

EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA

*Iracy Silva Costa **

I — INTRODUÇÃO

As mudanças sociais produzem impacto, refletindo-se no processo educacional, impondo alterações nos seus objetivos, nas técnicas de aprendizagem e no seu conteúdo programático. Reconhece-se que a Escola de hoje não pode se manter apenas como uma agência de alfabetização, mas como um centro de socialização, responsável por desenvolver todas as potencialidades da criança tornando-a elemento útil e ajustado à comunidade a que vai pertencer. Este é um empreendimento complexo para cuja realização é necessário uma integração de recursos e esforços, visando modificar mentalidades através da participação ativa da comunidade. Todavia, a problemática educacional assume feição particular no Brasil em virtude das suas características próprias de país em desenvolvimento, sobressaindo seu alto crescimento demográfico, com a conseqüente concentração nas primeiras faixas etárias, fenômeno que aumenta cada vez mais o número de dependentes em relação à população economicamente ativa. Acresça-se a isso o auto grau da migração rural-urbana.

A transição que se instala entre país de economia predominantemente agrícola, para uma economia industrial, vem trazendo modificações na estrutura da família, salientando o papel da mulher como força de trabalho, obrigando-a a ausentar-se do lar. Impõe, portanto, à escola, modificações estruturais capazes de atender às solicitações da sociedade. A escola compete papel dos mais importantes na formação básica dos indivíduos, ampliando seu horizonte. Até então a escola desvinculou os aspectos de educação da saúde

* Docente de E. E. Universidade Federal da Bahia.

como parte do processo educativo. A saúde é condição essencial para uma boa aprendizagem, e, as formas de garanti-la, são imprescindíveis para o desenvolvimento econômico através formação da mão-de-obra qualificada.

Os programas de educação primária devem fundamentar-se no reconhecimento da criança como indivíduo em fase de crescimento e desenvolvimento em que os componentes ambientais desempenham papel decisivo.

A idade escolar é uma fase durante a qual o organismo deve contar com uma série de condições favoráveis (alimentação, cuidados higiênicos, suporte afetivo) para que a criança possa obter um número considerável de aquisições que lhe são necessárias; físicas (crescimento, formação de hábitos); mentais (ajustamento ao meio ambiente, relacionamento); emocionais (harmonia de expressões, sentimento de confiança, equilíbrio emotivo).

A escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, reconhecendo esta situação do escolar, concluiu pela necessidade de um programa que integrasse a saúde como parte do processo educacional.

II — ANTECEDENTES

As preocupações da Bahia com a educação em Saúde escolar remontam a 1965, quando a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia realizou um levantamento em 35 escolas localizadas em dois populosos bairros da Cidade do Salvador (Federação e Garcia), objetivando conhecer as condições sanitárias do ambiente escolar, saúde e assistência que lhe era prestada (1). Quanto à vinculação administrativa, as escolas estavam distribuídas em 40,0% estaduais, 25,7% municipais, 20,0% convênio, 14,3% particulares.

As variáveis utilizadas na avaliação do ambiente escolar foram: iluminação, área para recreio, procedência da água, depósito da água utilizada, uso do copo, serviço de merenda escolar, instalações sanitárias, uso do papel higiênico, lavatórios, coleta e destino do lixo:

Quando à iluminação em 60,0% das escolas foi considerada boa; 25,7% regular e 14,3% deficiente. Esses percentuais referem-se à iluminação natural. Em se tratando de iluminação artificial, apenas 8,0% das escolas não eram providas da iluminação elétrica. A existência de iluminação elétrica não supõe, necessariamente, qualidades técnicas imprescindíveis a uma escola.

A área de recreação não existia em 45,7% das escolas; nestes casos, eram utilizadas as salas de aula ou mesmo a via pública;

apenas 2,9% das escolas, correspondendo a um caso, possuía área coberta, 8,5% áreas coberta e descoberta e 42,9% área coberta.

A procedência da água para a maioria das escolas é da rede pública, entretanto, 17,1% provém de chafarizes, 5,7% de cisternas (poços escavados) e 8,6% das escolas não eram providas de água para a utilização dos alunos. Os depósitos de água eram, predominante: o filtro, a talha com torneira, a talha sem torneira, o filtro bebedouro, havendo em algumas escolas a utilização direta na torneira. Chama-se a atenção que as escolas, em sua maioria, não tinham depósito para água potável. O copo individual era o mais usado, entretanto, 31,4% não utilizava copo e 8,6% o copo coletivo.

Das 35 escolas pesquisadas 11,4% não tinham instalações sanitárias, embora existissem 84 privadas, 79 em funcionamento, numa média 2,26 por escola; das que estavam em uso, a maioria apresentava situação precária.

O papel higiênico era utilizado em 14,3% das escolas, sendo depositado, em 51,4% dos casos, em recipiente descoberto; 40,0% era depositado diretamente no piso do sanitário. Nas demais escolas o papel higiênico era lançado na própria privada ou em depósito coberto.

Laboratórios nos sanitários existiam em 28,6% das escolas.

O destino do lixo em 62,8% das escolas era o solo, sem qualquer tratamento. Nas demais escolas era coletado pela Limpeza Pública (20,0%), ou incinerado na própria escola (17,1%).

Metade das escolas possuía cantina. Destas, apenas 23,5% estavam equipadas e com capacidade real de funcionamento. As demais, 76,5% eram improvisadas. Nas escolas que não possuíam cantina, perfazendo um total de 51,4%, os alunos, eventualmente, recebiam merenda, podendo esta ser preparada em qualquer dependência da escola havendo casos de utilização até de passeios da própria escola, para tal; das cantinas existentes 23,5% estavam instaladas em escolas particulares. Considerando o número total de escolas pesquisadas em total de 80,0%.

O resultado final do levantamento revelou que as condições sanitárias das escolas estavam muito aquém das mínimas exigidas para um ambiente coletivo, principalmente, considerando as funções a que se propõem. Tendo em vista a precariedade do ambiente, ele próprio era insalubre, não apenas facilitando a disseminação de doenças, mas atuando como experiência negativa no aprendizado. Quanto às condições de saúde dos escolares, essas eram suficientemente deficientes para explicar o alto grau de repetência baixo grau de aprendizagem e, em grau significativo, a própria evasão escolar. Acresça-se a isso a formação deficiente dos professores em assun-

tos de saúde e a inexistência de profissionais de saúde que pudessem oferecer uma orientação sistemática e eficiente.

Baseada nessas constatações, a equipe de Enfermagem de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem da UFBA, decidiu realizar uma experiência, a fim de que servisse de modelo e viesse no futuro a oficializar-se. Foi elaborado um plano e apresentado às Secretarias de Educação e Cultura e de Saúde Pública do Estado da Bahia.

Naquele momento o currículo do curso primário estava passando por uma revisão. O então Secretário de Educação e Cultura solicitou que as atividades do programa de Saúde Escolar se desenvolvesse inicialmente, com a integração dos aspectos de saúde no currículo, item constante das áreas prioritárias do plano então apresentado. Essa integração, entretanto, deu-se apenas na disciplina Ciências Naturais, do primeiro e segundo anos primários, tendo em vista circunstâncias especiais, alheias à nossa vontade.

Abaixo apresentamos na íntegra o projeto original apresentado às referidas Secretarias.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR. PLANO EXPERIMENTAL

1. Áreas do trabalho:
 1. — Treinamento do professor primário na área da saúde;
 - 1.2 — Controle da saúde do escolar;
 - 1.3 — Integração dos aspectos de saúde no currículo do ensino primário.
2. Primeira etapa do trabalho;
 - Atividade junto ao Professor:
 - 2.1 — Promoção de meios legais;
 - Autorização para a Professora de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia treinar o professor primário para atuar junto à equipe de saúde;
 - Reconhecimento do treinamento como “Extensão Cultural”.
3. Segunda etapa do trabalho — Controle da saúde do escolar:
 - 3.1 — Condições indispensáveis:
 - Designação da Escola
 - Utilização do Serviço dos Centros de Saúde e dos demais serviços de Saúde da Comunidade;
 - Pessoal:
4. Terceira etapa do trabalho — Inclusão oficial da Professora de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem da

Universidade Federal da Bahia, como membro do Setor de Orientação Pedagógica da Secretaria de Educação e Cultura a fim de promover a integração dos aspectos de saúde no currículo primário.

5. Critérios mínimos: Recursos Disponíveis:

5.1. — Instalações:

- capacidade da sala relacionada com o número de alunos; cando;
- sala de aula privativa de cada classe, no mesmo período;
- local adequado para prestar socorro de urgência;
- local adequado para instalação de cantina;
- área para recreio;
- instalações sanitárias (privadas e lavatórios);
- água canalizada.

5.2. — Equipamento:

- mobiliário que atenda às necessidades mínimas do educando;
- maca;
- cadeiras;
- armário;
- cantina equipada;
- bebedouro, filtro ou talha com torneira.

5.3. — Pessoal:

- Médico Pediatra;
- Médico Psiquiatra;
- Enfermeira de Saúde Pública;
- Assistente Social;
- Dentista com experiência em Odontologia sanitária;
- Psicólogo;
- Professor Primário;
- Visitadora Sanitária;
- Cantineiro.

Os elementos dessa equipe podem ser selecionados entre aqueles que trabalham nos órgãos vinculados à Administração Estadual.

Devem ser utilizados os Serviços de Higiene Mental, tornando-se desnecessários o médico psiquiatra e o psicólogo com atividade exclusiva no programa. Para atender às necessidades globais de saúde do escolar, é necessário a utilização de serviços especializados, como Otorrino-laringologia, Oftalmologia, Ortopedia e outros.

A etapa seguinte constou da seleção da Escola que servisse de base para a experiência. Foi selecionada a Escola Parque tendo em vista as suas excelentes condições de organização e funcionamento. Dificuldades de ordem institucional relacionadas à falta de recursos e um suporte legal, frustraram essa tentativa. Tendo em vista as dificuldades apontadas, a escola de Enfermagem partiu para os contatos com as Secretarias de Educação e Saúde, havendo por parte de ambas, receptividade ao programa tendo sido oferecido uma Escola Primária localizada em área assistida por um Centro de Saúde que servisse de campo de estágio para estudantes de enfermagem e medicina. Foi selecionada a Escola Dr. Eduardo Mamede, localizada no bairro de Nazaré, servida pelo 2.º Centro de Saúde.

III — ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA

Como suporte para o planejamento e a conseqüente atuação na Escola Dr. Eduardo Mamede foi realizado um estudo diagnóstico em dois níveis: no primeiro nível o estudo focalizou a estrutura e o funcionamento da Escola e, no segundo, as condições de saúde de 70 escolares, cursando o 1.º ano primário. No primeiro nível do estudo foram focalizadas as condições técnicas do Corpo Docente e da Escola, que embora localizada num bairro de classe média e possuindo uma infra-estrutura razoável, seu funcionamento (instalações) ainda deixava muito a desejar, não diferindo, substancialmente, daquele encontrado nos bairros da Federação e Garcia, cuja situação foi analisada no início deste trabalho. Na parte referente ao corpo docente foram estudados, principalmente, os aspectos ligados à formação profissional, enfatizando os cursos de especialização e extensão cultural.

Antes da avaliação médica, odontológica, social, psicológica e de enfermagem, foi realizada uma enquete com a professora visando avaliar a sua capacidade de percepção dos sinais e sintomas representativos de determinadas doenças que pudessem interferir no processo de aprendizagem. Observou-se que esta percepção é extremamente limitada.

Antes de processar-se a avaliação da saúde propriamente dita como pré-requisito indispensável para preenchimento da ficha escolar foi realizada uma entrevista com os pais visando obter os dados referentes à identificação, ao grupo familiar, à posição e ajustamento no lar, aos antecedentes patológicos familiares, aos antecedentes pessoas normais e patológicos do escolar, além de motivá-los e responsabilizá-los como co-participantes da equipe de saúde. Convém advertir que, embora os escolares selecionados fossem em número de 70, surgiram imprevistos tanto da parte da equipe

quanto dos escolares, que só uma minoria dos exames realizados cobriram a totalidade, ficando a frequência média por volta de 53 escolares.

A avaliação de saúde dos escolares realizada pelas enfermeiras e estudantes de Enfermagem de Saúde Pública constou de:

- 1 — Entrevista com os pais
- 2 — Verificação da acuidade visual
- 3 — Verificação da acuidade auditiva
- 4 — Verificação dos defeitos ortopédicos
- 5 — Verificação de peso e altura
- 6 — Imunizações
- 7 — Teste tuberculínico, além de:

Abreugrafia, Teste Psicológico, Exames Parasitológicos, Exames Médico e Odontológico, realizados pelos demais membros da equipe.

Dos escolares submetidos a exames de acuidade visual, 30,5% apresentaram deficiência; 3,4% eram portadores de estrabismo e 6,8% foram reavaliados, em virtude de já terem prescrição para uso de óculos, embora não os usassem. O percentual de escolares com deficiência visual era significativo, embora passasse despercebido este problema pelos pais e professores. Para a mensuração da acuidade visual foi utilizada a tabela de Sinelle.

TABELA I

Resultado do teste de acuidade visual em 59 escolares do 1.º ano primário da Escola Dr. Eduardo Mamede — Salvador — Bahia — 1969

Acuidade visual	N.º	%
Normal	35	59,3
Deficiência visual	18	30,5
Estrabismo	2	3,4
Reavaliação (prescrição para uso de óculos)	4	6,8
Reavaliação (prescrição para uso de óculos)	4	6,8
TOTAL	59	100,0

Fonte: Levantamento de campo

Os exames para verificação da acuidade auditiva revelaram problemas de importância limitada, visto que apenas 5,3% apresentaram deficiências auditiva. Entretanto, o método utilizado não apresenta um limite satisfatório de segurança.

Dos escolares submetidos a exames ortopédicos, 61,1% apresentaram defeitos de coluna, joelhos, pernas e pés.

A análise do peso relacionada com a idade mostra que é justamente a partir da idade escolar (7 anos) que a anormalidade se acentua. A tabela II mostra que as crianças de 6 anos, que perfazem um total de 40,0% apresentaram um grau de normalidade da ordem de 81,2% enquanto que, aos 7 anos, os dados se invertem e os normais atingem apenas 20,0%, para 80,0% que apresentaram peso inferior ao normal. A partir dos 7 anos estão situadas 86,9% das crianças com peso inferior à idade. No cômputo global, entretanto, o índice de anormalidade é superior a 50,0%. (Segundo tabela da Dra. Emma de Azevêdo O. Castro.)

TABELA II

Idade e Peso de 40 escolares do 1.º ano primário da Escola
Dr. Eduardo Mamede — Salvador — Bahia — 1969

Idade (anos)	Peso					
	Normal		Inferior		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
6	13	81,2	3	18,8	16	100
7	3	20,0	12	80,0	15	100
8	1	50,00	1	50,0	2	100
9	—	—	3	100,0	1	100
10	—	—	3	100,0	3	100
11	—	—	1	100,0	1	100
13	—	—	2	100,0	2	100
TOTAL	17	42,5	23	57,5	40	100

Fonte: Levantamento de campo

A estatura do grupo estudado apresenta um percentual de normalidade da ordem de 77,5%. Portanto, apenas 22,5 apresentaram estatura inferior ao normal e, esses se distribuem de forma irregular em todas as idades, isto é dos 6 aos 13 anos. Quanto aos normais também se distribuem irregularmente por todas as idades não havendo, entretanto, percentual inferior a 50,0% (Tabela III).

TABELA III

Idade e estatura de 40 escolares da Escola Dr. Eduardo Mamede — Salvador — Bahia 1969

Idade (anos)	Estatura					
	Normal		Inferior		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
6	14	87,5	2	12,5	16	100
7	12	80,0	3	20,0	15	100
8	1	50,0	1	50,0	2	100
9	1	100,0	—	—	1	100
10	2	66,7	1	33,3	3	100
11	—	—	1	100,0	1	100
13	1	50,0	1	50,0	2	100
TOTAL	31	77,5	9	22,5	40	100

Fonte: Levantamento de campo

TABELA IV

Teste tuberculínico aplicado em 63 escolares do 1.º ano primário da Escola Dr. Eduardo Mamede — Salvador — Bahia — 1969

Teste tuberculínico	N.º	%
Não Reator	50	79,4
Reator Fraco	4	6,3
Reator Forte	9	14,3
- TOTAL	63	100,0

Fonte: Levantamento de campo

Os escolares submetidos a teste tuberculínico apresentaram baixo grau de resistência à infecção tuberculosa: apenas 6,3% foram classificados como reatores fracos, 14,3% reatores fortes e 79,4% não reatores foi aplicada a vacina BCG, dos 9 que foram classificados como "reator forte" 7 realizaram abreugrafia, todas resultado normal.

O anatox tetânico foi aplicado em 87,7% dos escolares incluídos na experiência.

Das crianças atendidas no Centro de Orientação Infante Juvenil para observação e acompanhamento psicológico, 77,1% apresentaram idade mental abaixo da idade cronológica. Segundo revelaram os testes psicológicos, foi notória a presença de problemas emocionais. Encontram-se crianças no primeiro ano primário que não conhecem as cores, não sabem identificar a mão destra e cadestra e, ainda apresentam defeitos foniatrícos. Abaixo, apresenta-se incidência dos problemas emocionais ou os sintomas dos quais são causa:

TABELA V

Sinais de comportamento desviado de 35 crianças do 1.º ano primário da Escola Dr. Eduardo Mamede — Salvador — Bahia — 1969

Sinais	Freq.	%
Enurese	14	17,9
Agressividade	8	10,3
Excitação	10	12,8
Insônia	2	2,6
Inapetência	6	7,7
Onicofagia	2	2,6
Timidez	8	10,3
Ciúme	2	2,6
Desatenção	5	6,4
Desartria	4	5,1
Sem sintomas	17	21,7
TOTAL	78	100,0

Fonte: Levantamento de campo

Os sinais de distúrbios de comportamento estão enquadrados na idade do grupo estudado. Entretanto, alguns escolares os tinham em grau bastante elevado, sendo necessário acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Como mostra a tabela acima, enurese, excitação agressividade e timidez são os que aparecem com maior frequência.

A fim de oferecer uma recuperação adequada às crianças com problemas psicológicos acentuados, que estavam afetando a aprendizagem, foi criada uma "classe especial", e treinada uma professora da própria escola, que no ano seguinte assumiu o manejo dessa classe, composta de vinte e dois alunos. Concomitantemente uma foniatra orientava as crianças com problemas de dislalia e dislexia.

TABELA VI

Índice de verminose dos alunos do 1.º ano da Escola
Dr. Eduardo Mamede — Salvador — Bahia — 1969

Espécies	Freq.	%
<i>Áscaris lumbricóides</i>	16	25,4
<i>Trichiúrus trichiura</i>	27	42,8
<i>Ancylostomo duodenales</i>	3	4,8
<i>Endoameba coli</i>	4	6,3
<i>Enterobius vermiculares</i>	2	3,2
<i>Giardia lamblia</i>	1	1,6
Negativo	1	12,7
<i>Esquistossomose Mansoni</i>	2	3,2
TOTAL	63	100,0

Fonte: Levantamento de campo

Observa-se que a frequência de crianças portadoras de verminose é grande, com uma maior incidência das espécies *Trichiurus trichiura*, — 42,8% — *Áscaris lumbricóides*, 24,4%. Observa-se, ainda, 6,3% portadores de *Endoameba coli*; 4,8% de *Ancylostomo duodenalis* e 3,2% de *Esquistossomose mansoni*...

Após o término dos exames acima referidos os escolares foram encaminhados para o médico e dentista, para exames.

IV — PREPARO DE ALGUNS MEMBROS DA EQUIPE

O treinamento abrangeu professores e a orientação se fez junto aos auxiliares da Escola, pais e comunidade.

OBJETIVOS

Para o professor: torná-lo consciente da importância da integração educação em saúde escolar para o perfeito desenvolvimento bio-psico-social do escolar, contribuindo para um maior rendimento escolar.

Desenvolver a compreensão do valor da efetiva participação do professor no desenvolvimento do programa considerando o seu papel na formação do escolar.

Para o cantineiro e servente: conduzi-los à compreensão da importância da sua participação no desenvolvimento do programa de educação de saúde escolar, considerando que as atividades por eles desenvolvidas estão diretamente relacionadas à saúde.

Para os pais: — torná-los consciente da importância do programa de educação em saúde escolar e da necessidade de sua colaboração em proporcionar à criança um ambiente familiar que possibilite a aplicação dos conhecimentos adquiridos na escola.

Para a Comunidade: — despertar a Comunidade para os seus problemas de saúde a fim de que esta se organize e trabalhe para encontrar a solução dos mesmos.

V — CONCLUSÃO

Do exposto anteriormente, ficou evidente que o baixo grau de aprendizagem, a evasão escolar e o absenteísmo são resultados de um conjunto de fatores entre os quais a organização e o ambiente escolar atuam como elementos intervenientes, mas não determinantes, fato que se evidencia na medida em que a saúde escolar, imprescindível ao seu aprendizado, não é apenas relegada a plano secundário, como afastada das preocupações pedagógicas.

Entende-se que a aprendizagem é função de sanidade no seu sentido completo, impõem-se medidas preventivas de combate à causa. Portanto, só uma educação integrada pode oferecer subsídios efetivos tendo em vista sua função reorientadora dos costumes e valores, em fim do comportamento, como forma padronizada de *pensar, sentir e agir*.

A sistemática de atuação no campo da educação em saúde escolar supõe, necessariamente, a integração das Secretarias de Educação e Cultura e Saúde Pública a fim de que sejam utilizadas, produtivamente, os recursos humanos e materiais, com a finalidade de realizar um trabalho de base em 3 (três) níveis complementares nível do *educando*, da *escola* e da *comunidade*.

Na área específica da Secretaria de Educação e Cultura, urge introduzir a disciplina Educação e Saúde no currículo dos cursos Pedagógico e Primário, transformando-a em disciplina institucionalizada para que a saúde integre o processo educativo, auxiliando na formação de hábitos e atitudes a ela favoráveis.

É indispensável a participação da Comunidade para o êxito deste programa.

BIBLIOGRAFIA

- ALCANTARA, G. — Educação sanitária do escolar. Rev. Bras. 8 (2): 85-93, 1965.
- BARRETO, J. B. — "Higiene pré-escolar e escolar, higiene mental". In: Tratado de higiene. Rio, Imprensa Nacional, 1942. pp. 537-580.
- BERG, E. E. e BERG, M. P. — The teacher's and the nurse's roles in school health. Nurs. Outlook 10: 190-192, Mar. 62.
- BOYD, M. F. — "Hygiene of child-hood". In: Preventive Medicine. Seventh editoin. Philadelphia, W. B. Saunders, 1950. pp. 480-497.
- CARVALHO, G. C. — O professor primário na difusão da educação Sanitária do meio escolar. Rev. Paul. Hosp. 9: 21-22, abr. 61.
- CASTRO, P. C. — Atividades de Higiene escolar numa Unidade Sanitária. Rev. Paul. Hosp. 5: 13-18, Maio 57.
- EHLERS, V. M. e STEEL, E. W. — "Higiene escolar". In: Saneamento urbano e rural. — Rio, Imprensa Nacional. 1948. pp. 333-339.
- ENFERMAGEM nos serviços de saúde escolar. Rev. Bras. Enf. 16: 57-58, abr. 63.
- FREEMAN, R. B. — "La enfermaria de salud en las escuelas". In: Enfermeria en Salud publica. Mexico. La Prensa Medica Mexicana, c 1957, pp. 81-94, 401-417.
- GARCIA DE YAZIGI, V. et alii — Adiestramiento de profesores en educacion para la salud. Bol. Of. Sanit-Panam. 49: 315-323, Oct. 60.
- GIRGIS, S. — El maestro como educador en higiene mental. Bol. Of. Sanit. Panam. 39: 332-383. Oct. 60.
- GROUT, R. E. — Health teaching in schols. Third edition. Philadelphia, Saunders, c 1958. 359 p. ilus.
- LANOIX, J. N. — La preparación del maestro para la educación sanitária — alguns aspectos de la higiene ambiental. Bol. Of. Sanit-Panam. 49: 324-328, Oct. 60.
- MUSTARD, H. S. — "Higiene e saneamento na escola". In: Prática Sanitária rural. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1947. pp. 474-484.

- MUSTARD, H. S. — "Serviço de higiene escolar". In: Prática sanitária rural. Rio, Imprensa Nacional, 1947. pp. 168-206.
- MUSTARD, H. S. & STERBBINS, E. L. — "Servicio de salud escolar". In: Introducción a la Salud Pública. Mexico, La Prensa Medica Mexicana, c 1965. pp. 244-267.
- ROSENAU, M. J. — "School sanitation and child hygiene". In: Preventive Medicine and hygiene. Sixth edition. New York, Appleton-century, c 1940. pp. 1347-1378.
- SÁ, C. — "A educação da saúde e a escola". In: Higiene e educação da Saúde. 5.ª edição. Rio, s. c. p., 1957. pp. 320-329.
- SMILEY, D. F. & GOULD, A. C. — "When Your child enters school". In: Your Health. New York, Macmillan, 1953. pp. 462-478.
- SMILLIE, W. — "Higiene escolar". In: Administração sanitária nos Estados Unidos. Rio, Sociedade Brasileira de Higiene, 1949. pp. 309-320.