, uma vez que tem seu surgimento normalmente na adolescência. Para Bonetto et al (2004) acne é uma doença universal entre os adolescentes e adultos jovens, chegando a uma incidência de 80% a 90%. A presença de acne pode determinar uma distorção de imagem pelos adolescentes, diminuindo a autoestima, sofra a prática de *bullying* na escola, devendo suas queixas serem valorizadas e o problema tratado. As complicações mais relevantes desta enfermidade são cicatrizes físicas e sequelas psicossociais, que podem persistir após o desaparecimento das lesões ativas (MELLO et al., 2003).

Com relação às alterações de cabeça e pescoço (tabela 9) o resultado que se destaca é a frequência do uso de aparelho ortodôntico pelos adolescentes. O uso de aparelho ortodôntico esta diretamente ligada à parte estética. A aparência facial, nessa fase da vida, tem uma conotação importante para as relações interpessoais, principalmente durante a conquista amorosa.

As alterações observadas nas narinas estavam relacionadas ao uso de *piercing*, novo estilo de adorno utilizado pelos adolescentes. As alterações de orofaringe estavam relacionadas à hiperemia, pois os adolescentes estavam apresentando afecções de garganta por estarem no momento da consulta de enfermagem em estado gripal (Tabela 9).

Na inspeção abdominal, foi observada a presença de *piercing* na cicatriz umbilical. Quanto ao habito intestinal 30,2% dos adolescentes afirmaram sofrer de

constipação intestinal, esse fato pode estar associado à pequena ingestão de água e hábitos alimentares inadequados (tabela 9). Toledo et al. (2006) em seu estudo sobre a prevalência de constipação em adolescentes de escolas do estado de São Paulo identificou um percentual semelhante, 32,5% dos adolescentes de 14 a 18 anos tinham este sintoma.

Com relação às alterações dos membros superiores e inferiores as alterações encontradas estão relacionadas a fraturas anteriores, o que pode estar relacionado ao comportamento muitas vezes impetuoso dos jovens ou a prática de brincadeiras e esportes mais radicais, levando ao maior risco de quedas e fraturas. A presença de varizes foi notada apenas nas meninas, uma vez que esse fato pode estar associado a fatores hormonais além dos genéticos.

Uma pequena porcentagem dos adolescentes apresentou acuidade visual alterada e faz uso de óculos. A acuidade visual está intimamente ligada ao rendimento escolar uma vez que o aluno que tem diminuição da acuidade visual irá ter seu rendimento escolar diminuído (tabela 10). O estudo de Toledo et al. (2010) mostrou que entre os escolares com baixa acuidade visual, 25% dos alunos apresentaram rendimento escolar regular ou insatisfatório, o que representou porcentagem significativa quando comparada com a de alunos com tal rendimento escolar, porém com acuidade visual dentro da normalidade, ou seja, 10,5% dos alunos neste caso.

A análise dos dados da anamnese nos aspectos gineco – urinário demonstrou que as adolescentes tiveram sua menarca aos 12 anos. No estudo de Farias (2012) a média da idade na menarca foi a mesma, e segundo o autor veio diminuindo com o passar dos anos, o que pode estar associado a fatores nutricionais, modificações ambientais, sociais e genéticos. A maioria das

adolescentes afirmou apresentar dismenorreia. Estima-se que 50% a 90% das mulheres apresentem cólica uterina em algum momento de suas vidas, sendo que 10% tornam-se incapazes de desenvolver suas atividades habituais em decorrência da intensidade da dor (MOTTA, 2000). Nenhum adolescente referiu alteração ou lesão ginecológica, o que pode estar relacionado à ausência de atividade sexual ou sua baixa frequência pelos adolescentes do estudo (tabela 11).

A maioria dos adolescentes teve a primeira relação sexual entre 12 e 15 anos, e 42,9% dos adolescente afirmaram que não tinham atividade sexual (tabela 12). Identificou-se que três adolescentes ficaram grávidas, 4,8% da amostra, estando abaixo da taxa de gravidez na adolescência, para o Brasil de 17,7% (IBGE,2010), o que pode estar relacionada a pequeno amostra do estudo.

Ainda nos aspectos da sexualidade levantados na Consula de Enfermagem observou-se que apenas 39,7% referiram o uso de preservativo durante a relação sexual. Esse dado difere dos resultados do PeNSE (2009) que mostrou que 78,5% dos adolescentes faz uso de preservativo. O uso de preservativo tem importância fundamental na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/ HIV/AIDS, e da gravidez indesejada. Quanto a opção sexual houve predomínio de relações heterossexuais (tabela 12).

A Consulta de Enfermagem permitiu verificar, quanto aos aspectos da saúde auditiva (tabela 13) que a maioria dos adolescentes apresentavam tampão de cera, no entanto, sem processo inflamatório ou outra alteração do canal auditivo. Quanto a inspeção das orelhas pode-se observar a presença de *piercing* e alargador. Não foram encontrados estudos que demonstrem que a utilização desses adornos se relacionem a problemas como infecções repetidas dos ouvidos ou com perda auditiva (tabela 13). Os adolescentes referiram já terem apresentado vazament

(6,3%) e infecções repetidas nos ouvidos(14%), e perda auditiva temporaria (9,5%). O vazamento e infecções repetidas nos ouvidos podem contribuir para perda auditiva. A perda auditiva condutiva bilateral é o achado audiológico mais frequente decorrente de otite média crônica (KLEIN, 1995; CAMPOS E COSTA, 2002). Cerca de 80% dos adolescentes afirmou apresentar zumbido no ouvido, principalmente após ouvir barulho de máquinas e veículos e uso de fone de ouvido. No Brasil, estima-se que mais de 28 milhões de indivíduos sejam portadores de zumbido, associado ao ruído tornando-o um problema de saúde pública (SANCHEZ et al, 2002).

A tabela 14 apresenta quanto os hábitos auditivos dos adolescentes, que 88,9% dos adolescentes fazem uso de estéreos pessoais, e 57,1 % em volume alto o que coloca esses adolescentes em risco para a perda auditiva. Luz et al (2012) em seu estudo encontrou o mesmo percentual de 57% de adolescentes usando estéreos em volume elevado. Os adolescentes afirmaram fazer uso de fones de inserção, o que é um agravante, uma vez que a frequência de uso dos estéreos pessoais com o volume alto são condicionantes para a perda auditiva, e esta possibilidade aumenta pela proximidade do som com o ducto auditivo, no caso de uso destes fones.

O uso de estéreos pessoais de música se tornou uma preocupação na área da saúde recentemente devido ao seu amplo uso, e de forma inadequada pelos jovens, uma vez que poderiam contribuir para perda auditiva induzida por ruído, (MISHRA et al, 2013). Para Hideko Okamoto et al (2011) ouvir música em volumes elevados sobrecarrega os nervos do cérebro e do sistema auditivo e pode causar um declínio na capacidade de discriminar sons. Os adolescentes afirmaram ter

sintomas/alterações após o uso do fone em 57,1% dos casos. Ainda 17,5% dormem escutando música com fone de ouvidos, não ocorrendo o descanso auditivo.

Estabeleceu-se diagnósticos de enfermagem (DE) para cada adolescente após a consulta, e avaliou-se os diagnósticos mais frequentes, verificando-se o predomínio dos diagnósticos: capacidade sensorial-perceptiva (auditiva) alterada (88,8%), relacionado ao fato do uso de estéreos pessoais; processamento de informação limitado (77,8%), relacionado às dificuldades de aprendizado dos adolescentes; estilo de vida sedentário (60,3%), seguido de sobrepeso (39,7%) e pressão arterial alterada (27%).

Esses diagnósticos mostram a relação direta com os achados da Consulta de Enfermagem e mostram a importância da sistematização da assistência em enfermagem na escola, uma vez que a partir do DE pode ser programada e desenvolvidas atividades de Promoção da Saúde, com abordagem individual e em grupo com adolescentes, e a prática de atividades de protagonismo juvenil, com vistas ao seu alto cuidado, além de apontar a necessidade de encaminhamentos e acompanhamento dos adolescentes com problemas de saúde.

Para avaliar a adequação da intervenção do estudo (a Consulta de Enfermagem) definiram-se alguns indicadores sobre a adequabilidade da consulta de enfermagem na escola, dentre eles o nível de satisfação dos adolescentes quanto à consulta. Os resultados apontaram que os adolescentes ficaram muito satisfeitos, estando esta satisfação relacionada a forma de atendimento pela enfermeira e por poderem saber mais sobre sua saúde. Estudos apontam que satisfação dos usuários dos serviços de saúde está relacionada a aspectos humanitários e comunicação dos profissionais, enfim, com as relações estabelecidas na produção dos cuidados (QUEIROZ et al., 2010).

Um aspecto importante da adequação da Consulta de Enfermagem se refere ao tempo dispensado para o atendimento dos adolescentes. No presente estudo o tempo médio de duração da Consulta de Enfermagem ao adolescente foi de 32,3 minutos. A Portaria N.º 1101 de 2002 do Ministério da Saúde preconiza para o enfermeiro a realização de 3 consultas por hora, isso representa um tempo de 20 minutos para cada consulta. No presente estudo, nenhuma consulta de enfermagem, ficou abaixo do tempo preconizado e teve uma média superior, o que permitiu uma avaliação mais abrangente, com maior escuta do jovem em diferentes aspectos de sua vida.

Para os adolescentes o tempo de realização da Consulta de Enfermagem foi adequada, pois foi o suficiente para a realização de uma avaliação e para o esclarecimento de dúvidas. Quanto ao fato da Consulta de Enfermagem ser ofertada na escola, 98,5% dos adolescentes consideraram como importante, principalmente pela oportunidade de atendimento.

Estudos apontam em relação à Consulta de Enfermagem com adolescentes que sua realização deve ser estruturada levando em consideração as peculiaridades deste público. Para Marques e Nóbrega (2009, p.373) “a atenção integral específica ao adolescente tem como característica fundamental reconhecê-lo como um todo indivisível biopsicossocial, levando em consideração as singularidades desse período da vida nas diferentes inserções sociais”. Outros estudos apresentam protocolos de atendimento aos adolescentes e reforçam que a escola é um ambiente que pode ser utilizado para a avaliação dos jovens como também para educação em saúde com a participação dos adolescentes, apontando a adequação da escola para uma diversidade de ações de saúde.

O fato dos adolescentes afirmarem satisfação no atendimento a saúde na escola, reafirma a importância do Programa de Saúde na Escola que preconiza o atendimento dessa população na escola, lugar onde esses adolescentes se sentem mais à vontade.

Houve, no entanto dificuldades quanto à estrutura física para a realização da Consulta de Enfermagem, uma vez que foram necessárias algumas mudanças de salas para o atendimento dos jovens, por conta da utilização das mesmas por outras atividades programadas na escola, como também pela presença de ruído, mas que não inviabilizaram as atividades propostas. Outra limitação do estudo se refere ao pequeno número de adolescentes que participaram da amostra, não sendo, portanto representativa da maioria dos adolescentes da escola, em estudo.

Os resultados permitem, no entanto, recomendar a replicação em outras escolas, dos protocolos para a Consulta de Enfermagem adotados neste estudo, não apenas para validação do mesmo mas como, e especialmente, para proporcionar acesso aos adolescentes à avaliação psicossocial e de saúde como preconizado no Programa de Saúde na Escola e em outros documentos oficiais brasileiros sobre saúde do adolescente e saúde escolar.

7 CONCLUSÃO

A Consulta de Enfermagem, no ambiente escolar, se mostrou como uma alternativa viável, para avaliação de saúde dos adolescentes, incluindo aspectos da saúde auditiva.

A Consulta de Enfermagem foi bem aceita e obteve boa avaliação por parte dos adolescentes. Os fatores que determinaram a satisfação dos adolescentes foram, o atendimento prestado pela enfermeira, as informações relativas a sua saúde, e o tempo dedicado a consulta individual.

Os protocolos e instrumentos adotados no estudo para a Consulta de Enfermagem permitiram a realização de um amplo perfil psicossocial e biológico dos adolescentes. Os problemas de saúde mais frequentes, identificados na consulta de enfermagem, foram hipertensão arterial, sobrepeso, além de hábitos de saúde inadequados, como uso de álcool e drogas, sedentarismo, risco para perdas auditivas, em proporções elevadas. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, identificados na Consulta de Enfermagem, com base no CIPESC, foram: capacidade sensorial-perceptiva (auditiva) alterada; processamento de informação limitado (dificuldades de aprendizagem); estilo de vida sedentário, sobrepeso e pressão arterial alterada.

A Consulta de Enfermagem em condições adequadas e bem estruturadas em termo de espaço equipamentos, recursos humanos, e tecnicamente bem desenvolvidas, no ambiente da escola pode ser promissora, trazendo benefícios à saúde dos adolescentes escolares.

A Consulta de Enfermagem promoveu maior aproximação e vínculo entre profissional enfermeiro e os adolescentes, e melhor desempenho e efetividade nas consultas voltadas a esta população.

Assim a consulta de enfermagem no ambiente escolar qualificou a assistência aos adolescentes, como também pode conferir agilidade na resolução de seus problemas de saúde, no contexto dos programas de saúde escolar promovidos pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação no Brasil.

A Atenção à saúde ao adolescente escolar deve ser estimulada desde a graduação na enfermagem, e pode se tornar um campo de atuação promissor para os enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M.G.; LEON, A. *Juventude: tempo presente ou tempo futuro? Dilemas em propostas de políticas de juventude*. São Paulo, 2007.

ABRAMOVAY, M. et al. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.
ARAGAO, P. W. de et al. *Pressão arterial do anesthesiologista durante o ato anestésico-cirúrgico no período matutino*. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Campinas, v. 52, n. 5, Sept. 2002.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-ABEn. *Projeto Acolher. Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília, 2001.

BICUDO, et al. *Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável*. *O Mundo da Saúde*. v.24, n.1. 2000.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial Nº 1.487 de 15 de outubro de 1999. Resolve desenvolver ações conjuntas nas áreas da educação e da saúde, voltadas para a identificação, a prevenção e a assistência da saúde auditiva de alunos do ensino fundamental das escolas públicas*. Brasília, 1999.

_____.Ministério da Educação. *Portaria Interministerial Nº 3.696 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse*. Brasília, 2010.

_____.Ministério da Educação, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação e Conselho Deliberativo. *Resolução Nº 47 de 1 de setembro de 2011. Estabelece os critérios e os procedimentos para a participação dos órgãos e entidades da administração pública federal direta e indireta, bem como Instituições de Ensino Superior e Instituições Federais de Pesquisas na implementação do Programa Saúde na Escola – PSE*. Brasília, 2011.

_____.Ministério da Educação e Ministério da Saúde. *Manual de adesão ao Programa de Saúde na Escola-PSE de 2013*. Brasília, 2013.

_____.Ministério da Educação e Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial Nº 15 de 24 de abril de 2007. Institui o Projeto Olhar Brasil*, Brasília, 2007.

_____.Ministério da Justiça. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília, 1990.

_____.Ministério da Saúde. *Resolução n.196/96. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.

_____.Ministério da Saúde. *Portaria Nº 980 do Gabinete Ministerial de 21 de dezembro de 1989. Institui Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)*. Brasília; 1989.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução Nº 20 de 24 de outubro de 1984. Institui o Programa Nacional de Saúde do Escolar*. Brasília; 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2a edição*. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº. 1101, de 12 de junho de 2002. Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2. 073 de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Perda auditiva induzida por ruído*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto nº. 6286, de 5 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o Programa de Saúde na Escola – PSE e dá outras providências*. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.931 de 4 De dezembro de 2008. Altera a Portaria Nº - 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos*. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde na escola/ Cadernos de Atenção Básica, n. 24*. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE*. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, 2010a.

_____.Ministério da Saúde e Ministério da Educação. *Portaria Interministerial Nº 3.696 de 25 de dezembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.* Brasília, 2010b.

_____.Ministério da Saúde. *Passo a passo PSE : Programa Saúde na Escola : tecendo caminhos da intersectorialidade.* Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Manual para Adesão -Programa Saúde na Escola - PSE,* Brasília, 2013

_____.Ministério do Trabalho e Emprego. *Portaria Nº3. 214 de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho.* Brasília, 1978.

_____.Presidência da República. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007.

BONETTO, D.V.S et al. *Acne na adolescência.* Adolesc Saude. 2004: 1 (2): 10-13.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. *Cad Saúde Pública.* v. 21, n.2. 2005.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Ação para Assistência em Enfermagem.* São Paulo, 2009.

CAMPOS, C.A.H, COSTA H.O.O. *Tratado de otorrinolaringologia..* São Paulo: Roca; 2002.

CARPENITO-MOYET, L.J. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.* Porto Alegre (RS): Artmed; 2005.

COHEN, S.C. et al. *Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente.* Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004.

Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0.* São Paulo: Ordem dos Enfermeiros de Portugal; 2007.

CARDOSO, V.; REIS, A. P.; IERVOLINO, S. A.. Escolas promotoras de saúde. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.,* São Paulo, v. 18, n. 2, ago. 2008.

CHAISE, F. O.; SOARES, S. A.; MENEGHEL, S.N. Estão nossos jovens doentes? Percepções de adolescentes em relação à saúde em dois municípios gaúchos. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília, 1993.

COSTA, A.C.G. *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

COSTA, F. S. et al .A importância da interface educação\saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*,v.4, n.2. p.30-33, 2008.

_____. *A presença da Pedagogia: teoria e prática da ação socioeducativa*. 2ª Ed. São Paulo: Global: Instituto Ayrton Sena, 2001.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. spe, dez. 2007.

CURRIE, C. et al. Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey. *Copenhagen: World Health Organization*, 2008. 206 p.

CURRIE, C. et al. (Ed.). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization - WHO; Edinburg: University of Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit - CAHRU, 2012. 252 p.

DEBERT, G.; G. *A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade*. In: BARROS, M. M. L. (Org.) *Velhice ou terceira idade? estudos antropológicos sobre idade, memória e política*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003, p. 49-68.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009.

EL DIB, R.P.; SILVA, E.M.K.; MORAIS, J.F.; TREVISANI, V.F.M. Prevalence of high frequency hearing loss consistent with noise exposure among people working with sound systems and general population in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Public Health* , 8:151, May 2008.

FARIAS, R. M.et al . Tendência secular de 10 e 20 anos da maturação sexual de escolares. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.*, Florianópolis , v. 14, n. 6, Dec. 2012.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V.L. T.; ABREU, M.M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010.

FUKUDA Y. *Zumbido e suas correlações otoneurológicas*. In: GANANÇA MM. *Vertigem tem cura?* , 1. ed., São Paulo: Lemos, 1998.

GARCIA, T.R. *Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem : subsídios para a sistematização da prática profissional*. Rio de Janeiro : Elsevier, 2012.

GONÇALVES, C.G.O. *Saúde do trabalhador – da estruturação à avaliação de programas de preservação auditiva*. São Paulo, 2009.

GONCALVES, M.S.; TOCHETTO, T.M.; G.C.. Hiperacusia em músicos de banda militar. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*, São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2007 .

GRILLO, C.F.C. *Saúde do Adolescente*. Nescon/UFMG . Belo Horizonte, 2012.

GUBERT, F.A. et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. *Rev. Eletr. Enf.*,v.11, n.1 165-72. 2009.

HENRIQUES, B.D. et al. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. *Rev Med Minas Gerais.*; v. 20, n.3., 300-309. 2010.

HIDEKO, O. et al. Level Frequency Tuning in Human auditory Cortex of Portable Music Players Users. *Plos ONE*, 2011; 6 (3)

HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo (SP): EPU; 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA-IBGE -IBGE. Censo Demográfico 2010: resultados preliminares. Pirâmide etária. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=&frm=piramide>. Acesso em 5 nov. 2012.

_____.Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar- PeNSE. Brasília, 2009.

_____.Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar- PeNSE. Brasília, 2012.

IPOLLITTO-SHEPERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Promotora de Saúde. Rio de Janeiro: *Sociedade Brasileira de Pediatria*; 2003.

ISLEB, M.H.M.; Santos L.M.O; MORATA T.C; ZUCKI F. In: MORATA T.C, ZUCKI F; organizadores. *Saúde auditiva: avaliação de riscos e prevenção*. São Paulo: Plexus; 2010.

KLEIN, J. Otitis externa, otitis media, mastoiditis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone; 1995. p.579-84.

KWITKO, A. et al. Exposição a ruído ocupacional e pressão sanguínea. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 62, n. 2, p.89-98, mar./abr. 1996.

LACERDA, A.B.M. *et al.* . Hábitos auditivos e comportamento de adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 2, abr. 2011.

LIMA, G. Z. *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez; 1985.

LIPAY, M.S.; ALMEIDA, E.C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v.16, n.1, jan./fev. 2007.

LUZ, T.S.; BORJA, A.L.V.F. Sintomas auditivos em usuários de estéreos pessoais. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.*, São Paulo, v. 16, n. 2. 2012.

MANDÚ, E.N.T.; PAIVA, M. S. Consulta de enfermagem a adolescentes. In: *Adolescer: compreender, atuar, acolher. Projeto Acolher*, Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2001.

MANDÚ, E.N.T. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 6, dez. 2004 .

MARQUES, D. K. A.; NÓBREGA, M. M. L. Instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados. *Rev. Min. Enferm.*, Minas Gerais, v.13, n.3, jul./set., 2009

MARTINE, G.; ALVES J.E.D.. *Dinâmica Demográfica e sua Relevância Econômica e Social no Brasil: Implicações para o Programa UNFPA 2011-2015*. Brasília, 2011.

MARTINS, R. Vi. *et al.* . Hypertension and its association with overweight and obesity among adolescents: a school-based survey. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.*, Florianópolis, v. 15, n. 5, Oct. 2013 .

MELO, I. S.; GADELHA, A.R.; FERREIRA, L.C.L. Estudo histopatológico de casos de eritema crônico migratório diagnosticados em Manaus. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro , v. 78, n. 2, abr. 2003 .

MISHRA P.; RATHI N.; BHIMANI N.T. Effect of portable music players on auditory reaction time in young adults. *International J. of Healthcare & Biomedical Research*, Volume: 1, Issue: 4, July 2013.

MOTTA, E.V. Dismenorréia – Como diagnosticar e tratar. *Rev Bras Med* 57 (5), 2000.

MOURA, J.B.V.S. *et al.* . *Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. Hist. cienc. saude- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, June 2007.

OLIVEIRA, J.C.; BARBOSA, A.J.G. Bullying entre estudantes com e sem características de dotação e talento. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 25, n. 4, 2012 .

OLIVEIRA, J. N. *et al.* . Prevalência de constipação em adolescentes matriculados em escolas de São José dos Campos, SP, e em seus pais. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo , v. 43, n. 1, Mar. 2006.

OLSEN, S. E. Psychological aspects of adolescents' perceptions and habits in noisy environments. 2004. 90 f. Thesis. (Doutorado) - Departament of Psychology. Göteborg University, Sweden.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do uso do tabaco: um ponto de entrada importante para o desenvolvimento de Escolas Promotoras de Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, UNESCO, 1999.

ORLANDI, R.; TONELI, M.J.F. Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. *Psicol. Estud.* v. 13, n. 2. 2008.

PEREIRA, L. Obesidade na adolescência: a importância de bons hábitos alimentares. *Adolescência & Saúde.* V.3, n.1.2006.

QUEIROZ, M.V.O.; RIBEIRO, E.M.V.; PENNAFORT, V.P.S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. *Texto contexto - enferm.* vol.19, n.2. 2010.

QUEIROZ, V.M. et al . Prevalência e preditores antropométricos de pressão arterial elevada em escolares de João Pessoa - PB. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 95, n. 5, out. 2010 .

ROCHA, B.M.P. et al . Perfil de saúde dos adolescentes de uma cidade no Algarve. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. serIII, n. 9, mar. 2013 .

RAMOS, F.R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G.. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília, 2001.

RAMOS, F.R.S. *Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente.* In: Projeto Acolher. *Adolescer: compreender, atuar, acolher.* Brasília, 2001.

RIZZO, C.B.S.; CHAMON, E.M.Q.O. O sentido do trabalho para o adolescente trabalhador. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, nov. 2010.

ROMANZINI, Marcelo et al . Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, Nov. 2008.

SANCHEZ, T.G.; KNOBEL, K.A.; FERRARI, G.M.S.; BATEZATI, S.C.; BENTO, R.F.; Grupo de Apoio a Pessoas com Zumbido (GAPZ): metodologia, resultados e propostas futuras. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2002;6(4):278-84.

SANT'ANA, N.C. Criação de uma ferramenta hipermídia para promoção da saúde auditiva em jovens usuários de dispositivos sonoros portáteis individuais. Bauru, 2012. 100p.

SANTOS, S.M.R. et al . A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008 .

SEIXAS, M.P. Avaliação do sono na adolescência: implicações para a saúde física e mental. 99 p. Dissertação (Psicologia). Psicologia clínica e da saúde. Universidade Fernando Pessoa. 2009

SERRA, A.S.L.; MOTA, M.S.F.T. Adolescentes promotores de saúde. In: Projeto Acolher: um encontro da enfermagem como adolescente brasileiro. Brasília, 2000.

SILVA, A.R.V. et al . Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 62, n. 1, fev. 2009 .

SILVA, C.S. *Escola Promotora de Saúde: uma visão critica da saúde escolar*. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. São Paulo (SP), 1997.

SILVA, G.A.P. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 5, n. 1, mar. 2005 .

SILVA, I.A.ET AL. A participação do Brasil no projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. In: Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Silva IA. O Uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva. Brasília: ABEn; 1997. p. 65-81.

SILVA, S.L.; NOVAIS, D. C.S.; LUNA, D.O.; ARAÚJO, E.C. Sistematização da assistência de enfermagem ao adolescente: consulta de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE*. ; v.1, n.1, jul./set. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. v.95, n.1 , supl.1. 2010.

TOLEDO, C.C. et al . Detecção precoce de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar: study in A. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 56, n. 4, 2010 .

WASELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*. Brasília, 2011.

WEICHBOLD V.; ZOROWKA P. Can a hearing education campaign for adolescents change their music listening behavior? *Int. Jour. of Audiol*. 46(3): 128-133, 2007.

ZACOLI, A. M.F. *Hábitos e atitudes de jovens catarinenses frente ao ruído: avaliação com a versão em português do questionário Yans*. Curitiba, 2007. 139 p. Dissertação (Mestrado)- Universidade Tuiuti do Paraná.

ZACOLI, A.M.F.; MORATA, T.C. Adolescência, música e ruído ambiental. In: MORATA, Thais Catalani; ZUCKI, Fernanda (Orgs.). Saúde auditiva: avaliação de riscos e prevenção. São Paulo: Plexus Editora, 2010.

APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS RESPONSÁVEIS

Senhores pais ou responsáveis

Venho pelo presente solicitar autorização para que seu filho participe da pesquisa cujo objetivo é realizar uma **AVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES ESCOLARES** e que será realizada por uma enfermeira através de uma Consulta de enfermagem na própria escola. Serão abordados nessa avaliação os aspectos de saúde tais com: avaliação antropométrica (peso e altura), atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), avaliação preliminar oftalmológica e auditiva. A avaliação será realizada de maneira individual. Caso seja detectado durante a avaliação clínica alguma necessidade de acompanhamento o mesmo será orientado de como fazê-lo.

Essa pesquisa é mais uma das ações que a Universidade Tuiuti do Paraná desenvolve junto ao Colégio e faz parte de pesquisas do **Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação**.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisas, será mantido sigilo dos participantes da pesquisa e as informações colhidas serão para uso somente desta pesquisa e a divulgação dos resultados será em trabalhos científicos.

Caso concordem que seu filho participe desta pesquisa, favor assinar o consentimento abaixo:

Autorizo que meu/ minha filho (a) _____ participe da avaliação clínica e da pesquisa intitulada **CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESCOLA: PERFIL DE SAÚDE COM ENFOQUE NA SAÚDE AUDITIVA DOS ADOLESCENTES** e que os resultados sejam divulgados em trabalhos científicos. Fui informado de que o nome do (a) meu filho (a) será mantido em absoluto sigilo para preservar sua privacidade e que, tendo o endereço e telefone da pesquisadora, poderei a qualquer momento solicitar que meu/minha filho (a) deixe de participar da pesquisa.

Nome do responsável: _____
Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Pesquisadora: Flavia Conceição Lopes: Rua Jose de Paiva Vidal, 1286 casa 28. Vila Santa Terezinha. Campo Largo-PR. CEP: 8302-160. Fone: (41) 3392-9457/9625-8158
Orientadora de pesquisa: Vânia Muniz Néquer Soares Fone: 99712501
Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESA/HOSPITAL DO TRABALHADOR sob nº 384/2011

APÊNDICE 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ADOLESCENTE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE ESCOLAR COMO ESTRATÉGIA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA, PSICOSOCIAL E DA SAÚDE AUDITIVA DE ADOLESCENTES.”** A participação no estudo será por meio de uma avaliação clínica realizada por uma enfermeira. Serão abordados nessa avaliação os aspectos de saúde que o Programa de Saúde Escolar do Ministério da Saúde e Educação preconiza: a avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), avaliação oftalmológica e avaliação auditiva. Essa avaliação será realizada na em local apropriado cedido pela escola. A Avaliação será realizada de maneira individual. Caso seja detectado durante a avaliação clínica alguma necessidade de acompanhamento você será orientado de como fazê-lo. O objetivo de identificar o perfil de saúde de um grupo de adolescentes escolares e seus determinantes, identificar os hábitos auditivos e riscos a saúde auditiva de adolescentes escolares como também a saúde ocular e avaliar a consulta de enfermagem como estratégia para identificar o perfil de saúde do adolescente.

A pesquisa é realizada por mim, Flavia Conceição Lopes, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná; Sua participação é voluntária, sendo sua colaboração importante e necessária para o andamento da pesquisa. . Essa pesquisa é mais uma das ações que a Universidade Tuiuti do Paraná desenvolve junto ao Colégio. A Universidade Tuiuti do Paraná também desenvolve atividades de educação em saúde que aborda vários temas tais como: gravidez, drogas, alimentação entre outros. Essa pesquisa irá complementar a ação já desenvolvida no início desse ano que realizou triagem auditiva nos alunos dessa instituição.

A você, será garantido (a) o anonimato, o sigilo das informações e da privacidade, além da utilização dos resultados da pesquisa, exclusivamente, para fins científicos. Caso concorde em participar, em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como desistir dela e não permitir a utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo para você. **CONSENTIMENTO:** Eu, como entrevistado (a), afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Pesquisadora: Flavia Conceição Lopes: Rua Jose de Paiva Vidal, 1286 casa 28. Vila Santa Terezinha. Campo Largo-PR. CEP: 8302-160. Tel.: (41) 33929457/9258158

Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Comitê de Ética em Pesquisa da SESA/HOSPITAL DO TRABALHADOR (41) 32125709

APÊNDICE 3 ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE

Horário de início: _____ **Termino:** _____

Nome: _____
 Serie: _____ Turma: _____

Como vai? Você sabe que sou enfermeira? Vamos iniciar agora uma consulta de enfermagem? Nesta consulta vou avaliar o seu desenvolvimento e suas necessidades, certo? Para tanto vamos conversar, dialogar sobre sua saúde e alguns aspectos da sua vida e família, vamos fazer um exame físico, menos o exame ginecológico, porque não teria as condições adequadas, mas vamos conversar sobre saúde reprodutiva e sexual. Gostaria que ficasse bem à vontade para falar o que desejar. Combinado?

Então, para começarmos gostaria que você falasse como percebe ou sente sua saúde, você tem algum problema de saúde, mal estar, algo que incomode:

1.Quantos anos você tem: _____

2. Data de nascimento: _____

3. Naturalidade: _____ 4.Estado: _____

5. Bairro onde mora: _____

6.Sexo: () masculino ()feminino

7.Estado Conjugal: () solteiro () casado () união consensual () separado

ESTUDO

8.Como você está indo na escola:

9. Reprovação: () não () sim

10. Problemas de aprendizado: () não () sim qual: _____

11.Tem problema com disciplina: () não()sim qual: _____

12.Parou alguma vez de estudar: () não () sim qual o motivo: _____

13.Você faz algum curso fora do horário de aula: () não () sim qual_____

TRABALHO

14.Trabalha: () não () sim Onde trabalha_____ Idade de inicio:_____

15.Horário:_____ Atividade:_____

16.Razão do trabalho: () econômica () outra Qual:_____

VIDA SOCIAL

17.Namora: () não () sim Há quanto tempo:_____

18.Outras Atividades: () não () sim qual:_____

19.Atividade em grupo: () não () sim Qual:_____

20.Pratica Esporte: () não () sim _____ horas por semana. Onde pratica:_____

21.Tv: _____horas por dia

22.Computador: _____horas por dia

23.Outras Atividades: () não () sim qual:_____

FAMÍLIA

24.Com quem você mora :_____

25.Idade do pai:_____ Idade da mãe:_____

26.Anos de estudo: pai_____anos de estudo mãe_____anos de estudo

27.Quem trabalha na família:_____

28.Renda em salários mínimos de todos as pessoas que trabalham na família:_____

29.Tipo de moradia: () alvenaria () madeira () outro Qual:_____

30.Propriedade: () própria () alugada () outro Qual_____

31.Nº de irmãos:_____

HÁBITOS

32. Sono normal: () não () sim Nº horas por dia: _____
33. Número refeições por dia: _____
34. Tem alguma alteração alimentar: () não () sim Qual: _____
35. Como é sua alimentação no almoço: _____
36. Como é sua alimentação no jantar: _____
37. Quantas vezes você come vegetais e legumes/semana: _____
Carne/semana: _____ Refrigerante dia: _____ Guloseimas/semana _____
38. Fuma: () não () sim Quantos cigarros/dia _____ Idade que iniciou : _____
39. Ingere bebidas alcoólica: () não () sim Quantas vezes por semana _____ por mês _____
40. Idade que tomou bebida alcoólica pela primeira vez: _____
41. Usa ou usou outras drogas: () não () sim Qual? _____
42. Sofreu bullying alguma vez? () não () sim
43. Sofreu bullying no último mês? () não () sim
44. Praticou bullying alguma vez? () não () sim quando? _____
45. Dirige carro: () não () sim
46. Tem o hábito de leitura () não () sim Tipo de leitura _____ Número de livros por mês: _____ ano: _____
47. Tem outros hábitos: _____
48. Frequenta igreja: () não () sim Número de vezes por semana/mês: _____
Religião: _____

EXAME FÍSICO

49. Peso: _____ 50. Altura: _____ 51. IMC: _____
52. Percentil: peso/idade _____ altura/idade _____ peso/altura _____
53. PA: _____ mmHg. 54. Frequência respiratória: _____ 54. Frequência cardíaca: _____

55.Saturação:_____ % 56.T: _____ C°

57.Pele e mucosas: () coradas () hidratadas () hipocoradas () ictéricas () desidratadas

58.Lesões de pele: () não () sim Qual?_____

59.Alterações no crânio: () não () sim Qual?_____

60.Alteração de boca e dentes: () não () sim Qual?_____

61.Alteração no pescoço: () não () sim Qual?_____

62.Acuidade visual alterada: () não () sim Qual olho:_____
Reteste: () não () sim

63.Uso de lentes corretivas: () não () sim Início:_____

64.Usa óculos não () sim () Usa lentes de contato não () sim ()

65.Narinas alteradas: () não () sim Qual?_____

66.Orofaringe alterada: () não () sim Qual?_____

TÓRAX

67.Inspeção torácica: () normal () anormal

68.Tórax: () simétrico () assimétrico

69.Ausculta pulmonar:_____ Tipo de som:_____

70.Ausculta cardíaca: () normal () anormal Bulha com alteração:_____

ABDOME

71.Inspeção abdominal () normal () anormal

72.Palpação abdominal: () normal () anormal Fígado:_____

73.Ausculta abdominal: () RHA presentes () RHA ausentes

74.Urinária normal: () sim () não Qual_____

75. Intestinal normal: () sim () não Qual_____

MEMBROS SUPERIORES , INFERIORES E COLUNA

- 76.Membros superiores: () normal () com alteração Qual?_____
- 77.Membros inferiores: () normal () com alteração Qual?_____
- 78.Sinais de trombose venosa profunda: () não () sim
- 79.Presença de varizes: () não () sim Qual membro?_____
- 80.Coluna: () normal () com alteração região:_____

GINECO-URINÁRIO

81. Menarca/Espermarca _____anos _____meses
- 82.Data ultima menstruação : () não sabe _____dia _____mês _____ano
- 83.Ciclos regulares () não () sim Período_____
84. Amenorreia: () não () sim Quanto tempo?_____
- 85.Alteração nas mamas: () não () sim Quanto tempo?_____
- 86.Dismenorréia : () não () sim
- 87.Secreção peniana () não () sim Odor: _____
- 88.Presença de lesão em genitália: () não () sim
- 89.Ardência para urinar: () não () sim

ALGUNS ASPECTOS SOBRE SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO

- 90.Número de Gestação: gestações_____ abortos_____
- 91.Você teve ou tem filhos: sim (), não() Quantos:_____
- 92.Idade da primeira relação: _____anos _____meses
- 93.Problemas nas relações sexuais: () não () sim
- 94.Contracepção:() não () sim Qual_____
- 100.Usa Preservativo: () não () sim Quando usa?:_____
- 101.Sofreu abuso sexual, alguma vez: () não () sim

102.Relações sexuais: () não () hetero () homo () ambas

103.Gostaria de ter mais informação sobre sexualidade segura: () não () sim

104.Quais suas dúvidas:_____

PARA FINALIZAR VAMOS FAZER UMA AVALIAÇÃO MAIS DETALHADA DA SUA SAÚDE AUDITIVA, PODE SER?

Orelha:

105.Exame otoscópico: () com cera () sem cera

106.Usa prótese auditiva: () não () sim

107.Alteração da orelha direita: () não () sim Qual?_____

108.Alteração da orelha esquerda: () não () sim Qual?_____

109.Escuta bem: () não () sim () às vezes () não sabe dizer

110.Tem ou teve problemas com:

() vazamento nos ouvidos

() perda de audição temporária em uma orelha

() perda de audição temporária em ambas as orelhas () infecções repetidas nas orelhas

() não tem problema de audição

111.Sofreu pancada forte na cabeça: () não () sim

112.Na família existem pessoas com problemas de audição: () não () sim Quem:_____

113.Você já sofre alguma explosão próximo ao seu ouvido: () não () sim

114.Você acha que tem um ouvido melhor que o outro: () não () sim Qual?_____

115.Você sente zumbido na cabeça ou nos ouvidos: () não () sim

116.Quando: () ao ouvir barulho de máquinas ou veículos () após escutar música com fone de ouvido () outros_____

117.Seu zumbido é: () permanente () temporário () não tem zumbido

118.O ruído alto te incomoda: () não () sim

119.Você se preocupa antes de ir a shows, discotecas (ou outros locais) por causa da experiência precedente de zumbido nas orelhas? () não () sim

120.Em qual posição do volume você considera usar habitualmente seu estéreo pessoal, sendo 0 o volume mínimo e 10 o volume máximo

121.Você faz uso de estéreos pessoais (Mp3, Mp4, Ipods)? () Sim () Não

122.Com que frequência você costuma usar seu estéreos pessoais? () Sempre () Às vezes () Raramente

123.Quantas horas por dia você usa seu estéreos pessoais? () 30 min () 1h () Mais de 2h () Mais de 4 h

124.Qual tipo de fone de ouvido você costuma usar seu estéreo pessoal?

() Inserção (coloca dentro do canal auditivo) () Circum aural (fica sobre a orelha)

125.Você costuma dormir ouvindo música com seu estéreo pessoal? () Sim () Não

126.Após uso do estéreo (Mp3, Mp4, Ipod), já percebeu algum desses sintomas:

() Zumbido () Dor () Tontura () Sensação de ouvido tapado

() Diminuição da audição () Outros_____

127.Você acredita que o uso de estéreo pessoal pode causar perda auditiva? () Sim () Não

128.Você sente dor nas orelhas devido ao volume alto? () não () sim

129.Quando:()ao ouvir barulho de máquinas ou veículos () após escutar música com fone de ouvido () outros_____

130.Você tem dificuldade em compreender e falar? () não () sim Quando?_____

131.Você costuma aumentar o volume da TV e som? () não () sim Quando?_____

132.Gostaria de perguntar ou falar alguma coisa?

Agradeço sua participação, se quiser conversar ou tirar dúvidas estarei à disposição.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

CONDUTAS :

APÊNDICE 4 INSTRUMENTO PARA PREENCHIMENTO DOS PAIS

Senhor(a) Responsável, por favor, responda o questionário abaixo:

Antecedentes do Adolescente

Ocorreram problemas na gestação do adolescente? () não ()sim Qual?

Durante a infância o adolescente a apresentou problemas de crescimento? () não ()sim Qual? _____

Durante a infância o adolescente a apresentou problemas de desenvolvimento normal: () não

Cirurgia /hospitalização: () não ()sim motivo:

Alergia: () não ()sim qual?

Infecções: () não ()sim qual?

Acidentes intoxicação: () não ()sim qual substancia?

Uso de medicamentos: () não ()sim Qual?

Tratamento psicológico () não ()sim

Antecedentes familiares do Adolescente

Alguém na família com Pressão Alta: () não ()sim quem? _____

Alguém na família com diabetes: () não ()sim quem? _____

Alguém na família teve derrame cerebral: () não ()sim quem? _____

Alguém na família com obesidade: () não ()sim quem? _____

Alguém na família teve Infarto cardíaco: () não ()sim quem? _____

Alguém na família com problemas respiratórios: () não ()sim Quem? _____

Alguém na família tem Transtornos psicológicos: () não ()sim Quem? _____

Alguém na família faz uso de Álcool/drogas: () não ()sim Quem? _____

Mãe adolescente: () não ()sim () idade de quando teve o primeiro filho: _____

Outros problemas de saúde de familiares: () não ()sim Qual? _____

APÊNDICE 5 QUESTIONÁRIO PÓS-CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA OS ADOLESCENTES

Solicito que você responda as questões abaixo com sinceridade, para que possamos aperfeiçoar a consulta da enfermagem no futuro. Não precisa se identificar.

1. Qual sua satisfação com relação ao atendimento durante a Consulta de Enfermagem?

() Muito satisfeito

() Satisfeito

() Pouco satisfeito

2. Explique o porquê de sua resposta:

3. O que mais lhe agradou na Consulta de Enfermagem?

4. O que menos lhe agradou na Consulta de Enfermagem?

5. Você achou o tempo de atendimento foi adequado? Por quê?

6. Você teve todas as suas dúvidas esclarecidas durante a consulta de enfermagem?

7. Você acha importante que seja ofertada a Consulta de Enfermagem para adolescente na escola? Por quê?

ANEXO 1 CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Curitiba, 1 setembro de 2011.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**SESA/HT**

Protocolo: CEP-SESA/HT nº 384/2011	CAAE:
Projeto de Pesquisa: CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESCOLA: PERFIL DE SAÚDE COM ENFOQUE AUDITIVA DOS ADOLESCENTE	
Pesquisador: Flavia Conceição Lopes	
Patrocinador: não consta	
Instituição: Hospital do Trabalhador	
Área Temática Especial: Grupo III	
Data de apresentação ao CEP: 01/09/2011 Data de Entrega do Parecer: 01/09/2011	

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná/Hospital do Trabalhador analisou na sessão do dia 01 de setembro de 2011 o processo Nº. 384/2011, referente ao projeto de pesquisa: "**CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESCOLA: PERFIL DE SAÚDE COM ENFOQUE AUDITIVA DOS ADOLESCENTE**", tendo como pesquisador (as): Flavia Conceição Lopes

Mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**.

O mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS. Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP de relatórios sobre o andamento da pesquisa bem com o envio de relatório final.

Atenciosamente,


Prof.º Doutor Adonis Nasr

Coordenador do Comitê de Ética em

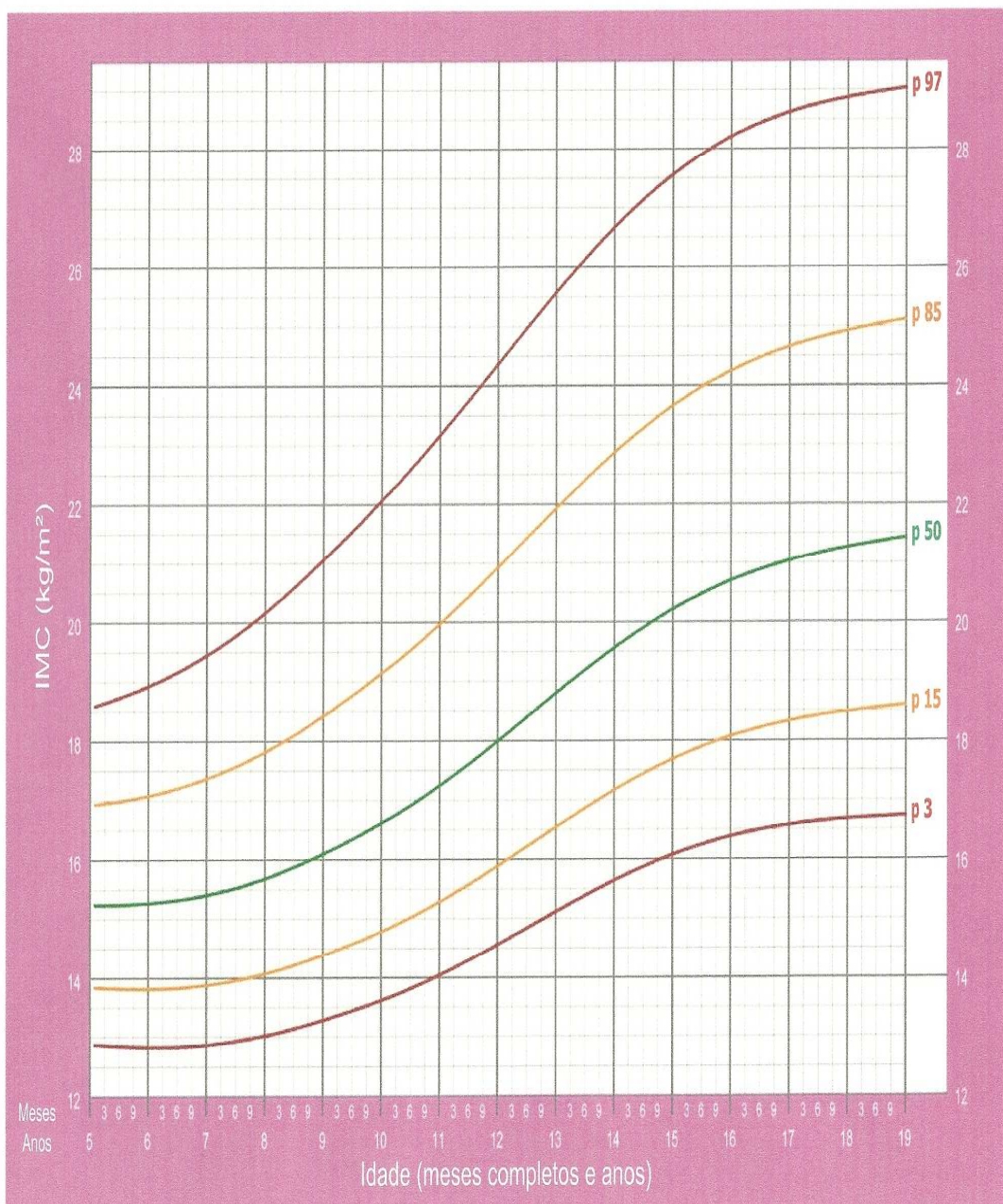
Pesquisa em Seres Humanos - SESA/HT

Av. República Argentina, 4406 – Curitiba / Pr – Fone/Fax: (41) 3212-5709

ANEXO 2 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE IMC POR IDADE MENINAS

IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

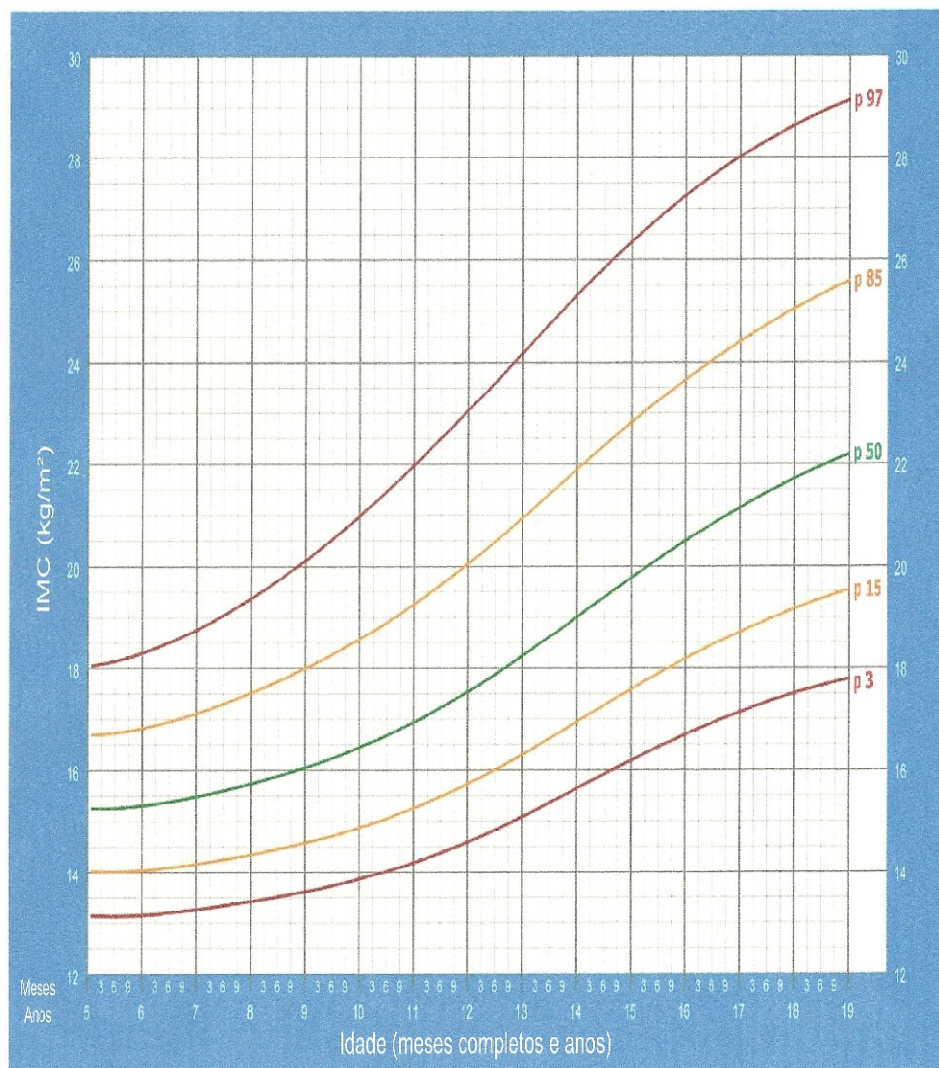


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

ANEXO 3 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE IMC POR IDADE MENINOS

IMC por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

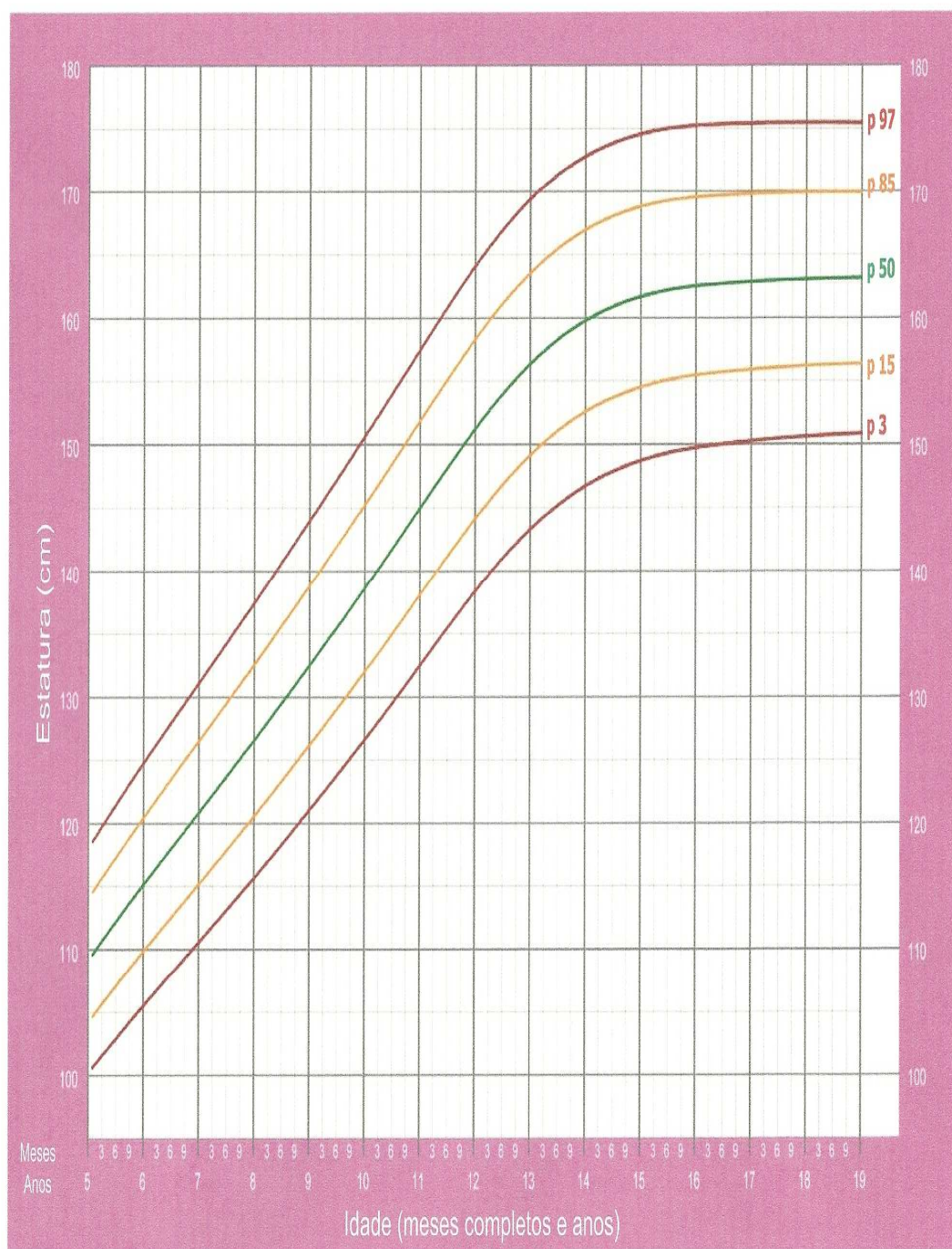


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

ANEXO 4 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE ESTATURA POR IDADE MENINAS

Estatura por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

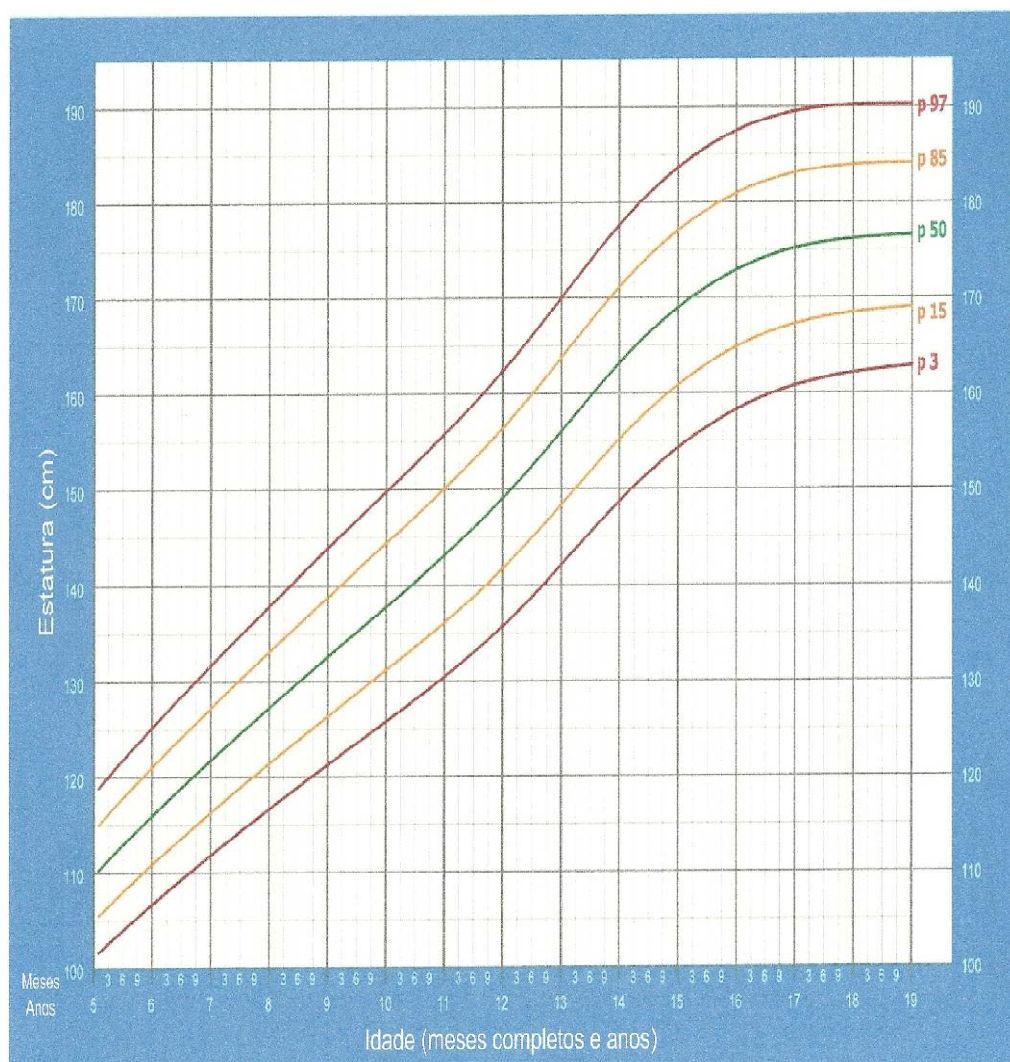


Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

ANEXO 5 ANTROPOMETRIA-GRÁFICO DE ESTATURA POR IDADE MENINOS

Estatura por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

ANEXO 6 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO NACIONAL 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

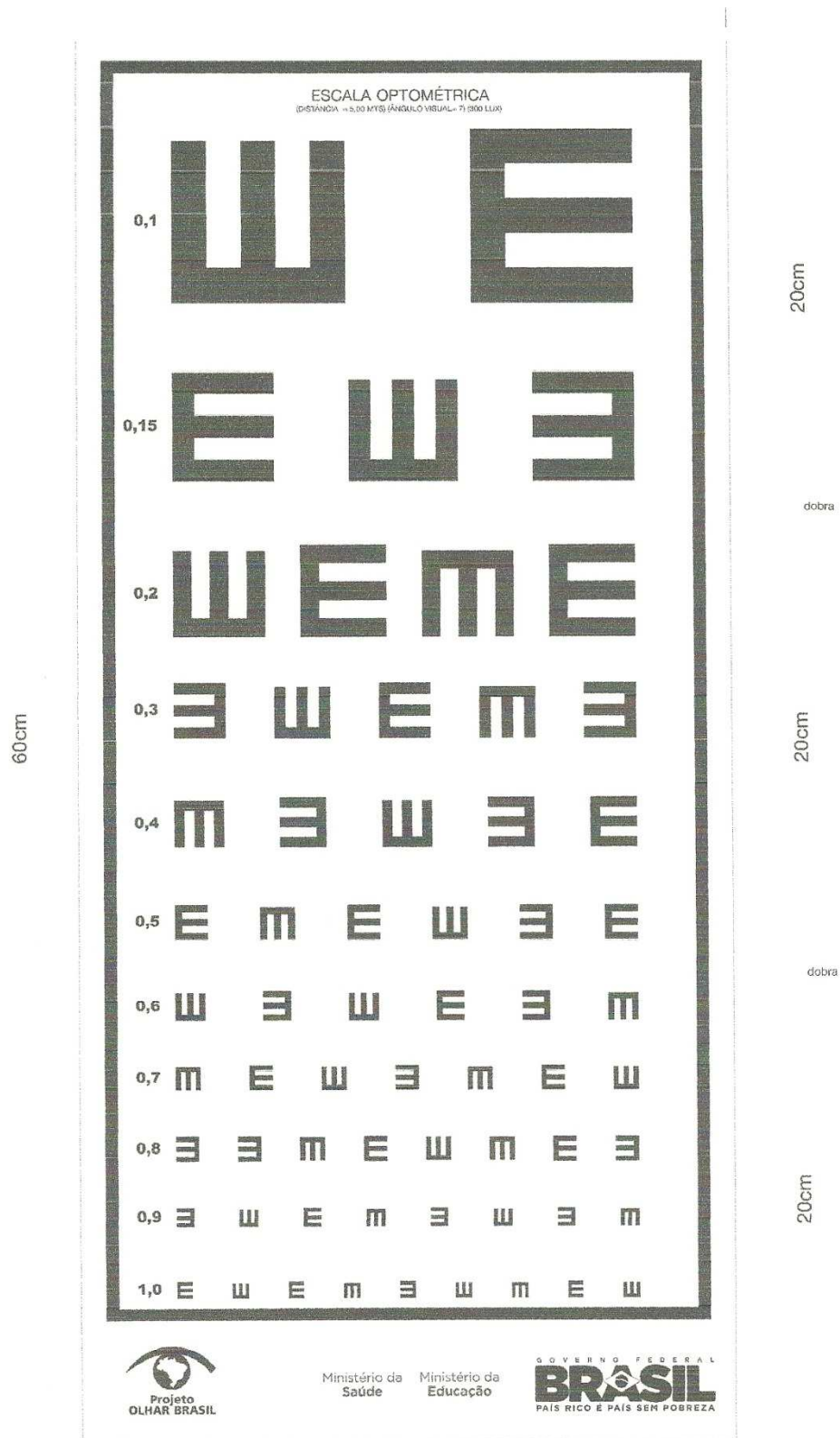
CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre amarela	Tríplice viral	Dupla adulto
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer								
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose				
	3 meses							1ª dose			
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose				
	5 meses							2ª dose			
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose					
	9 meses								Dose inicial		
	12 meses					Reforço				1ª dose	
	15 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço		2ª dose	
	4 anos			2º reforço (com DTP)							
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾						Uma dose a cada 10 anos	2 doses	Reforço a cada 10 anos
Adulto	20 a 59 anos		3 doses ⁽¹⁾ (até 49 anos)						Uma dose a cada 10 anos	1 dose (até 49 anos)	Reforço a cada 10 anos
Idoso	60 anos ou mais										Reforço a cada 10 anos
Gestante			3 doses ⁽¹⁾								3 doses ⁽²⁾

⁽¹⁾Se não tiver recebido o esquema completo na infância. ⁽²⁾Respeitar esquemas anteriores.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.498, de 19 de julho de 2013.

ANEXO 7 TESTE DE SNELLEN/ESCALA OPTOMÉTRICA



ANEXO 8 VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Diretrizes

Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes (modificado do *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*)

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da pressão arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limitrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não-relacionados à prática clínica	

* Para idade, sexo e percentil de estatura.

