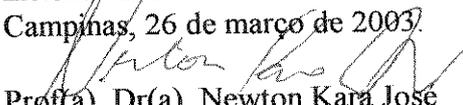


HELOISA HELENA ABIL RUSS

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Oftalmologia do(a) aluno(a) **Heloísa Helena Abil Russ**.

Campinas, 26 de março de 2003.


Prof(a). Dr(a). Newton Kara Jose
Orientador(a)

***PERCEPÇÃO DE PROFESSORES E PESSOAL DE ENSINO
SOBRE A CAMPANHA OLHO NO OLHO EM ESCOLAS DE
ENSINO FUNDAMENTAL***

CAMPINAS

2003

HELOISA HELENA ABIL RUSS

**PERCEPÇÃO DE PROFESSORES E PESSOAL DE ENSINO
SOBRE A CAMPANHA OLHO NO OLHO EM ESCOLAS DE
ENSINO FUNDAMENTAL**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre
em Ciências Médicas, área de Oftalmologia.*

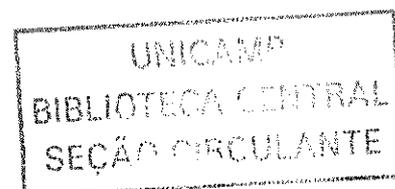
Orientador: Prof. Dr. Newton Kara-José

Co-Orientadora: Prof. Dra. Edmea Rita Temporini Nastari

CAMPINAS

2003

ii



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

R91p

Russ, Heloisa Helena Abil

Percepção de professores e pessoal de ensino sobre a campanha olho no olho em escolas de ensino fundamental. / Heloisa Helena Abil Russ. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Newton Kara-José , Edmea Rita Temporini Nastari
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde escolar. 2. Educadores. 3. Ensino fundamental. I.
Newton Kara-José. II. Edmea Rita Temporini Nastari. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	R91p
V	EX
TOMBO BCI	55646
PROC.	16-12-7103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	12/09/03
Nº CPD	

CM00187056-3

lib id 299969

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Newton Kara-José

Membros:

1. Newton Kara-José

2. Carlos Eduardo Leite Arieta

3. Marcos Wilson Sampaio

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26 de março de 2003

10030998

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Amin e Regina, ao meu irmão, Neto, ao Helcio, meu noivo.

Meus amores e pontos de equilíbrio.

Ao Professor Dr. Newton Kara- José, por todos os ensinamentos recebidos, tanto na área profissional quanto pelas lições de vida; pela confiança em mim depositada, expresse minha grande admiração pelo líder, profissional competente, filósofo e, indubitavelmente, um grande mestre.

A Professora Dra. Edmea Rita Temporini-Nastari, pelo carinho e atenção dispensados, cuja dedicação se faz presente em toda a extensão do meu trabalho, lições que ousei levar para toda a vida.

À Rejeane Karam, da Secretaria Municipal de Educação de Curitiba-PR, Setor de Educação Especial, e ao Secretário Municipal da Educação Sr. Paulo Schmidt, pela competência e colaboração eficiente na coleta de dados, fundamental para realização dessa tese.

À Ângela da Mata Silveira, pelo apoio e interesse que sobrepujam sua tarefa de estatística, agradeço as sugestões.

À Ana Rita de Oliveira Gonçalves, pelo auxílio e atenção exemplar em todas as etapas da jornada.

Aos amigos Priscila Novaes e Regis Delfini, pela amizade e dedicação em todas as horas, desde os tempos de residência, minhas palavras não traduzem a gratidão que tenho por vocês.

Ao meu irmão Amin Neto, pelas críticas e sugestões muito eloqüentes, apesar de sua pouca idade.

Aos meus pais, Amin e Regina, por todo o esforço e dedicação em todos esses anos, pelos exemplos de vida, agradeço por ser sua filha e ofereço a vocês essa conquista, a maior titulação que possuo até agora, sem vocês não teria conseguido.

Ao Hércio Giacometti, meu noivo, pelo apoio incondicional, pelas críticas sempre construtivas, pela compreensão nos momentos em que fui ausente em nome do sonhado título de Mestre, pela incomensurável dedicação. O mérito também é seu.

*“Nadie puede cuidar la salud de otro,
si este no quiere hacerlo por si mismo”.*

Briceno-Leon,R

	PÁG.
RESUMO	<i>xii</i>
ABSTRACT	<i>xv</i>
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	26
3. MATERIAIS E MÉTODOS	28
3.1. Tipo de Pesquisa	29
3.2. População	29
3.2.1. Pessoal de Ensino	29
3.2.2. Professores Regentes	29
3.2.3. Escolas	29
3.3. Variáveis	29
3.3.1. Características de professores	29
3.3.2. Características de pessoal de ensino	31
3.4. Instrumentos	31
3.4.1. Estudo exploratório	32
3.4.2. Elaboração do questionário	32
3.4.3. Teste prévio	32

3.4.4. Questionário definitivo	33
3.5. Execução	33
3.6. Procedimentos para análise dos dados	34
3.6.1. Análise estatística	34
3.6.2. Valor Escalar Médio	34
4. RESULTADOS	35
5. DISCUSSÃO	55
6. CONCLUSÕES	73
7. SUGESTÕES	75
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
9. ANEXOS	85
Anexo I – questionário (teste prévio)	86
Anexo II – carta introdutória	90
Anexo III – questionário nº 1 (professores regentes)	91
Anexo IV – questionário nº 2 (demais profissionais)	95
Anexo V – lista de abreviaturas	99

		PÁG.
Tabela 1.	Função exercida na escola. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	36
Tabela 2.	Carga horária semanal. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	37
Tabela 3.	Tempo de exercício profissional. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	37
Tabela 4.	Satisfação em relação à atividade exercida. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	38
Tabela 5.	Opinião sobre o treinamento referente às atividades da Campanha "Olho no Olho". Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR - 2000	39
Tabela 6.	Opinião sobre treinamento recebido referente à Campanha "Olho no Olho". Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	40
Tabela 7.	Atividades aprendidas antes e durante o treinamento da Campanha "Olho no Olho". Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	41
Tabela 8.	Necessidade de explicações adicionais. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	42
Tabela 9.	Período letivo ideal para realização da triagem visual. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	42

Tabela 10.	Opinião sobre a importância da Campanha "Olho no Olho" realizada na escola. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	43
Tabela 11.	Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares	43
Tabela 12.	Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação à carga horária semanal	44
Tabela 13.	Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação ao tempo de exercício profissional (agrupamento por 10 anos)	45
Tabela 14.	Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação ao tempo de exercício profissional (agrupamento por 20 anos)	46
Tabela 15.	Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação ao grau de satisfação	47
Tabela 16.	Conhecimento a respeito do atendimento dos alunos triados na Campanha "Olho no Olho". Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	48
Tabela 17.	Conhecimento a respeito do atendimento dos alunos	48
Tabela 18.	Conhecimento a respeito da entrega dos óculos aos alunos. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	49
Tabela 19.	Conhecimento a respeito da entrega dos óculos aos alunos	49

Tabela 20.	Dificuldades apontadas para a realização do exame oftalmológico das crianças. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000. (respostas associadas)	50
Tabela 21.	Opinião sobre participação dos pais nas atividades da Campanha "Olho no Olho". Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	51
Tabela 22.	Dificuldades apontadas pelos pais justificando o não comparecimento à consulta agendada. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR - 2000. (respostas múltiplas)	51
Tabela 23.	Avaliação da participação do pessoal da escola nas atividades da Campanha "Olho no Olho" profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	52
Tabela 24.	Opinião sobre a conduta do professor em relação ao aluno que usa óculos. Professores regentes atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR - 2000. (respostas múltiplas)	52
Tabela 25.	Observação de mudança no desempenho escolar dos alunos que passaram a usar óculos após a Campanha "Olho no Olho". Professores regentes atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000	53
Tabela 26.	Observação de mudança no desempenho escolar dos alunos que passaram a usar óculos	53
Tabela 27.	Sugestões para melhorar as próximas campanhas. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR - 2000. (respostas associadas)	54



RESUMO

A cegueira é a mais onerosa forma de invalidez, existindo 45 milhões de cegos no mundo e 135 milhões de pessoas com baixa visão e risco acentuado de se tornarem cegas, sendo que dois terços dos casos seriam potencialmente evitáveis ou curáveis nos países em desenvolvimento. A dificuldade visual na infância torna-se particularmente importante devido à influência da visão na formação psico-social do indivíduo e no aprendizado. Com base nesse fato, em 1998 criou-se no Brasil o Programa Nacional de Reabilitação Visual – Campanha Veja Bem Brasil / Olho no Olho, destinado à triagem de crianças da primeira série de ensino fundamental por professores. Pode-se inferir benefícios decorrentes dos resultados da Campanha, que vem sendo analisados, bem como a qualidade do treinamento oferecido aos profissionais envolvidos no processo de triagem, fator que suscitou a realização desse estudo. Os objetivos do estudo são identificar conhecimentos do pessoal de ensino anteriores ao treinamento fornecido pelo programa; percepção referente à qualidade do treinamento ; e aos benefícios do programa. Foi realizado estudo analítico e transversal, mediante aplicação de questionário estruturado aos participantes do treinamento oferecido pela referida Campanha na cidade de Curitiba-Pr, em 2000. Responderam ao questionário 89,0% dos participantes, sendo que apenas 13% eram professores regentes de classe. A satisfação profissional era elevada (100% dos professores e 96,8% dos demais profissionais)..Entre os professores regentes, o tempo médio de magistério foi 20,54 anos, predominando carga horária semanal de 40 horas (64,3%). O treinamento global foi considerado “bom/ótimo” por 85,9% dos respondentes, com necessidade de explicações adicionais (59,3%); 87,3% opinaram que a triagem deve ser realizada no 1º trimestre e 96,4% consideraram-na muito importante. O professor foi considerado responsável pela triagem por apenas 1,0%. Questionando-se sobre qual o profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual, não houve diferença estatisticamente significativa comparando-se professores e demais profissionais considerando-se carga horária, tempo de magistério e satisfação profissional. Relataram que 83,8% dos óculos foram entregues e houve melhora do rendimento escolar em 85,7%. As dificuldades para realização da Campanha citadas pelos pais foram: desconhecimento da baixa da acuidade da visão do filho (50%) e dificuldades financeiras (44,2%). Dentre as sugestões para melhoria da campanha foram citadas: aplicação por profissional da saúde, antecipação e ampliação do tempo das atividades da campanha. Conclui-se que os

profissionais tinham conhecimento satisfatório sobre triagem visual, consideravam-na muito importante mas não se achavam responsáveis por ela; o treinamento oferecido pela Campanha foi considerado adequado e reconhecida a melhora do rendimento escolar em decorrência do atendimento oftalmológico. Sugere-se criar formas de incentivo e valorização do professor para que ele, profissional capacitado para medir acuidade visual, sintasse estimulado a realizar a triagem visual de seus alunos.



ABSTRACT

The effects of visual screening at elementary school – educators perceptions.

Blindness is one of most serious handicap , there is 45 millions of blinds and 135 millions with impaired vision with great risk of becoming blind, and 2/3 of these are potentially preventable in developing countries. Visual disability in children could impair psico-social development and learn ability. .In order to prevent blindness, in Brazil a National Program of Visual Rehabilitation-“ Campanha Olho no Olho / Veja Bem Brasil” was created, to perform visual screening in children of elementary school by educators. The objectives were identify acquired knowledge of educators before the training of visual screening; quality of training and benefits of program. A descriptive and analytical study, transversal, was performed through application of structural questionnaires to participants of training in Curitiba-Pr, Brazil, 2000. 89,0% of all participants answered the questionnaire, but only 13% were teachers. The rate of professional satisfaction was high (100% of teachers and 96,8% of others). Between the teachers, the mean time of professional exercise were 20,54 years, with a weekly working time of 40 hours (64,3%). Training was considered “good” by 85,9%of participants. Additional information was required by 59,3%. 87,3% said the screening must be performed during the first 3 months of year and 96,4% said it is very important. Only 1,0% of applicants think the teacher is responsible for the screening: There were no statistically difference between teachers and others professionals related to weekly working time, professional exercise and satisfaction.83,3% of spectacles were distributed and 85,7% of children had scholar improvement. Parents related some difficulties: absence of knowledge of children visual impairment (50%) and economic difficulties (44,2%). Suggestions from the educators: screening performed by health professional, and extension of activities of screening. People from research had enough knowledge about visual screening, but they doesn't feel responsible by it, even considering it very important. The training was satisfactory and scholar benefits were clear. It's necessary find ways of encourage teachers to perform visual screening, once they are the most qualified professional to do it.



1. INTRODUÇÃO

A cegueira é a mais onerosa de todas as formas de invalidez (KARA-JOSÉ & CARVALHO, 1984). Segundo dados de Organização Mundial da Saúde (OMS), no mundo existem cerca de 45 milhões de pessoas cegas e 135 milhões apresentam baixa visão e risco acentuado de se tornarem cegas (dois terços dos casos seriam potencialmente evitáveis ou curáveis). Esta situação é mais crucial nos países em desenvolvimento, onde a prevalência de deficiência visual grave é 10 a 40 vezes maior e onde se localizam 80% dos casos de cegueira (THYLEFORS et al, 1995).

A cegueira na infância torna-se particularmente importante pelo elevado índice de incidência nos países em desenvolvimento como o Brasil e pelo potencial encargo sócio-econômico que representa (KARA-JOSÉ & ALMEIDA, 1980; TEMPORINI, 1982). Burns afirma que “A sociedade paga um preço muito alto pelo cuidado inadequado da visão. As conseqüências da visão deficiente, não tratada, afetam o comportamento social, causam acidentes de trabalho e roubam a confiança e independência dos mais velhos” (BURNS, 1973). Há uma redução da produtividade da força de trabalho e um custo elevado com programas de reabilitação visual, além de limitações da independência e da capacidade de produção, situações que têm como conseqüência a perda de auto-estima e confiança, refletindo-se numa barreira à participação efetiva na sociedade, já que afeta a qualidade de vida e, mais tardiamente, reduz a expectativa de vida dessa população. (TEMPORINI, 1992)

Estima-se que 85% do processo ensino-aprendizagem dependa da visão, e que a formação psico-social do ser humano pode ser igualmente influenciada pela negligência do diagnóstico e tratamento de distúrbios visuais (BURNS, 1973). Grande parte das crianças desconhece a própria dificuldade visual até entrar na escola (ARMOND & TEMPORINI, 2000).

Cerca de 20% a 25% das crianças em idade escolar apresentam algum tipo de problema ocular, como erros refracionais (miopia, astigmatismo e hipermetropia), ambliopia e estrabismo (BURNS, 1973; MICHAELS, 1981; ALVES & KARÁ-JOSÉ, 2000).

A ambliopia é a terceira maior causa de cegueira unilateral, com prevalência de 1% a 4% (LIMBURG et al, 1995). Atualmente, descreve-se que a ambliopia é a principal causa da baixa visual unilateral em adultos, sobrepujando a retinopatia diabética, glaucoma, degeneração macular senil e catarata. Ambliopia é a redução da acuidade visual em um olho potencialmente sadio e, em certos casos, é reversível com tratamento. Instala-se no período de maturação visual, também denominado plasticidade ocular, que se estende desde o nascimento até cerca de 8 anos de idade. Qualquer fator que altere e/ou interrompa o curso desse processo natural resultará, se não detectado a tempo, num desenvolvimento incompleto da acuidade visual. Esse olho sem doença ocular e que, a princípio, teria visão plena, passa a ser denominado ambliope (NEWMAN et al, 1996). Dentre os fatores ambliogênicos citam-se o estrabismo, privação visual, erros refracionais e, especialmente, anisometropia (LIMBURG et al, 1995;NEWMAN et al, 1996; VITAL – DURAND & AYZAC, 1996; GASPARETTO, 1997).

Não obstante, é descrito que indivíduos ambliopes tem o olho saudável mais suscetível a lesões decorrentes de trauma (LIMBURG et al, 1995; PRESLAN & NOVAK, 1996), e são incapacitados para funções que necessitam de visão binocular (estereopsia).

No Brasil, por estimativa, a prevalência de ambliopia em crianças de 4 a 6 anos de idade é 2,8%, segundo estudo realizado por Kara-José e colaboradores na Universidade Estadual de Campinas, tendo como causa principal os erros refracionais não corrigidos (KARA-JOSÉ & ALMEIDA, 1980). Tomando por base essa percentagem, estima-se que no Brasil existam cerca de 4,5 milhões de indivíduos com deficiência visual potencialmente curável.

Para a OMS, a acuidade visual é o indicador mais sensível da função visual, sendo a sua medida um teste simples, confiável, de baixo custo, alta sensibilidade e especificidade (SIMONS, 1996; SEDDON & FONG, 1999), e não requer treinamento prolongado dos examinadores (THYLEFORS et al, 1995). Utiliza-se o teste de Snellen por seu baixo custo (uso de materiais simples) e alto índice de compreensão pelas crianças (facilidade de obter cooperação do paciente) (BRIK,1971 e WHO,1979).

Estudos na Dinamarca comparam a prevalência de ambliopia em adultos que foram escolares no período precedente à realização da triagem visual com as do período atual, de exame oftalmológico obrigatório no ato da matrícula, havendo redução desse índice de 2,9% para 1% (NEWMAN et al, 1996). O resultado é ainda melhor se realizada a triagem no período pré-escolar (4 a 6 anos), no qual a resposta ao tratamento da ambliopia (óculos e/ou oclusão) é mais efetiva (SIMONS, 1996). Esses estudos demonstraram uma sensibilidade em torno de 95% e especificidade de 98%, valor preditivo positivo de 85% e valor preditivo negativo de 99%.

O “Baltimore Vision Screening Project” (PRESLAND & NOVAK, 1996 e 1998) relata que cerca de dois terços das crianças examinadas não aderiram ao tratamento proposto (óculos e/ou oclusão), apesar dos óculos gratuitos fornecidos pelo projeto. Os pais ou responsáveis, ou desconheciam o resultado do exame, ou não entendiam a importância do tratamento proposto, já que os erros refracionais e até a ambliopia nem sempre são evidentes (WASSERMAN & CROFT, 1992).

Constatou-se que a realização de consulta oftalmológica e fornecimento de óculos não foi suficiente para a efetivação do tratamento.

Entre os preceitos propostos por Briceño – Leon, defensor da teoria construtivista, merece destaque o que afirma não haver um indivíduo que sabe e outro que não sabe, mas sim dois que sabem coisas distintas. Educação não é apenas o que é ensinado na escola ou em programas educativos, mas a totalidade de uma ação sanitária; educação é um processo de conhecimento, de formação política, de manifestação ética.

Os seres humanos não são determinados, fechados em seus limites, mas “programados para aprender”. É um ser histórico-social, tendo o seu conhecimento baseado tanto no que herda quanto no que adquire durante a vida (FREIRE, 2001)

Esses preceitos também contrariam a teoria do “empty vessel” ou “copo vazio”, porque não há mais uma lacuna a ser preenchida e sim um conteúdo a transformar. Educar é fomentar responsabilidade individual e cooperação coletiva na comunidade-alvo (BRICEÑO-LEÓN,1996).

É relevante conhecer crenças, hábitos, pensamentos e circunstâncias internas de uma população para o planejamento da ação sanitária eficiente. Tratando-se de visão, deve-se descobrir a importância que lhe é dada pelos indivíduos para depois estimular-lhes os cuidados (TEMPORINI,1995).

A triagem visual de escolares, segundo o modelo de Leavell & Clarck, é medida de prevenção secundária, para diagnóstico precoce e atendimento imediato do distúrbio, buscando limitação dos processos de invalidez. (LEAVELL & CLARCK,1976)

A oftalmologia sanitária previne e/ou atenua doenças oftalmológicas, suas complicações e conseqüências, promove condições para preservar visão normal e recuperar da saúde ocular através de medidas coletivas, motivando a população (GALOTTI,1971).

De acordo com os princípios gerais de triagem ou “screening”, a detecção precoce de distúrbios visuais na infância é viável, constitui problema de saúde pública, tem diagnóstico confiável e o tratamento efetivo é possível na maioria dos casos (SIMONS K, 1996). Programas efetivos de detecção precoce de distúrbios visuais são incomparavelmente menos dispendiosos do que o ônus público que representa a cegueira (BURNS, 1973; LIMBURG, 1995).

O início da prevenção à cegueira no Brasil aconteceu com a fundação das primeiras escolas de medicina em 1822,seguido da criação do Instituto Imperial dos Meninos Cegos em 1854. Em 1905 iniciaram-se trabalhos contra o tracoma no Rio Grande do Sul, e finalmente houve a criação do Comitê Nacional de Prevenção à cegueira em 1931 (KARA-JOSÉ,1987).

Na década de 70, foi criado o Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar (POSE), que realizava triagem visual nos alunos de escolas públicas com posterior encaminhamento a serviços oftalmológicos. Esse programa se estendeu de 1973 a 1976, quando então foi extinto devido a mudança de cunho político. O bom resultado do programa foi evidente (KARA-JOSÉ, FERRARINI & TEMPORINI,1977).

Em 1986 foi criado o Núcleo de Prevenção da Cegueira da UNICAMP, formado por oftalmologistas, educadores, alunos da graduação e outros profissionais de saúde. Os objetivos do grupo são: informar população sobre principais patologias oculares, fornecer noções básicas de acidentes oculares, orientação de professores, pais e alunos em escolas, realização de campanhas periódicas de detecção de problemas visuais na população e cursos de formação de agentes de saúde ocular (KARA-JOSÉ N, PEREIRA VL & MELO HFR, 1987).

Mais recentemente na década de 90 houve a criação da Campanha Nacional de Reabilitação Visual- Projeto Olho no Olho/Veja Bem Brasil em 1998, concretizando uma parceria entre o Conselho Brasileiro de Oftalmologia e o Ministério da Educação/FNDE, instituindo a triagem de todas as crianças da primeira série de ensino fundamental em cidades com população superior a 40 mil habitantes. No ano de 1999, a campanha atendeu 2 milhões e 280 mil crianças, fornecendo 256.815 óculos. No ano de 2000, fez 450.000 consultas e forneceu 300.000 óculos (ALVES MR & KARA-JOSÉ, 2001)

Em campanha anterior, detectou-se que 87,65% dos ambliopes eram portadores de ambliopia funcional e não orgânica (KARA-JOSÉ & CARVALHO, 1984), passível de tratamento com correção óptica, e desses apenas 19,9% tinham se submetido à avaliação prévia.

A concordância entre a triagem realizada por professor e médico varia de 54,6% a 80,9% (BURNS, 1973; TEMPORINI, MACCHIAVERNI & KARA-JOSÉ, 1979; KARA-JOSÉ, FERRARINI & TAIAR, 1997), salientando que treinamento de agentes de saúde para realização da triagem e encaminhamento deve ser periódico para incremento cada vez maior dos resultados (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980). Mais recentemente, ALVES, TEMPORINI & KARA-JOSÉ (2000), relataram que o professor percebeu a dificuldade visual do escolar em 70,6% dos casos. O contato diário e prolongado com o aluno faz do professor o mais efetivo agente para detecção precoce e posterior encaminhamento e controle dos casos selecionados, já que os distúrbios se manifestam por meio de sinais e comportamentos observáveis por pessoas devidamente preparadas (TEMPORINI, 1988). A triagem realizada por um professor devidamente treinado mostra-se altamente válida.

A eficácia da triagem visual depende do índice de comparecimento, que tem variado de 57% a 95% (KARA-JOSÉ & CARVALHO, 1984; INGRAM et al, 1986). A presença de uma alteração não visível como a ambliopia não causa alerta nos pais nem estimula o seu tratamento (NEWMAN & EAST, 2000). Nos Estados Unidos, alguns estados, como o de Michigan, tem como obrigatória desde 1968 a realização da triagem visual no ato da matrícula escolar (HENDERSON,1969).

Em países em desenvolvimento, programas preventivos nem sempre são prioritários, provavelmente por limitações de recursos na área de saúde destinados a múltiplos atendimentos (TEMPORINI & KARA-JOSÉ,1995).

O período ideal para realização do tratamento da ambliopia, VAN NOORDEN cita que é menos efetivo em grupos etários mais avançados, e a triagem deveria ocorrer na idade pré-escolar. Alguns autores advogam os benefícios desse tipo de triagem a despeito das dificuldades de acesso às crianças e de um meio efetivo de detecção da deficiência visual, havendo necessidade da aplicação associada de muitos testes, o que encarece os programas. (KARA-JOSÉ & CARVALHO, 1984; NEWMAN & MCCARTHY, 1996; SEDDON & FONG, 1999). Esses entraves são mais salientes em países em desenvolvimento onde poucas freqüentam a pré-escola e o custo de um programa como esse inviabilizaria sua execução. O real benefício da triagem pré-escolar é desconhecido pela inexistência de estudos controlados comparados à triagem na idade escolar, sem contar a dificuldade para aferir a acuidade visual necessitando de exames mais complexos e dispendiosos para que haja uma maior confiabilidade corroborando com aumento dos custos (TEMPORINI, 1982; INGRAM & WALKER, 1986). Ainda:- a ambliopia nessa faixa etária é geralmente anisométrica leve e moderada, apresentando-se responsiva ao tratamento instituído até os 8 anos com a correção óptica adequada (WILLIAMSON, ANDREWS & DUTTON, 1995).

O PCVS (Preschool Children's Vision Screening), estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos, demonstrou em seus resultados preliminares que a triagem em 45 dos 50 estados americanos não é obrigatória, concluindo que a legislação é falha e que grande parte das crianças não tem acesso ao processo de triagem (NEWMAN DK, HITCHCOCK A & McARTHY, 1996).

Ações verticais podem ter maior eficácia e imediatez, porém a permanência destas ações no tempo é frágil (BRICEÑO-LEON R, 1996).

Mesmo existindo leis nacionais que visam promoção, prevenção e tratamento de todos por ser como um direito do cidadão, o atendimento primário ainda é bastante precário, fazendo com que muitas comunidades carentes e distantes só recebam atendimento médico quando campanhas de triagem são realizadas. Inclusive nas cidades mais desenvolvidas, o atendimento primário na rede pública, estadual ou municipal, encontra-se com maior demanda do que é capaz de atender, não atingindo os objetivos de saúde pública que seriam investigar, prevenir, promover e organizar o atendimento médico e a reabilitação dos que procuram e dependem desses serviços (GARRIDO,2000).

A Organização Mundial da Saúde, em parceria com órgãos governamentais e não-governamentais, instituiu o projeto VISÃO 2020, em reunião em Genebra no ano de 1999 (RESNIKOFF & PARARAJASEGARAM, 2001), que inclui três componentes principais: controle de doenças específicas, recursos para desenvolvimento humano, e infra-estrutura e apropriado desenvolvimento de tecnologia. Nos primeiros cinco anos, o controle de doenças estará focado no tracoma, oncocercose, catarata, erros refracionais não corrigidos e visão subnormal.

No Brasil, a triagem visual vem sendo realizada pelos professores das escolas públicas e em alunos da primeira série de ensino fundamental desde 1998. Houve diminuição dos índices de repetência e evasão escolar, considerando-se a instrumentalização adequada do professor um fator essencial (ALVES & KARA-JOSÉ, 2000).

A escola deve participar de ações promotoras de saúde ocular, identificando e encaminhando os alunos com dificuldades visuais ao especialista. Deve haver capacitação profissional do professor para que haja detecção de problemas visuais. Para isso, é necessário instrumentalização adequada e contínua, aumentando a eficácia do programa (TEMPORINI, 1982, 1984, 1988, 1990).

O bom desempenho do aluno depende em grande parte de ações preventivas para detecção e atendimento de possíveis desvios de saúde, ignorados muitas vezes pela criança e pela família. A escola, nesse caso, ocupa uma posição estratégica e deve compartilhar a responsabilidade pela saúde do escolar, promovendo o seu bem-estar e melhores condições para sua aprendizagem, já que as ações preventivas em saúde ocular que deveriam ser de responsabilidade da família, são, em geral, inexistentes (TEMPORINI, 1992).

O contato diário e prolongado favorece a observação do estado de saúde e o desempenho visual e intelectual dos escolares pelo professor, mas esse profissional nem sempre dispõe de conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas no campo da saúde ocular (TEMPORINI, 1988).

Pode-se inferir que há benefícios decorrentes dos resultados da campanha, porém esses não foram analisados. A avaliação da qualidade do treinamento destinado ao professor igualmente não foi avaliada, o que suscitou a realização da pesquisa.



2. OBJETIVOS

Em relação ao Programa Nacional de Reabilitação Visual “Veja bem Brasil”/ Campanha Olho no Olho:

1. Identificar conhecimentos do pessoal de ensino adquiridos previamente ao treinamento em relação aos critérios de encaminhamento e identificação de dificuldades visuais de escolares na triagem.

2. Identificar a percepção do pessoal de ensino em relação à qualidade do treinamento.

3. Identificar percepção de professores em relação aos benefícios no rendimento escolar de alunos e adesão à campanha por pais e alunos.



3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. TIPO DE PESQUISA:

Estudo analítico transversal, realizado nas escolas da rede municipal da cidade de Curitiba-Paraná.

3.2. POPULAÇÃO:

- 3.2.1. Profissionais atuantes na rede de ensino da Prefeitura Municipal de Curitiba-PR que participaram do treinamento ministrado pela Secretaria de Educação no ano de 2000 e que realizaram o teste de acuidade visual nos alunos da primeira série de ensino fundamental.
- 3.2.2. Professores regentes de classe da rede municipal de ensino da cidade de Curitiba que participaram do treinamento ministrado pela Secretaria de Educação no ano de 2000 e que realizaram o teste de acuidade visual nos alunos da primeira série de ensino fundamental.
- 3.2.3. Escolas públicas municipais, selecionadas a partir dos profissionais que participaram do treinamento promovido pela Secretaria Municipal de Educação no ano de 2000, num total de 127 escolas.

3.3. VARIÁVEIS:

Apresentam-se a seguir as variáveis selecionadas com as respectivas questões aplicadas para mensurá-las.

3.3.1. Características dos professores

Tempo de exercício de magistério – (Questão 1)

Carga horária semanal – (Questão 2)

Número de escolas em que leciona – (Questão 3)

Satisfação em relação à atividade que exerce – (Questão 4)

Opinião sobre aspectos do treinamento: conteúdo teórico, conteúdo prático, carga horária, manual de orientação aos professores, manual educativo, vídeo, orientação ministrada pelo oftalmologista e por outros profissionais. – (Questão 5)

Opinião global sobre o treinamento – (Questão 6)

Conhecimentos anteriores e conhecimentos aprendidos no treinamento – (Questão 7)

Profissionais participantes do último treinamento – (Questão 8)

Opinião sobre necessidade de explicações adicionais – (Questão 9)

Opinião sobre período letivo ideal para realização da triagem – (Questão 10)

Opinião referente a qual profissional mais adequado para a realização da triagem visual – (Questão 11)

Conhecimento do atendimento dos alunos triados pela Campanha Olho no Olho – (Questão 12)

Mudança no desempenho escolar dos alunos atendidos pela Campanha e que passaram a usar correção óptica – (Questão 13)

Uso de óculos em classe – (Questão 14)

Dificuldades apontadas pelos professores para realização do exame oftalmológico – (Questão 15)

Participação dos pais na Campanha Nacional Veja Bem Brasil / Olho no Olho – (Questão 16)

Dificuldades apontadas pelos pais para a realização da consulta oftalmológica – (Questão 17)

Conduta do professor em relação aos alunos que usam óculos – (Questão 18)

Conhecimento a respeito da entrega dos óculos – (Questão 19)

Avaliação da participação da escola em que atua na Campanha – (Questão 20)

Sugestões para melhorar as próximas campanhas – (Questão 21)

Opinião sobre a importância da Campanha Nacional Veja Bem Brasil / Olho no Olho – (Questão 22)

3.3.2. Características do pessoal de ensino

Considerando essas características em relação ao pessoal de ensino, foi necessário incluir as seguintes variáveis:

Função exercida na escola – (Questão 1)

Tempo de exercício profissional – (Questão 3)

3.4. INSTRUMENTO:

Para elaboração dos instrumentos de medida foi utilizado o recurso da pesquisa exploratória como etapa preliminar, para adequar estes instrumentos à realidade estudada.

Foram elaborados dois questionários: um destinado aos participantes do treinamento que eram professores-regente de classe, e um segundo aos demais profissionais, pois haviam questões específicas direcionadas aos professores com relação a características comportamentais dos alunos, rendimento em classe e benefícios obtidos por meio do programa.

3.4.1. Estudo exploratório:

O estudo exploratório é necessário para ampliar o conhecimento do universo de respostas e para elaboração de um questionário válido e confiável, adequando o instrumento de medida à realidade (PIOVESAN, A & TEMPORINI, ER, 1995).

A realização deste estudo, na etapa do planejamento, permitiu obter dados inerentes ao repertório de conhecimentos dos outros profissionais e não apenas do pesquisador. Isso possibilitou ajustar a percepção do pesquisador à dos entrevistados, controlando possíveis distorções.

O estudo exploratório foi realizado em 5 escolas, entrevistando-se 10 profissionais e em várias etapas, inicialmente por meio de entrevistas não dirigidas, utilizando-se um roteiro de perguntas. Procurou-se dar ao entrevistado liberdade de expressão, a fim de obter informações. As entrevistas foram gravadas, depois transcritas. Com base na análise dessas entrevistas, elaborou-se questionário não-estruturados ou semi-estruturados, até finalmente construir uma versão com perguntas específicas.

Os professores que participaram dessas etapas não foram incluídos na amostra definitiva para evitar vícios de seleção.

3.4.2. Elaboração do questionário

Após análise do material obtido no estudo exploratório foi possível a elaboração do questionário estruturado auto-aplicável, dirigido aos professores e demais profissionais (ANEXO 1).

3.4.3. Teste prévio:

Para garantir confiabilidade e validade dos dados coletados na pesquisa, o questionário foi submetido a teste prévio, visando corrigir possíveis erros ou dúvidas. O teste prévio foi aplicado a 15 professores e diretores/orientadores educacionais da Rede Municipal de Ensino da Prefeitura de Curitiba-PR. A população foi similar à do estudo

exploratório e excluída da amostra definitiva. O questionário era precedido por uma carta introdutória da pesquisadora (Anexo 2).

Foram observadas redundância de informações e dúvidas na linguagem gerando interpretação errônea, procedendo-se à alteração do mesmo e re-aplicação a 8 profissionais.

3.4.4. Questionário definitivo

Analisando as respostas dos questionários e as sugestões / críticas dos respondentes, houve modificação dos instrumentos e a aplicação a outros profissionais.

Não havendo necessidade de alterações, os instrumentos de coleta de dados para professores (Anexo 3) e demais profissionais (Anexo 4) foram concluídos.

Foi anexada carta introdutória com finalidade de apresentar objetivos da pesquisa, instruções e solicitação de preenchimento do questionário.

3.5. EXECUÇÃO

A coleta de dados por meio de questionário auto-aplicável, foi feita no período de março a novembro de 2001, nas escolas públicas municipais, pela própria pesquisadora, auxiliada por 2 médicos residentes de oftalmologia.

Muitos profissionais responderam aos questionários na própria escola. Houve aplicação dos mesmos pela pesquisadora e/ou auxiliares em reuniões dos Núcleos Regionais das Escolas Municipais. Alguns dos docentes que mudaram de escola preencheram o questionário, quando localizados.

O questionário foi entregue aos respondentes juntamente com uma carta de instruções para o preenchimento na presença do pesquisador e/ou seus auxiliares garantindo-se o sigilo das respostas pela não identificação.

Após a coleta de dados, todos os questionários foram revisados com objetivo de descobrir possíveis falhas no preenchimento.

3.6. PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1. Análise estatística

Recorreu-se à análise descritiva dos dados através de tabelas e gráficos. Foram utilizados os testes não paramétricos “comparação entre duas proporções” (através do software “Primer of Biostatistics”), “Qui-quadrado” e “Exato de Fisher” (pelo software Epi-info). O nível de significância (probabilidade de significância) adotado foi menor que 5% ($p < 0,05$) (GLANTZ, 1997; EPI-INFO, 1997).

3.6.2. Valor escalar médio

Foi aplicado também o VEM – Valor Escalar Médio, tratamento matemático que se constitui na redução dos dados de uma distribuição a um único valor. Foram atribuídos números com características ponderais às questões cujas respostas foram categorizadas nas escalas ordinais. Estes números, quando aplicados às distribuições de freqüências, permitem obter a média ponderada, aqui denominada como VEM. O procedimento possibilitou situar este valor dentro de uma escala, visualizando a sua posição e comparar, entre si, os valores de escalas diversas. A atribuição de números ficou condicionada à magnitude do conteúdo em cada categoria, levando à padronização das escalas. Este tipo de apresentação é feito sem prejuízo da apresentação convencional (TEMPORINI, 1988).



4. RESULTADOS

Responderam ao questionário 113 dos 127 participantes (89%) do treinamento da campanha “Olho no Olho”. Os demais encontravam-se em licença, férias ou haviam sido transferidos. O “n” das tabelas sofre alterações em função das respostas obtidas, por se tratar de questionário auto-aplicável.

A amostra foi formada por pedagogos (30,6%), orientadores educacionais (21,3%), auxiliares de serviços escolares (15,7%), diretores (9,3%), professores regentes de classe (13,0%) e profissionais que não responderam à questão (4,6%) (tabela 1).

Tabela 1. Função exercida na escola. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR - 2000

Função	f	%
Orientador Pedagógico	33	30,6
Orientador Educacional	23	21,3
Auxiliar de Serviços Escolares	17	15,7
Professor Regente	14	13,0
Diretoria	10	9,3
Inspetor Escolar	3	2,8
Supervisor	2	1,9
Bibliotecário	1	0,9
Professor Auxiliar / Substituto	1	0,9
Professor Educação Física	1	0,9
Professor Educação Artística	1	0,9
Professor de Ciências	1	0,9
Secretária	1	0,9
TOTAL	108 (*)	100,0

(*) 5 respondentes não forneceram informações

A carga horária, do total de profissionais não docentes entrevistados (48,6%) perfazia 20 horas semanais; outros (49,5%) trabalhavam 40 horas (Tabela 2). Quanto ao tempo de exercício profissional, houve maior concentração nas faixas de até 10 anos de carreira e acima de 21 anos.

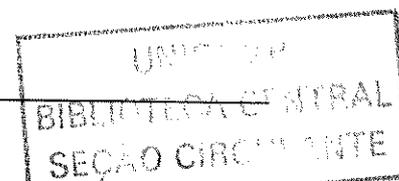
Tabela 2. Carga horária semanal. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Carga horária	F	%
20 horas	53	48,6
40 horas	54	49,5
Mais de 40 horas	2	1,9
média = X	30,3	Horas
TOTAL	109 (*)	100,0

Em relação aos professores, todos declararam mais de 10 anos de magistério (Tabela 3); (57,1%) dos professores lecionavam em apenas uma escola, e (42,9%) lecionavam em duas escolas.

Tabela 3. Tempo de exercício profissional. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR - 2000

Exercício Profissional (Anos)	Professor		Outros Profissionais	
	f	%	f	%
1 a 10	-	-	39	43,3
11 a 20	7	53,8	22	24,4
21 a 30	6	46,2	29	32,2
TOTAL	13	100,0	90	100,0



Os resultados referentes à satisfação profissional mostraram que 44,2% se manifestaram muito satisfeitos com a profissão; 52,6% medianamente satisfeitos; e 3,2% diziam-se insatisfeitos. Dos professores, nenhum alegou insatisfação (Tabela 4).

Tabela 4. Satisfação em relação à atividade exercida. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Grau de satisfação	Professores		Outros Profissionais	
	f	%	f	%
Muito satisfeito	7	50,0	42	44,2
Medianamente satisfeito	7	50,0	50	52,6
Pouco/Nada satisfeito	-	-	3	3,2
TOTAL	14	100,0	95	100,0

Entre os professores regentes de classe, a média de tempo de exercício de magistério foi de 20,54 anos, com carga horária semanal de 40 horas citada por 64,3% dos entrevistados. 57,1% lecionam em apenas uma escola e 50,0% declararam-se satisfeitos em relação ao desempenho da atividade docente (Tabelas 3 e 4).

O conteúdo teórico do Programa Olho no Olho foi considerado “bom” por 66,4%, bem como o conteúdo prático (68,1%). A carga horária pré-estabelecida foi considerada “boa” por 64,6% dos entrevistados (Tabela 5). Os demais aspectos como manual de orientação, vídeo e orientações fornecidas pelo oftalmologistas e/ou outros profissionais, foram considerados pela maioria como “bons”.

Tabela 5. Opinião sobre o treinamento referente às atividades da campanha "olho no olho".
Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Aspectos do treinamento	Ótimo (5)		Bom (4)		Regular (3)		Ruim (2)		Péssimo (1)		* VEM
	f	%	F	%	f	%	f	%	F	%	
Conteúdo Teórico (n = 111)	22	19,5	75	66,4	13	11,5	1	0,9	-	-	4,1
Conteúdo Prático (n = 110)	17	15,0	77	68,1	9	8,0	6	5,3	1	0,9	3,9
Carga Horária (n = 110)	17	15,0	73	64,6	15	13,3	4	3,5	1	0,9	3,9
Manual de Orientação (n = 100)	26	23,0	64	56,6	9	8,0	-	-	1	0,9	4,1
Manual Educativo (n = 96)	32	28,3	58	51,3	6	5,3	-	-	-	-	4,3
Vídeo (n = 97)	24	21,2	66	58,4	6	5,3	-	-	1	0,9	4,2
Orientação de oftalmologista (n = 102)	23	20,4	64	56,6	15	13,3	-	-	-	-	4,1
Orientação de outros profissionais (n = 99)	15	13,3	65	57,5	17	15,0	1	0,9	1	0,9	3,9

* Valor escalar médio: calculado com base nos valores atribuídos às respostas, escala de 1 a 5

Em relação ao material didático, o manual de orientação aos professores é considerado bom por 56,6% (VEM = 4,1), bem como os Manuais de Boa Visão (51,3%) (VEM = 4,3) e o vídeo (58,4%) (VEM = 4,2).

A orientação fornecida pelos médicos oftalmologistas, é considerada “boa” (56,6%), assim como a orientação ministrada por outro profissional (57,5%).

O treinamento global é considerado “bom e/ou ótimo” por 85,9% dos respondentes (Tabela 6), o que se confirma também pelo Valor Escalar Médio de 4,1.

Tabela 6. Opinião sobre treinamento recebido referente à campanha "olho no olho".
Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

		f	%
(5)	Ótimo	21	18,6
(4)	Bom	76	67,3
(3)	Regular	13	11,5
(2)	Ruim / Péssimo	-	-
-	Não tem opinião	3	2,6
* VEM = 4,1			
TOTAL		113	100,0

* Valor Escalar Médio: Calculado com base nos valores atribuídos às respostas, escala de 1 a 5

Entre as atividades de saúde ocular abordadas no treinamento, a aplicação do teste de acuidade visual, o reconhecimento de sinais de dificuldade visual e critérios para encaminhamento oftalmológico já eram conhecidos por 56,5%; 64,5% e 66,7%, respectivamente, bem como orientação dos pais sobre as dificuldades visuais do aluno (64,4%). Porém, a notação de dados referentes à triagem visual e o controle do caso do aluno foram aprendidos durante o treinamento por 61,5% e 35,7%, respectivamente (Tabela 7).

Tabela 7. Atividades aprendidas antes e durante o treinamento da campanha "olho no olho". Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Conteúdo do treinamento	Aprendeu no Treinamento		Sabia Antes		Não foi Abordado	
	f	%	f	%	f	%
Aplicação do TAV n = 108	46	42,6	61	56,5	1	0,9
Reconhecimento de sinais de dificuldade visual (n = 107)	38	35,5	69	64,5	-	-
Encaminhamento a consulta oftalmológica (n = 105)	33	31,4	70	66,7	2	1,9
Orientação de pais sobre dificuldade visual (n = 101)	19	18,8	65	64,4	17	16,8
Registro de dados (n = 104)	64	61,5	40	38,5	-	-
Controle de aluno com dificuldade visual (n = 98)	35	35,7	35	35,7	28	28,6

A orientação à família (41,6%) e como controlar o caso de aluno encaminhado e que necessite tratamento (59,3%) foram os aspectos que mais requisitaram aprofundamento, na opinião dos respondentes. Os demais aspectos foram considerados suficientes: orientação do aluno encaminhado (27,4%); aplicação do teste de acuidade visual (21,2%), como fazer observação de sinais indicativos de dificuldade visual (37,2%), critérios de encaminhamento (38,1%), notação de dados referentes à triagem (22,1%) (Tabela 8).

Tabela 8. Necessidade de explicações adicionais. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Aspectos do treinamento	F	%
Aplicação do TAV (n = 109)	24	21,2
Observação de sinais (n = 108)	42	37,2
Critérios para encaminhamento (n = 106)	43	38,1
Orientação ao aluno (n = 103)	31	27,4
Orientação à família (n = 106)	47	41,6
Registro de dados (n = 106)	25	22,1
Controle dos casos (n = 105)	67	59,3

Dos respondentes, 87,3% opinam que a triagem deveria ser realizada no primeiro trimestre do ano letivo (Tabela 9), e 96,4% consideram a triagem muito importante (Tabela 10).

Tabela 9. Período letivo ideal para realização da triagem visual. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Período	f	%
No 1º trimestre do ano letivo	96	87,3
No 2º trimestre do ano letivo	11	10,0
No 3º / 4º trimestre do ano letivo	-	-
Não importa o período	3	2,7
TOTAL	110	100,0

Tabela 10. Opinião sobre a importância da campanha "olho no olho" realizada na escola.

Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Opinião	F	%
Muito importante	107	96,4
Medianamente importante	3	2,7
Pouco/Nada importante	1	0,9
TOTAL	111	100,0

O agente de saúde foi citado como responsável pela triagem por 36,1% e o oftalmologista por 29,7% (Tabela 11). Na comparação entre professores e outros profissionais, em relação ao profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares, não foi observado diferença estatisticamente significativa no número, tipo e resposta dada.

Tabela 11. Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	PROFESSORES		OUTROS		TOTAL	
	(n = 14)		(n = 99)		(n = 113)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RESPOSTA	14	100,0	94	94,9	108	95,6
Professor	-	-	01	1,1	01	0,9
Agente de Saúde (AS)	03	21,4	36	38,3	39	36,1
Outro Funcionário (OF)	03	21,4	07	7,4	10	9,3
Médico Oftalmologista	05	35,7	27	28,7	32	29,7
Professor + Médico	01	7,2	-	-	01	0,9
Agente Saúde + Outro Funcionário	-	-	03	3,2	03	2,8
Agente Saúde + Médico	02	14,3	18	19,1	20	18,5
Outro Funcionário + Médico	-	-	01	1,1	01	0,9
Agente Saúde + Outro + Médico	-	-	01	1,1	01	0,9

Número → $\chi^2_{\text{calc}} = 4,72$ e $p = 0,1933$; Resposta → $\chi^2_{\text{calc}} = 3,90$ e $p = 0,4197$ (Qui-Quadrado);
Tipo → $p = 0,5520$ (Fisher).

Resultados

Na comparação entre Professores e Outros Profissionais, de modo geral, em relação à carga horária semanal, não foi observado diferença significativa, o mesmo ocorrendo em relação ao profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares e os entrevistados (Tabela 12).

Tabela 12. Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação à carga horária semanal

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	ATÉ 20 HS		MAIS DE 20 HS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROFESSOR	04	28,6	10	71,4	14	100,0
• Agente de Saúde (AS)	01	25,0	02	20,0	03	21,4
• Outro Funcionário (OF)	-	-	03	30,0	03	21,4
• Médico Oftalmologista	02	50,0	03	30,0	05	35,7
• Professor + Médico	-	-	01	10,0	01	7,2
• Agente Saúde + Médico	01	25,0	01	10,0	02	14,3
OUTROS PROFISSIONAIS	46	51,1	44	48,9	90	100,0
• Professor	-	-	01	2,3	01	1,1
• Agente de Saúde (AS)	16	34,8	19	43,2	35	38,9
• Outro Funcionário (OF)	04	8,7	03	6,8	07	7,8
• Médico Oftalmologista	14	30,4	11	25,0	25	27,8
• Agente Saúde + Outro Func	01	2,2	02	4,5	03	3,3
• Agente Saúde + Médico	11	23,9	06	13,6	17	18,9
• Outro Funcionário + Médico	-	-	01	2,3	01	1,1
• Agente Saúde + Outro + Médico	-	-	01	2,3	01	1,1
TOTAL	50	48,1	54	51,9	104	100,0

Geral (Professor / Outro Profissional x Até 20 / Mais de 20) $\rightarrow \chi^2_{\text{calc}} = 1,65$ e $p = 0,1996$; Até 20 hs $\rightarrow \chi^2_{\text{calc}} = 0,98$ e $p = 0,9128$; Mais de 20 hs $\rightarrow \chi^2_{\text{calc}} = 1,07$ e $p = 0,7847$ (Qui-Quadrado).

Na comparação entre Professores e Outros Profissionais, de modo geral, em relação ao tempo de exercício profissional, observa-se que os Professores tem entre 11 e 20 anos de exercício profissional enquanto que os outros profissionais, menos de 10 anos ($p=0,0067$) (Tabela 13).

Tabela 13. Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação ao tempo de exercício profissional

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	ATÉ 10 ANOS		11 - 20 ANOS		MAIS DE 20 ANOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROFESSOR	-	-	07	53,8	06	46,2	13	100,0
• Agente de Saúde (AS)	-	-	01	14,3	02	33,3	03	23,1
• Outro Funcionário (OF)	-	-	02	28,6	01	16,7	03	23,1
• Médico Oftalmologista	-	-	03	42,8	01	16,7	04	30,8
• Professor + Médico	-	-	-	-	01	16,7	01	7,6
• Agente Saúde + Médico	-	-	01	14,3	01	16,6	02	15,4
OUTROS PROFISSIONAIS	38	44,7	21	24,7	26	30,6	85	100,0
• Professor	-	-	01	4,8	-	-	01	1,2
• Agente de Saúde (AS)	14	36,8	09	42,8	11	42,3	34	40,0
• Outro Funcionário (OF)	01	2,6	01	4,8	05	19,2	07	8,2
• Médico Oftalmologista	11	29,0	07	33,3	06	23,1	24	28,2
• Agente Saúde + Outro Func	01	2,6	01	4,8	-	-	02	2,4
• Agente Saúde + Médico	11	29,0	01	4,8	04	15,4	16	18,8
• Agente Saúde + Outro + Médico	-	-	01	4,7	-	-	01	1,2
TOTAL	38	38,8	28	28,6	32	32,6	98	100,0

Geral (Professor / Outro Profissional) → $\chi^2_{\text{calc}} = 10,00$ e $p = 0,0067$ (Qui-Quadrado).

Nos dados agrupados não se observa diferença significativa na análise geral, mas no grupo com até 20 anos de tempo de exercício profissional nota-se que o profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares, na visão do professor, é o médico oftalmologista (42,9%) e para os outros profissionais, é o agente de saúde (39,0%) ($p=0,0527$) (probabilidade limítrofe) (Tabela 14).

Tabela 14. Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação ao tempo de exercício profissional

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	ATÉ 20 ANOS		MAIS DE 20 ANOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROFESSOR	07	53,8	06	46,2	13	100,0
• Agente de Saúde (AS)	01	14,3	02	33,3	03	23,1
• Outro Funcionário (OF)	02	28,6	01	16,7	03	23,1
• Médico Oftalmologista	03	42,8	01	16,7	04	30,8
• Professor + Médico	-	-	01	16,7	01	7,6
• Agente Saúde + Médico	01	14,3	01	16,6	02	15,4
OUTROS PROFISSIONAIS	59	69,4	26	30,6	85	100,0
• Professor	01	1,7	-	-	01	1,2
• Agente de Saúde (AS)	23	39,0	11	42,3	34	40,0
• Outro Funcionário (OF)	02	3,4	05	19,2	07	8,2
• Médico Oftalmologista	18	30,5	06	23,1	24	28,2
• Agente Saúde + Outro Func	02	3,4	-	-	02	2,4
• Agente Saúde + Médico	12	20,3	04	15,4	16	18,8
• Agente Saúde + Outro + Médico	01	1,7	-	-	01	1,2
TOTAL	66	67,4	32	32,6	98	100,0

Geral (Professor / Outro Profissional x Até 20 / Mais de 20) → $p=0,2101$; Mais de 20 hs → $p=0,5304$

(Fisher); Até 20 hs → $\chi^2_{\text{calc}} = 5,89$ e $p = 0,0527$ (Qui-Quadrado).

Na comparação entre Professores e Outros Profissionais, de modo geral, em relação ao grau de satisfação, não foi observado diferença significativa. Também não houve diferença significativa no grau de satisfação em relação ao profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares e a categoria profissional dos entrevistados (Tabela 15).

Tabela 15. Opinião sobre profissional responsável pela aplicação do teste de acuidade visual em escolares em relação ao grau de satisfação profissional

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	MUITO		NÃO MUITO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROFESSOR	07	50,0	07	50,0	14	100,0
• Agente de Saúde (AS)	01	14,2	02	28,6	03	21,4
• Outro Funcionário (OF)	02	28,6	01	14,3	03	21,4
• Médico Oftalmologista	02	28,6	03	42,8	05	35,7
• Professor + Médico	-	-	01	14,3	01	7,2
• Agente Saúde + Médico	02	28,6	-	-	02	14,3
OUTROS PROFISSIONAIS	39	43,3	51	56,7	90	100,0
• Professor	-	-	01	2,0	01	1,1
• Agente de Saúde (AS)	11	28,2	23	45,1	34	37,8
• Outro Funcionário (OF)	04	10,3	03	5,9	07	7,8
• Médico Oftalmologista	14	35,9	12	23,5	26	28,9
• Agente Saúde + Outro Func	02	5,1	01	2,0	03	3,3
• Agente Saúde + Médico	07	17,9	10	19,6	17	18,9
• Outro Funcionário + Médico	01	2,6	-	-	01	1,1
• Agente Saúde + Outro + Médico	-	-	01	1,9	01	1,1
TOTAL	46	44,2	58	55,8	104	100,0

Geral (Professor / Outro Profissional x Muito / Não muito) → $\chi^2_{\text{calc}} = 0,03$ e $p = 0,8587$; Muito → $\chi^2_{\text{calc}} = 2,08$ e $p = 0,5563$; Não muito → $\chi^2_{\text{calc}} = 3,91$ e $p = 0,2711$ (Qui-Quadrado).

Dos alunos encaminhados à consulta, 85,8% dos professores e 95,8% dos não docentes declaram que todos ou quase todos foram atendidos (Tabela 16).

Tabela 16. Conhecimento a respeito do atendimento dos alunos triados na campanha "olho no olho". Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Conhecimento	Professores		Outros Profissionais	
	f	%	f	%
Todos foram atendidos	6	42,9	48	50,0
A maioria foi atendida	6	42,9	44	45,8
A minoria foi atendida	2	14,3	3	3,1
Nenhum foi atendido	-	-	-	-
Não sabe	-	-	1	1,0
TOTAL	14	100,0	96	100,0

Na comparação entre professores e outros profissionais não foi observado diferença significativa, mas no entanto observa-se a ausência de conhecimento do professor em relação aos outros profissionais (Tabela 17).

Tabela 17. Conhecimento a respeito do atendimento dos alunos

Conhecimento	Professores		Outros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Todos foram atendidos	06	42,9	48	50,0	54	49,1
A maioria foi atendida	06	42,9	44	45,8	50	45,5
A minoria foi atendida	02	14,2	03	3,1	05	4,5
Não sabe	-	-	01	1,1	01	0,9
TOTAL	14	100,0	96	100,0	110	100,0

$\chi^2_{\text{calc}} = 2,44$ e $p = 0,2946$ (Qui-Quadrado).

Na opinião dos respondentes, 83,8% dos óculos foram entregues (Tabela 18).

Tabela 18. Conhecimento a respeito da entrega dos óculos aos alunos. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Entrega dos Óculos	f	%
Todos	88	83,8
Quase todos	9	8,5
Metade	-	-
Quase nenhum	7	6,7
Nenhum	1	1,0
TOTAL	105	100,0

Em relação ao conhecimento a respeito da entrega de óculos aos alunos não foi observado diferença significativa entre Professores e Outros Profissionais.

Mas entre os que relataram ter conhecimento, os professores afirmam que a maioria dos alunos recebeu óculos (78,6%) enquanto que os outros profissionais afirmam que todos os alunos receberam óculos (90,7%) ($p < 0,0001$) (Tabela 19).

Tabela 19. Conhecimento a respeito da entrega dos óculos aos alunos

CONHECIMENTO (Entrega de Óculos)	PROFESSORES		OUTROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	-	-	05	5,5	05	4,8
Sim	14	100,0	86	94,5	100	95,2
Todos	03	21,4	78	90,7	81	81,0
Quase todos	11	78,6	08	9,3	19	19,0
TOTAL	14	100,0	91	100,0	105	100,0

Não x Sim $\rightarrow p = 0,4816$; Todos x Quase todos $\rightarrow p < 0,0001$ (Fisher).

Na tabela 20, dentre as dificuldades apontadas para a realização do programa, 33,33% consideram o cronograma curto; 32,32% acham difícil deslocar o professor sem atrapalhar as atividades da escola e 35,35% consideram o acesso difícil para a realização do exame e desconhecimento dos pais da dificuldade visual do filho (26,26%). As respostas são apresentadas na forma de associação (Tabela 20).

As outras razões relatadas pelos respondentes foram falta de espaço adequado para a realização do exame, falta de disponibilidade dos profissionais envolvidos, atendimento lento devido a aglomeração de pessoas e poucos profissionais envolvidos.

Tabela 20. Dificuldades apontadas para a realização do exame oftalmológico das crianças. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000 (respostas associadas)

Respondentes	O cronograma de atendimento foi curto	Dificuldade de deslocamento do professor da sala de aula	Falta de confiança dos pais no exame	Desconhecimento dos pais sobre a dificuldade visual do filho	Distância do local de exame	Outras razões
					8	
						8
	8					
		7				
	6				6	
				6		
				4	4	
	4	4				
		4		4		
	3	3				3
	3	3	3	3		
	3	3	3		3	
	3	3	3		3	
	3				3	3
70	100,0					

* Foram excluídas as respostas associadas fornecidas por 2 ou menos respondentes.

Segundo os respondentes, cerca de 50,5% dos pais apresentaram interesse pelas atividades da campanha (Tabela 21)

Tabela 21. Opinião sobre participação dos pais nas atividades da campanha "olho no olho".
Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Opinião	f	%
Muitos pais	55	50,5
Metade dos pais	31	28,4
Poucos pais	22	20,2
Nenhum pai	1	0,9
TOTAL	109	100,0

Dentre as dificuldades apontadas pelos pais, apresentadas sob forma de respostas múltiplas, citam-se: desconhecimento da dificuldade visual do filho (50,0%); falta de dinheiro (44,2%); falta de transporte (27,3%); impossibilidade de faltar ao trabalho (68,5%); desconhecimento da data da consulta oftalmológica (11,1%) (Tabela 22).

Tabela 22. Dificuldades apontadas pelos pais justificando o não comparecimento à consulta agendada. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000 (respostas múltiplas)

Dificuldades	f	%
Desconhecimento da dificuldade visual do filho	(n=50) 25	50
Falta de dinheiro	(n=43) 19	44,2
Falta de transporte	(n=44) 12	27,3
Impossibilidade de faltar ao trabalho	(n=73) 50	68,5
Desconhecimento da data da consulta oftalmológica	(n=36) 4	11,1

Os respondentes consideram a participação de sua escola como “ótima” (39,3%) e como “boa” (50,0%) (Tabela 23).

Tabela 23. Avaliação da participação do pessoal da escola nas atividades da campanha "olho no olho" profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

	Avaliação	f	%
(5)	Ótima	44	39,3
(4)	Boa	56	50,0
(3)	Regular	12	10,7
(2)	Ruim	-	-
(1)	Péssima	-	-
	VEM =	4,3	
	TOTAL	112	100,0

* Valor Escalar Médio: Calculado com base nos valores atribuídos às respostas, escala de 1 a 5

Segundo a opinião dos professores-regentes, 100% acham que lhes cabe verificar o uso dos óculos pelos alunos, estimulá-lo (92,9%); explicar para a classe o significado do uso de óculos (100%); 50,0% consideram importante observar a limpeza das lentes e também acham que devem ensinar como limpar os óculos; 64,3% opinaram que o professor deve aceitar comportamentos devidos à dificuldade visual do aluno (Tabela 24).

Tabela 24. Opinião sobre a conduta do professor em relação ao aluno que usa óculos. Professores regentes atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000 (respostas múltiplas)

Opinião	f	%
Verificar se está usando óculos	14	100,0
Estimulá-lo a usar os óculos	13	92,9
Explicar para a classe o que significa o uso de óculos	14	100,0
Aceitar comportamentos devidos à dificuldade visual	9	64,3
Observar a limpeza das lentes	7	50,0
Ensinar a limpar os óculos	7	50,0

Ainda segundo dados fornecidos pelos professores-regentes, dos alunos usuários de óculos 50,0% usam-nos em classe e os demais 50,0% apresentam uso eventual. Na opinião desses professores, os alunos que tiveram prescrição de óculos e os usaram 50,0% apresentaram grande mudança no desempenho escolar e 35,7% obtiveram mudança mediana (Tabela 25).

Tabela 25. Observação de mudança no desempenho escolar dos alunos que passaram a usar óculos após a campanha "olho no olho". Professores regentes atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000

Mudança	f	%
Grande	7	50,0
Mediana	5	35,7
Pequena	1	7,1
Não houve	1	7,1
Total	14	100,0

Observou-se que, na opinião dos professores, a maioria dos alunos (92,9%) apresentou mudança no desempenho escolar ($p < 0,0001$), destacando-se grande mudança (53,8%) (Tabela 26).

Tabela 26. Observação de mudança no desempenho escolar dos alunos que passaram a usar óculos

MUDANÇA	F	%
Não	1	7,1
Sim	13	92,9
Pequena	1	7,7
Média	5	38,5
Grande	7	53,8
TOTAL	14	100,0

$z_{calc} = 4,162$ e $p < 0,0001$ (Proporções).

Dentre as sugestões para melhorar a campanha, foram citadas aplicações do teste de acuidade visual por profissional da área de saúde, exame oftalmológico realizado no posto de saúde, antecipação do início das atividades da campanha, ampliação do tempo para realização da campanha, e realização do exame oftalmológico na escola, com respostas múltiplas associadas (Tabela 27).

Tabela 27. Sugestões para melhorar as próximas campanhas. Profissionais atuantes em escolas municipais de Curitiba, PR – 2000 (respostas associadas)

Respondentes	%	Exame oftalmológico realizado na escola	Treinamento dado por pessoal não-médico	Ampliação do tempo para realização da campanha	Exame oftalmológico realizado no posto de saúde	Aplicação do teste de acuidade visual por profissional da área de saúde	Antecipação do início das atividades da campanha
15	17,2				15	15	
15	17,2			15	15	15	15
15	17,2				15	15	15
7	8,0	7		7	7	7	7
6	6,9	6			6	6	
5	5,7					5	5
5	5,7					5	
5	5,7	5				5	5
4	4,6			4			4
4	4,6	4		4		4	4
3	3,4	3		3	3	3	
3	3,4			3	3	3	
87	100,0						
TOTAL							

* Foram excluídas as respostas associadas fornecidas por 2 ou menos respondentes.



5. DISCUSSÃO

A realização da triagem visual em escolares é de caráter preventivo por excelência, e o professor tem-se mostrado elemento altamente válido para a incumbência (KARA-JOSÉ, N; TEMPORINI, ER. 1980). No Brasil, já na década de 70, houve o estabelecimento de programas que visavam a triagem visual, como o Plano de Oftalmologia Sanitária do Escolar (POSE), limitado ao estado de São Paulo, e em 1998 foi implantada a Campanha Olho no Olho/Veja bem Brasil, que realiza a triagem de escolares em âmbito nacional em cidades cuja população seja maior do que quarenta mil habitantes.

Torna-se relevante avaliar o desempenho e conhecimento dos profissionais de ensino responsáveis por essa triagem e a avaliação do treinamento a eles ministrado pelo Programa, finalidade dessa pesquisa.

Aplicando-se os questionários estruturados desenvolvidos para avaliar os participantes do treinamento oferecido pela Secretaria Municipal de Educação de Curitiba juntamente com a Coordenação Regional da Campanha Olho no Olho em Curitiba-PR, observou-se que, de todos os respondentes, apenas 13,0% eram professores regentes de classe. Os demais faziam parte do pessoal administrativo sem contato direto com alunos e com a atividade da docência.

Dos professores que participaram do estudo, metade perfaziam 40 horas semanais, e essa extensa carga horária pode, em parte, justificar a reticência em realizar uma atividade “adicional” como a triagem visual.

Quanto ao tempo de exercício profissional, os professores envolvidos na pesquisa podem ser considerados profissionais experientes, apresentando todos mais de 10 anos de magistério. Já 43,3% do pessoal de ensino apresentavam menos de 10 anos de profissão, indicando possivelmente menor experiência, nem sempre em atividades docentes. Por outro lado, esses profissionais mais jovens tendem a buscar constante aprimoramento, havendo maior estímulo para desenvolverem excelência na atividade que exercem.

Apesar de todos os professores envolvidos com as atividades do teste de acuidade visual, realização da triagem e encaminhamento dos escolares à consulta oftalmológica serem profissionais com longo tempo de atuação no magistério, sendo capazes para realizar essa tarefa, além de satisfeitos com a atividade exercida, proporção ínfima considera a triagem como de sua responsabilidade.

Os demais agentes citados, como o agente de saúde e auxiliar administrativo, além do próprio oftalmologista, não estão envolvidos na avaliação do aprendizado. A resposta ao teste de triagem visual para o aluno se assemelha a qualquer prova, e a criança tenta dar o melhor de si. O professor é a pessoa que habitualmente pede e verifica as informações fornecidas por alunos e a realização da triagem por ele, não cria um ambiente hostil à criança, constituindo quase uma rotina de classe, ao contrário do que ocorre com a aparente “intromissão” de outros profissionais, como o oftalmologista, agente de saúde, auxiliar de ensino, etc.

O professor regente de classe encontra-se numa situação ímbar, pois além de manter contato diário e prolongado com alunos, tem a capacidade de observar o estado de saúde e o desempenho visual e intelectual dos escolares (TEMPORINI ER, 1977,1988). Nenhum outro profissional isoladamente pode ter tanta valia em programas de saúde na escola. O médico oftalmologista também necessita de dados referentes ao desempenho escolar e comportamento em classe para optar pela prescrição ou não de lentes corretivas. Apenas a família tem papel tão importante quanto do professor de ensino fundamental. Infelizmente, o professor nem sempre dispõe de conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas no campo da saúde ocular.

O maior êxito da campanha foi relatado pelos professores envolvidos na pesquisa: 85,3 % das crianças que tinham indicação e receberam óculos, houve melhora do rendimento escolar em 85,7% (Tabela 25). Com esse resultado, é esperado que a maioria dos respondentes considere a triagem muito importante, embora não se sintam responsáveis pela realização da mesma.

Vários estudos ressaltaram a importância da realização da triagem em escolares. Segundo KARA-JOSÉ e col. (1985), em pesquisa realizada em Campinas-SP, apenas 24,4% dos participantes do estudo haviam sido submetidos a exame oftalmológico antes

dos sete anos de idade. Em estudo mais recente, realizado na cidade de São Paulo no ano de 2000, constatou-se que apenas 32,2% dos sujeitos submeteram-se a exame oftalmológico prévio aos 7 anos de idade (ALVES, MR; TEMPORINI, ER & KARA-JOSÉ, N, 2000). Observa-se que o desconhecimento continua sendo um fator predisponente de cegueira, como citado por KARA-JOSÉ e col. em 1983.

Os professores concordam que o exame deve ser feito no início do ano letivo sendo possível melhor avaliar o desempenho do aluno, sem perder o seguimento. O programa da Campanha Olho no Olho ainda prevê o acompanhamento da criança pelo oftalmologista que realizou o exame por um período de até seis meses da realização da consulta, o que possibilitaria uma maior interação entre o professor, aluno e o médico, tornando o tratamento mais eficaz.

ALVES & KARA-JOSÉ (2000) relataram que o professor foi a pessoa que percebeu a dificuldade visual nos escolares em 70,6%, contrastando com a detecção do problema pelos pais em apenas 18,9%.

Com relação ao treinamento dos examinadores, foi considerado bom em quase todos os quesitos, com o valor escalar médio (VEM) próximo de 4 numa escala que variava de 1 a 5, e com porcentagens sempre superiores a 50% dos respondentes. A avaliação global evidencia que foi considerado “bom” e/ou “ótimo” por 85,9%, com VEM de 4,1. Esses valores representam uma avaliação positiva do treinamento oferecido.

Muitos dos aspectos abordados durante o treinamento já eram conhecidos previamente, como a triagem visual (56,5%), detecção de sinais e sintomas de dificuldade visual (64,5%), encaminhamento à consulta oftalmológica (66,7%) e orientação de pais sobre a dificuldade visual (64,4%). As novas aquisições foram a notação dos dados e controle de caso de aluno encaminhado que necessite tratamento, sendo solicitado explicações adicionais sobre esses temas por 59,3% dos participantes (Tabela 8).

Proporção importante de professores mostraram interesse em receber informações adicionais acerca da observação de sinais característicos de dificuldade visual (37,2%) e dos critérios de encaminhamento (38,1%). O conhecimento insuficiente desses aspectos pode resultar em insegurança para realizar o encaminhamento e possivelmente originando maior número de falso positivos na consulta oftalmológica.

Estudiosos são concordes em afirmar que a maioria dos métodos utilizados por leigos não são suficientemente precisos, ocorrendo em todos uma percentagem de falsos positivos e falsos negativos (BAILEY, 1974; WICK, 1976; KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980). Em pesquisa realizada por KARA-JOSÉ & TEMPORINI (1980), demonstrou-se que o percentual de acertos da triagem realizada pelo professor foi de 87,1%, e dos 12,9% encaminhados erroneamente, 90,57% eram falsos positivos, o que sugere que a triagem pode tornar-se dispendiosa. Em estudo mais recente, KARA –JOSÉ e col. (2000) apontaram 36,0% de casos falso positivos. Observa-se que esses valores variam muito, e dependem também da execução repetida da atividade, pois o trabalho de 1980 avaliam resultados referentes a professores envolvidos no Plano de Oftalmologia Sanitária do Escolar (POSE), que se estendeu no período de 1973 a 1976, e o mais recente avalia profissionais envolvidos no primeiro ou segundo ano da Campanha Olho no Olho (1998 – 1999), portanto menos experientes.

As falhas na aplicação devem-se tanto ao aplicador quanto à criança que informa mal, devendo aquele estar atento aos possíveis sinais de simulação, timidez, desatenção ou dificuldade visual, dos pequenos, perspicácia que só se adquire com o convívio diário, próprio da real interação entre mestre e aluno. Observa-se que os professores em caso de dúvida apresentam maior tendência a encaminhar os alunos à consulta oftalmológica. Deduz-se que uma melhor orientação aperfeiçoaria a triagem e reduziria os excessos de encaminhamentos. (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980). Porém não se espera 100% de acerto no encaminhamento realizado pelo professor nem por nenhum outro profissional. Por isso o treinamento deve ser reforçado e reavaliado anualmente, bem como os profissionais envolvidos, para atingir melhores resultados.

Pode-se deduzir que as crianças encaminhadas erroneamente à consulta por insegurança do agente triador causam um ônus considerável à Campanha. Existem custos diretos e indiretos, sendo necessário remunerar o oftalmologista pela consulta e exames realizados. Deve-se também considerar o custo da perda de dia de trabalho pelo acompanhante, gastos com transporte e alimentação.

Em países em que há limitação de recursos assistenciais como o Brasil, na elaboração de ações de saúde deve-se estabelecer critérios de prioridade. A realização de uma triagem de massa realizada por pessoal não-médico, treinado e supervisionado em populações aglutinadas, como por exemplo na escola, faz com que o custo seja reduzido. O reforço do treinamento deve ser periódico, bem como a realização de pesquisas para avaliar as técnicas utilizadas no programa (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980).

POTÉRIO e col. (2000) sugeriram outra opção: a realização da triagem visual junto à Campanhas de vacinação, oferecendo oportunidade de selecionar crianças com distúrbio visual em fase mais precoce e importante do desenvolvimento. Esse trabalho apresentou uma alta porcentagem de falsos positivos (47,1%) porém uma baixa porcentagem de falsos negativos (11,3%). A sensibilidade da triagem foi de 75,9% com 77,5% de especificidade, demonstrando que há possibilidade de agentes de saúde realizarem uma atividade eficiente

Com a maioria dos tópicos do treinamento considerada “suficiente”, supõe-se que a realização da triagem visual já é tarefa conhecida e dominada pelos participantes, mas a execução eventual e não rotineira da atividade gera ainda grande insegurança. A base do processo já é dominada pelos profissionais, faltando-lhes apenas aprimoramento.

Durante a execução do Plano de Oftalmologia Sanitária do Escolar (POSE) em São Paulo, houve a criação da função de orientador de ações de assistência ao escolar (OAE), que era um professor encarregado de multiplicar as orientações de saúde recebidas durante treinamento específico em saúde pública para a escola. O OAE era o elemento-chave na identificação e atendimento dos problemas de saúde da escola. Com mudanças de cunho político, esses profissionais exaustivamente preparados e qualificados tiveram a função extinta e voltaram à sala de aula. Desde essa época, as queixas dos demais professores da escola era a sua deficiência de preparo em saúde pública, falta de motivação, carga horária insuficiente para o desempenho das atividades propostas, não podendo fazer o acompanhamento necessário dos alunos, além de falta de apoio da direção, semelhante aos nossos resultados (TEMPORINI,1982).

No estudo da relação da opinião de qual o profissional responsável para realização da triagem visual, comparando-se professores regentes de classe aos demais profissionais, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 11). Também não houve diferença estatística quando comparou-se qual o profissional responsável pela triagem à carga horária semanal, tempo de exercício profissional e grau de satisfação com a atividade exercida (Tabelas 12, 13 e 14).

Supunha-se, inicialmente, que a experiência dos professores, todos profissionais com mais de 10 anos de magistério, cuja média foi 20,54 anos de exercício profissional, fosse refletida na pesquisa como profissionais conscientes da função de educador e interessando-se por aspectos de saúde dos alunos.

Outro fator que poderia causar resistência à aplicação do teste seria uma carga horária extenuante, que desestimulasse a aquisição de novas tarefas, bem com uma possível insatisfação profissional, o que também não foi observado.

Comparando-se o conhecimento de professores e do pessoal de ensino sobre alunos encaminhados e que foram atendidos: (Tabelas 16 e 17), observou-se falta de conhecimento do professor em relação aos demais profissionais ($p=0,2946$). Professores relataram que 85,8% das crianças foram atendidas enquanto que o pessoal de ensino relata o atendimento de 95,8%.

Esse fato ressalta uma falha da Campanha, pois o professor nem sempre pode acompanhar o aluno e ficar ciente do recebimento dos óculos, uma vez que a campanha é realizada no segundo semestre e os óculos muitas vezes são distribuídos no término do ano letivo ou no início do ano seguinte. Com isso, a criança muda de classe ou escola e o seguimento do aluno é perdido.

As óticas envolvidas no programa para confecção dos óculos também são em parte responsáveis pelo atraso na entrega dos mesmos. Muitas vezes óticas regionais de pequeno porte, por apresentarem menor custo ao Programa durante a licitação, assumem a responsabilidade de confeccionar milhares de óculos em curto espaço de tempo, não dispondo de pessoal nem de suporte técnico suficiente para tal demanda, o que estende ainda mais a entrega dos óculos aos escolares.

Por outro lado, a centralização da confecção dos óculos em uma só ótica para várias regiões torna o trabalho moroso, pois requer serviço postal para o envio, além de dificultar a comunicação no caso de alguma erros na confecção ou havendo necessidade de alguma correção.

Ainda não foi alcançada solução eficiente quanto às óticas credenciadas, mas o ideal seria o estabelecimento de fácil acesso pelos profissionais envolvidos na Campanha no caso de haver necessidade de mudanças ou correções.

Muitas dificuldades foram citadas pelos profissionais envolvidos nas atividades da campanha durante sua execução: cronograma curto (33,3%), dificuldade de deslocar o professor sem atrapalhar suas atividades (32,3%), dificuldade de acesso ao local do exame (35,3%) e desconhecimento dos pais da dificuldade visual do filho (26,2%). Esses entraves existem e são justificáveis, pois uma Campanha sempre depende da colaboração dos envolvidos, e a cada ano aperfeiçoa-se, caso venha a constituir um Programa de Ação Governamental, passível de acontecer em breve. Neste caso a triagem seria normatizada e o andamento ocorreria com maior fluidez, uma vez que deve ser prioridade do Estado zelar pela saúde de seus cidadãos.

Metade dos pais e/ou responsáveis (50,5%) apresentou interesse pelas atividades da campanha, diferindo dos resultados de outros estudos como o Baltimore Vision Screening (PRESLAN & NOVAK, 1996 e 1998). As dificuldades à realização da Campanha mencionadas no presente estudo, referem-se a desconhecimento dos pais sobre problema visual do filho (50%), falta de dinheiro (44,2%) ou transporte (21,3%), impossibilidade de faltar ao trabalho (60,5%) e desconhecimento da data da consulta (11,1%). A desinformação e problemas sócio-econômicos continuam a ser obstáculos evidentes ao sucesso de planos de ação sanitária. Não basta idealizar uma ação, é preciso criar meios para executá-la. Se os entraves financeiros são marcantes, a divulgação torna-se um fator crucial, para despertar interesse na população que irá buscar atendimento espontaneamente.

A educação dos pais é um fator importante, sendo citada por muitos estudos (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980; CASTRO, 1997, ALVES, TEMPORINI & KARA-JOSÉ, 2000), pois se eles não são concordes com a necessidade do uso de óculos, a criança não os usa. Se os óculos forem danificados, não serão repostos e os filhos não serão levados novamente para exame. A compreensão dos pais sobre os propósitos da triagem é essencial uma vez que a responsabilidade dos cuidados com a visão de seus filhos a eles pertence. O sistema educacional assume uma parcela de responsabilidade, assistindo a família para a obtenção do cuidado da saúde do filho.

Em caso de desconhecimento, como a ambliopia que é uma situação inaparente, torna-se difícil instituir tratamento por iniciativa dos pais, e se instituído, há dificuldade para manter o seguimento.

KARA-JOSÉ e col. (1985) observaram resultados interessantes na amostra estudada: apenas 3,7% tinham conhecimento do que era ambliopia e essa insuficiência de conhecimentos sobre problemas oftalmológicos não é menor em faixas etárias mais avançadas nem em grupos com formação de ensino superior. Sugere-se, portanto, a inclusão de orientações sobre cuidados com a visão desde o ensino fundamental juntamente com demais medidas de prevenção em saúde.

A falta de conscientização e a desmotivação dos pais foram relatadas por muitos autores como entraves ao cuidado adequado com a visão (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980; TEMPORINI, 1982; KARA-JOSÉ, 1985 e 2000). CASTRO (1997), descreveu alta taxa de absenteísmo (56%) e também que 16,3% dos óculos doados às crianças não foram retirados, sugerindo descrédito no serviço público.

Além do desconhecimento da dificuldade visual da criança, criando um entrave ao seu tratamento, há ainda o mecanismo de negação. A negação é o mecanismo de proteção que as mentes utilizam quando não estão prontas para lidar com um problema e suas implicações (MILLER,1995). Segue-se uma fase de busca, que fornece conhecimento da situação até atingir o ajustamento, que representa uma mudança de atitude, a recuperação do equilíbrio. A definição de “normal” se modifica. Miller (1995) propõe: “Aceitar a verdade e tentar não lutar contra ela.”

Oferecer maior número de datas para o exame, como por exemplo nos finais de semana, ou próximo do dia do pagamento, pode reduzir o índice de abstenções, pois dentre as dificuldades citadas pelos pais a perda de dia de trabalho foi fator importante.

Outro estudo, como o de KARA-JOSÉ e col. (2000) relatando a causa do não comparecimento, afirma que há falha de comunicação entre pais e professores, pois 53,0% dos pais afirmam não terem sido devidamente orientados sobre data e local do exame, responsabilidade essa da escola, além da impossibilidade de faltar ao trabalho (24,8%).

O aspecto da comunicação escola-família deve igualmente ser reforçado durante o treinamento oferecido ao pessoal de ensino.

Na opinião dos professores, todos acham que constitui sua função verificar o uso dos óculos pelos alunos, estimular seu uso em classe (92,9%) e explicar o significado do seu uso (100%). Porém, um índice considerável (50%) não considera importante observar a limpeza das lentes ou ensinar a limpá-las e 35,7% acham que o professor não deve aceitar comportamentos decorrentes da dificuldade visual. Esse último item sugere demonstra despreparo e desinformação do professor, pois cada vez mais aborda-se a inclusão de alunos com deficiências em classe regular, reduzindo a exclusão dessa criança da sociedade. Como poderia então trabalhar esse profissional com crianças deficientes se nem o uso de óculos e as dificuldades inerentes ao problema visual são tolerados? Considerar alterações refracionais como deficiência demonstra ignorância, e o professor deve ser o primeiro a desmistificar a necessidade do uso de óculos, abolindo estigmas como “quatro-olhos”, “fundo-de-garrafa”, “ceguinho” e “coitadinho”.

Existe um conceito errôneo que relaciona os óculos à penalização da criança e não como uma ferramenta que lhe possibilita enxergar melhor e conseqüentemente melhorar o rendimento escolar e todo seu universo psico-social.

Os professores se manifestaram positivamente com relação à melhora do rendimento escolar: dos alunos que tiveram óculos prescritos e os usam em classe, houve melhora do rendimento escolar em 85,7%, sendo que 53,8% destes apresentou grande mudança de comportamento.

Algumas sugestões citadas: realizar o exame oftalmológico na escola ou posto de saúde, antecipação e ampliação do tempo das atividades; e aplicação do teste por profissional da área de saúde. As sugestões possivelmente têm a finalidade de reduzir índices de abstenções e possibilitar melhor seguimento do aluno. TEMPORINI (1982) ressaltou que a realização do exame oftalmológico na Unidade de Saúde aumentou o índice de comparecimento (83,5%), porém nem sempre é viável. A triagem realizada por agentes de saúde foi descrita por POTÉRIO e col. (2000) com resultados positivos, porém uma população restrita foi avaliada, não podendo generalizar-se os resultados.

A realização da triagem por profissional da área de saúde para que haja maior reprodutibilidade não é um fato verídico, pois o exame realizado pelo professor é compatível com o realizado pelo médico, conforme relatado em vários estudos. A concordância entre a triagem realizada pelo professor e médico varia de 54,6% a 80, 86% (BURNS MJ, 1973; MACCHIAVERNI N, KARA-JOSÉ N, e col. 1979; TEMPORINI ER, KARA-JOSÉ N & TAIAR A, 1997), confirmando que treinamento de agentes de saúde para realização da triagem e encaminhamento deve ser periódico (NEWMAN DK & EAST MM, 2000). Mais recentemente, ALVES, TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 2000, descreveram que o professor percebeu a dificuldade visual do escolar em 70,6% dos casos.

Nota-se que em geral o professor não se considera responsável pela tarefa de triagem visual, que em última análise significa colaborar com o desenvolvimento da aprendizagem do aluno. HAAG (1974) cita que a observação dos sinais de disfunção também não é considerada importante pelo professor.

Apesar de a maioria considerar a triagem muito importante (98,83%), apenas 1,01% acham que a tarefa compete ao professor, estando totalmente desestimulados para sua realização. Há uma resistência do professor em aplicar a triagem, o que contribui para reduzir a eficiência da ação sanitária. Não há, portanto um trabalho sincrônico entre profissionais de saúde, profissionais da educação e pais (NOBRE,2001).

Porém, esse “despreparo” sugerido pelos resultados referentes ao pessoal de ensino não justifica a sua omissão. O ser humano é “programado para aprender”, inacabado, porém consciente dessa condição, e por isso mesmo em uma busca permanente,

indagador, curioso em torno de si e do mundo, inserido num incessante processo de formação. O ser humano jamais pára de educar-se, pois a prática educativa não significa necessariamente a escolarização. A educação é o principal alicerce da vida social. Ela transmite e amplia a cultura, estende a cidadania, constrói saberes para o trabalho (FREIRE,2001).

Essa resistência do professor à triagem faz parte do processo, que não é determinista, portanto implica em decisões rupturas, opções, riscos. Um ser determinado se acha fechado nos limites de sua determinação e não participa do processo de conhecimento. (FREIRE,2001)

Não há possibilidade de um discurso sobre diferentes aspectos de um tema, ou seja, algo que agrade em termos absolutos todas as facções. Isso não significa que diferenças de opções que marcam discursos distintos devam afastar do diálogo sujeitos que pensam diversamente. A discussão das diferenças acrescenta saberes.

Professores adequadamente treinados e conscientes, realizam triagem efetiva e encaminham apenas os alunos que apresentam realmente déficit visual, pois são seguros da tarefa que executam.

Para que haja melhora da qualidade da educação deve haver uma formação permanente de educadores.

Da mesma forma, no planejamento de uma ação político pedagógica, deve-se considerar o que a população alvo domina e as resistências das classes populares. Sabe-se que o ser humano é um ser histórico social, e é tanto o que herda quanto o que adquire. Existem diferenças interculturais, de classe, raça e gênero. Essas diferenças geram ideologias discriminatórias ou de resistência, o que pode interferir nas ações pedagógicas (FREIRE, 2001).

A natureza formadora da docência não é processo técnico e mecânico de transferência de conhecimentos: exige respeito ético democrático, do pensamento, crenças e curiosidade dos educandos. Não há educação neutra, que não implique em opção política e não demande opção política para materializá-la (FREIRE, 2001).

Ocorre portanto um obstáculo às ações educativas, pois na maioria das vezes as áreas populares são abordadas e o próprio professor, com seus esquemas “teóricos”, não leva em conta o conhecimento pré-existente e a maneira como é conhecido. A maneira de agir é autoritária, elitista e reacionária: interessa que “conheçam” o que é conhecido e da forma que conhecemos, sem considerar nada mais . (FREIRE,2001).

O Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial, na Lei nº 10172/01, aprova o Plano Nacional de Educação, estabelecendo objetivos específicos, dentre os quais a criação de ações preventivas na área visual e auditiva até a generalização do atendimento aos alunos na educação infantil e no ensino fundamental. Afirma também que as necessidades educacionais do educando seguem os princípios de preservação da dignidade humana, busca da identidade e exercício da cidadania.

Ainda segundo o Ministério da Educação, pelos “Parâmetros Curriculares Nacionais”, há necessidade de construir uma escola voltada para a formação de cidadãos, pois na era em que vivemos, marcada pela competição e excelência, progressos científicos e avanços tecnológicos definem novas exigências para os jovens. Tal demanda implica em revisão dos currículos, respeitando diversidades regionais, criando condições que permitam acesso aos conhecimentos socialmente elaborados e reconhecidos como necessários ao exercício da cidadania.

Dentre os objetivos citados ao ensino fundamental, pode-se listar: compreensão da cidadania, posicionamento crítico, perceber-se integrante, dependente mas também agente transformador do ambiente, desenvolver o conhecimento de si e sentimento de confiança em suas capacidades afetiva, física, cognitiva, ética, inter-pessoal e de inserção social; valorizar aspectos básicos da qualidade de vida e adquirir práticas em saúde coletiva.

É preciso criar medidas de flexibilização e dinamização do currículo, dando subsídios aos professores para favorecer e ampliar o exercício da cidadania.

Embora o direito da pessoa à educação seja resguardado pela política nacional, a perspectiva de educação com qualidade para todos é um grande desafio. Não mais existem tantos excluídos do sistema educacional porém obter escolarização adequada é outra questão a ser discutida.

A não garantia de acesso à escola na idade própria, seja por omissão do Poder Público ou negligência da família e da sociedade, é a forma mais perversa e irremediável de exclusão social, pois nega o direito elementar de cidadania.

A escola do século XXI, assim como as Universidades, tem compromisso não apenas com a produção e difusão de saber, mas com a formação de cidadão crítico, participativo e criativo para fazer face às demandas complexas da sociedade moderna.

O aluno nem sempre consegue verbalizar as dificuldades visuais, nem é consciente das mesmas, por isso o professor deve ficar atento para possíveis manifestações como dificuldade de locomoção, leitura, escrita, entre outras. (OLIVEIRA RCS, KARA- JOSÉ N & ARIETA CEL, 2000).

Especialistas em saúde ocular são unânimes quanto à propriedade do professor desempenhar essa tarefa. Ademais, o contato diário e prolongado com o aluno torna o professor o elemento mais efetivo para detecção precoce, encaminhamento e controle dos casos triados, visto que os distúrbios manifestam-se por meio de sinais e comportamentos observáveis por pessoas devidamente preparadas (TEMPORINI, 1988). A triagem realizada por um professor treinado é altamente válida.

É realmente preocupante o número de professores discordantes de realizar as ações preventivas o que cria um obstáculo ao bom funcionamento do programa.

Porém, apesar dessa relativa facilidade de detecção de alterações visuais pelo professor, apenas 13,0% dos professores que participaram do treinamento eram professores regentes. A maior parte do grupo foi formado por diretores, pedagogos e orientadores educacionais, que tem um contato pequeno com a classe, além de auxiliares de serviços escolares, que venha a ser um funcionário administrativo sem qualquer experiência na área pedagógica e também sem qualquer contato com atividades docentes. Este profissional é treinado para realizar a triagem visual sem um conhecimento mais profundo sobre o tema.

A dificuldade de deslocar o professor da sala de aula, seja para o treinamento ou para aplicação do teste de acuidade visual, foi apontada por 10,0% dos participantes como um entrave ao bom funcionamento da campanha.

Deve-se frisar que o direito à crítica exige conhecimento profundo do objeto a ser criticado. Não é ético nem rigoroso criticar o que não é conhecido (FREIRE,2001).

Todas as teorias passaram por evolução ao longo dos anos e num primeiro estágio, em geral, foram repudiadas. Portanto, de certa forma, pode-se analisar criticamente a postura do professor e seu papel na sociedade. (FREIRE,2001).

Há necessidade do professor se conscientizar de sua real posição, pois embora a política educacional do país seja falha e o profissional acabe sobrecarregado, a função do educador não é apenas repassar conhecimentos, mas educar o ser humano de forma global, entendendo suas dificuldades. A baixa de visão é um fator que, sem dúvida, interfere no rendimento do educando.

Ocorre também omissão do Estado, que cria escolas e contratam professores quase sempre cientificamente mal formados criando uma situação cômoda para o Estado porém não para a sociedade.

Essa “tarefa” do educador deve ser salientada desde a profissionalização, no curso de magistério. Os professores não ensinam apenas conteúdos programáticos, ensinam a pensar criticamente.

Embora a instituição educacional não tenha como tarefa principal dar atendimento a problemas de saúde dos alunos, existe uma obrigação inerente à profissão de ensinar, no sentido de promover o bem-estar das crianças e criar melhores condições para sua aprendizagem (ANDERSON CL & CRESWELL WH, 1976).

A disparidade de resultados na triagem realizada pelo professor deve-se em parte, à fatores inerentes à criança, como falta de atenção, simulação, timidez e os próprios vícios refracionais que a mesma desconhece, além de fatores ambientais, psicológicos e relativos à técnica de aplicação. Não se pode ignorar que o teste é um exame subjetivo, dependendo da informação da criança. O professor deve estar alerta a esses tipos de comportamentos (TEMPORINI & KARA-JOSÉ, 1977).

O tempo de magistério, nesse caso, passa a ser um facilitador para o sucesso do programa, visto que a média do tempo de exercício foi de 20,54 anos, em especial dentre os professores regentes. A experiência facilita a detecção de sinais e comportamentos inerentes ao comprometimento de qualquer dos sentidos devido a observação repetida ao longo dos anos, mesmo que não haja treinamento específico.

Os problemas de refração ocular influenciam na formação da personalidade da criança. O míope pode sentir-se inferiorizado por não contar com boa visão para longe ,tornando-se tímido e introvertido. Os hipermétropes e astigmatas, devido ao esforço visual (astenopia) podem criar problemas de disciplina que contribuiriam para originar casos de desajustamento (KARA-JOSÉ & ALVES, 2001).

Essa habilidade adquirida faz do mestre o profissional adequado para realizar a triagem.

Segundo LIPMAN (1969), a disparidade esperada entre professor e oftalmologista é de 10 a 20%. BORG & SUNDMARK (1967) também relataram que as crianças “melhoram” a performance do teste com o passar do tempo (efeito aprendido).

O mestre nem sempre dispõe de conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas no campo da saúde escolar, que deveriam supostamente ter sido adquiridos no curso de magistério (TEMPORINI ER, 1984). Essa suposta falta de preparo pode ser a causa principal da rejeição ou omissão em relação ao programa.

Estudos anteriores relata que o preparo dos professores foi considerado insuficiente e/ou eles próprios o subestimam. 53,7% dos professores não se sentiram à vontade para lidar com desvios de saúde, por nunca terem participado de treinamentos específicos e acreditam que essa tarefa deve-se aos profissionais de saúde e não a eles, alegando falta de preparo, o que sugere ser necessário reforçar e padronizar o treinamento (TEMPORINI ER, 1992). A execução eventual e não repetida da triagem também é um fator gerador de insegurança e o profissional não se considera preparado ou não reconhece sua devida importância no programa.

Em contrapartida, DAVIS e col. (1985) referem que 74,3% dos professores consideravam-se treinados para observação e adoção de medidas para solucionar problemas de saúde.

A Campanha teve seu sucesso demonstrado pelos números de adesão: em 2000, 495 mil consultas foram realizadas e 300 mil óculos distribuídos.(KARA-JOSÉ & ALVES, 2001). Quase a totalidade das crianças triadas (94,18%) foram atendidas e a maioria dos óculos entregues (84,88%). Dos alunos que tiveram óculos prescritos, houve melhora do rendimento escolar em 85,51%, compatível com achados da literatura.

A compreensão dos pais sobre os propósitos do programa de triagem visual na escola é essencial, vez que a responsabilidade primária sobre a saúde ocular das crianças a eles compete. A família não se sente estimulada a buscar tratamento uma vez que a deficiência não é evidente. Há falta de motivação para tratar doenças que não são óbvias, há carência de recursos para atender as necessidades de saúde da prole em ampla esfera (dificuldades econômicas, sociais e culturais). Por isso, recomenda-se uma ação compartilhada lar-escola-comunidade com um objetivo comum: a saúde do indivíduo.

Criticamente, observa-se que a campanha fornece atendimento inicial numa população carente de informações e com professores reticentes em realizar a triagem. Após, o seguimento é delegado à família, o que geralmente, não ocorre. Funciona como ação emergencial, que sana o problema mais evidente porém necessita de um especialista para dar continuidade ao tratamento proposto. Como há uma melhora com o tratamento emergencial, não há continuidade do tratamento. A doação de óculos não garante o seguimento do tratamento proposto.

Para garantir eficácia do tratamento, é preciso acompanhar essas crianças ao longo do tempo, resultante da interação de vários setores da sociedade, assistenciais e políticos, e principalmente da relação família-professor-escola.

A credibilidade da população no programa o torna mais efetivo. A doação de óculos deve estar prevista no programa, mas os pais também devem estar cientes da necessidade de adquirir outros em prazo de 6 meses ou mais, por mudança refracional ou dano ao óculos (LIMBURG, 1999).

A escola pode e deve participar de ações de promoção da saúde ocular, de identificação e encaminhamento de alunos a especialistas e o professor deve ser capacitado para poder realizar as atividades de prevenção à cegueira (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980; TEMPORINI ER, 1982 e 1988).

A diminuição dos distúrbios oftalmológicos no escolar depende do esforço conjunto do pessoal de ensino, família, comunidade e pessoal de saúde, não devendo unicamente a escola assumir o papel dos pais. Esta funcionaria como um meio facilitador, possibilitando o acesso ao atendimento médico após seleção dos casos de distúrbio visual. (TEMPORINI, 1992)

É necessária a participação consciente e interessada dos profissionais de ensino no programa. Faz parte da ação educativa do professor o controle do comparecimento do aluno triado à consulta oftalmológica e retornos, se necessários forem, conseguindo-se ampliar a cobertura de atendimento do programa.

Realizar o atendimento oftalmológico na escola conforme proposto por muitos não é impossível, embora não garanta um atendimento de qualidade, seja pela inadequação do espaço físico, seja pelo ambiente em si, seja por condições estruturais.

O treinamento do programa, considerado bom por 69,76% dos professores, deve ser melhorado e aprofundado ano a ano, para não ser repetitivo e para melhorar a parceria entre escola, professores e oftalmologistas. Considerar o caráter multidisciplinar do programa, envolvendo educação, marketing, psicologia e pedagogia, sociologia, entre outras áreas (TEMPORINI ER, 1999).

Lembrar que a existência de saúde ao alcance da população, por si só, não assegura níveis desejáveis de higidez, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. É necessário o conhecimento de valores sócio-culturais do complexo família-sociedade, para que seja possível estabelecer uma mentalidade preventiva junto à comunidade sobre as causas de cegueira e como evitá-las (TEMPORINI ER, 1984).

“Aprender e ensinar, já que um implica no outro, sem que jamais um prescindia normalmente do outro. Ensinar o aprendido e aprender o ensinado, refazendo o aprendido e melhorando o ensinar.”

(FREIRE, 2001)



6. CONCLUSÕES

1. Os professores do estudo relataram conhecimento satisfatório sobre triagem visual e saúde ocular, mas não se manifestaram suficientemente seguros para realização de seu papel de triador da Campanha Olho no Olho.

A triagem foi reconhecida como muito importante, porém não como atribuição do professor. O tempo de magistério, carga horária e satisfação profissional não influenciaram na opinião sobre responsabilidade da triagem.

2. O treinamento produzido pela Campanha “Olho no Olho” foi considerado bom, ressaltando-se a necessidade de incluir explicações sobre como conduzir e acompanhar casos de alunos com deficiência visual.

3. A maioria dos professores reconheceu que a triagem por eles realizada, tem obtido bons resultados, melhorando o desempenho do educando.

Ainda na opinião dos respondentes, a adesão dos pais à Campanha foi significativa e o número de crianças encaminhadas e atendidas excelente.



7. SUGESTÕES

- Faz-se necessária o reforço e a padronização do treinamento da Campanha Olho no Olho

- Inclusão da Aferição de acuidade visual no currículo do curso de magistério, ampliando o preparo do professor em relação à saúde do escolar.

-Criar medidas de incentivo e sensibilização dos professores, como realização de palestras explicativas sobre a importância de seu papel na triagem e realizar o exame oftalmológico também nos professores.

-Realização periódica de pesquisas que avaliem o treinamento e as atividades realizadas de saúde ocular.

-Divulgação ampla da Campanha nos meios de comunicação a fim de estimular alunos, professores e familiares.

-Buscar possibilidade de realizar seguimento do aluno, repondo óculos perdidos, quebrados ou desatualizados, atendendo as demais séries do ensino fundamental.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ALVES, MR; KARA JOSÉ, N. **Manual de Orientação ao Professor: Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho**. 2000.40 p.
- 2) ALVES, MR; TEMPORINI, ER; KARA JOSÉ, N. Atendimento oftalmológico de escolares do sistema público de ensino no município de São Paulo – aspectos médico – sociais. **Arq. Bras.Oftalmol.** 63:359-363, 2000.
- 3) ANDERSON, CL; CRESWELL, WH. **School health practice**. 6th ed. St. Louis, CV Mosby, 1976.
- 4) ARMOND, JE; TEMPORINI, ER. Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público do Município de São Paulo, SP – Brasil. **Rev. Saúde Pública.** 34 (1): 9 – 14; 2000.
- 5) ATTEBO, K; MITCHELL, P; CUMMING, R. Prevalence and causes of amblyopia in an adult population. **Ophthalmol.** 105 (1) 154-159, 1998.
- 6) BAILEY, EN. Screening in pediatric practice. **Pediatric Clin N Amer.** 21:123-65, 1974.
- 7) BORG, G; SUNDMARK, E. A comparative study of visual acuity tests for children. **Acta ophthal.** 45:105-13, 1967.
- 8) BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica/Secretaria de Educação Especial. Brasília-MEC:SEESP, 2001. 79p.
- 9) BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: adaptações curriculares / Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação Especial - Brasília: MEC/SEP/SEESP, 1999. 62p.
- 10) BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 12(1):7-30, 1996.

- 11) BRIK, M. Profilaxia da ambliopia – contribuição para o estudo do problema. **Arq. Bras. Oftal.** 34:1-64, 1971.
- 12) BURNS, MJ. Building a priority for national vision health care. **Eye, Ear, Nose, Throat Mon.** 52:353-356, 1973.
- 13) CANDEIAS, NMF. Ensino da saúde: interesses na área de saúde de escolares adolescentes. **Cad. Pesq. S. Paulo.** (50):40-52, 1984.
- 14) CASTRO, RS; PEREIRA, FM; KARA-JOSÉ, N. **Triagem visual e saúde pública em pré escolares, Limeira (SP).** Campinas, 1997. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Ciências Médicas (FCM)-UNICAMP.
- 15) CASTRO, RS; PEREIRA, FM; KARA-JOSÉ, N. Prevalência de vícios refracionais e ambliopia em pré-escolares da cidade de Limeira – São Paulo. **Arq. Bras Oftalmol.** Vol. 61 (4):446-49, 1998.
- 16) DAVIS, C. Health concerns and teacher training of selected elementary teachers in Michigan. **J. Sch. Hlth.** 55:151-3, 1985.
- 17) ELSTON, J. Preschool visual screening. **Br J Ophthalmol.** 79:1063-1065, 1995.
- 18) FREIRE, P. **Política e educação: ensaios.** 5º edição, São Paulo. Cortez, 2001.
- 19) GALOTTI, O. Oftalmologia sanitária: conceituação. **Rev. Bras. Oftalmol.** 34:219-23, 1971.
- 20) GARRIDO, CMB. **Saúde ocular em comunidade de índios e não índios da Região do Alto Rio Negro, Estado do Amazonas, Brasil.** São Paulo, 2000. 97p Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

- 21) GASPARETTO, MERF. **A criança com baixa visão e o desempenho escolar: caracterização do uso do resíduo visual.** Campinas, 1997. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas-Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- 22) HAAG, JH. Observable signs of children's health problems by teacher-how important? **J. Sch. Hlth.** 44 (7):371-3, 1974.
- 23) HENDERSON, JW. The significance of vision problems and youth amblyopia. **J Ped Ophthalmol.** 6:11-5, 1969.
- 24) INGRAM, RM; HOLLAND, WW; WALKER, C. Screening for visual defects in preschool children. **Br. J Ophthalmol.** 70,16-21, 1986.
- 25) KARA-JOSÉ, N; FERRARINI, ML; TEMPORINI, ER. Avaliação do desenvolvimento do Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar em três anos de sua aplicação no Estado de São Paulo. **Arq Brás. Oftalmol.** 40:9-15, 1977.
- 26) KARA-JOSÉ, N; TEMPORINI, ER. Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de primeira série do primeiro grau. **Rev. Saúde Publ.** 14:205-14, 1980.
- 27) KARA-JOSÉ, N; ALVES, MR; BONANOMI, MBC; SOUZA JR, NA.SAMPAIO,MW. Ferimentos perfurantes do globo ocular por acidentes automobilísticos. **Bol Of Sanit Panam,** 95 (6):547-553, 1983.
- 28) KARA-JOSÉ, N; CARVALHO, KMM; CALDATO, R; PEREIRA, VL; OLIVEIRA, AMND; FONSECA NETO, JC. Atendimento de ambliopes e prevalência na população pré-escolar, Campinas, São Paulo, Brasil. **Bol. Of Sanit Panam.** 96 (1), 31:37, 1984.
- 29) KARA-JOSÉ, N; ALMEIDA, GV; ARIETA, CEL. Causas de deficiência visual em crianças. **Bol Of Sanit Panam.** 405-413, 1984.

- 30) KARA-JOSÉ, N; SABA, HC; CARTOCCI, AA; BRAGA, AC; SHIMODA, A; GUIDI, HC; MEIRELLES, JO; GABIATTI, JRE; ALONSO, PC; MENON, RH; TEMPORINI, ER. Conhecimentos e práticas em saúde ocular de 1000 pessoas da cidade de Campinas (SP). **Arq Bras Oftalmol.** 48(5):160-164, 1985.
- 31) KARA-JOSÉ, N; PEREIRA, VL; MELO, HFR; URVANEJA, AO; BRASIL JR, W. Criação do núcleo de Prevenção da Cegueira. **Arq Bras Oftalmol.** 50:145-7, 1987.
- 32) KARA-JOSÉ, N; ALVES, MR. Problemas oculares mais freqüentes em escolares. In Conceição, JAN. **Saúde Escolar: A criança, a vida e a escola.** 195-203, São Paulo, Sorvier. 1994.
- 33) KARA-JOSÉ, N; ALVES, MR. Manual de Orientação ao professor – Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho. 2001. 40p.
- 34) LEAVELL, HR; CLARK, EG. **Medicina preventiva.** S. Paulo, McGraw-Hill, 1976.
- 35) LENNERSTRAND, G; JAKOBSSON, P; KVARNSTROM, G. Screening for ocular dysfunction in children: a common program. **Acta Ophthalmol Scand.** 26-38, 1995.
- 36) LIMBURG, H; VAIDYANATHAN, K; DALAL, HP. Cost-effective screening of schoolchildren for refractive errors. **World Health Forum.** 16 (1):173-8, 1995.
- 37) MACCHIAVERNI, N; KARA-JOSÉ, N; RUEDA, G; PEREIRA, VL; COSTA, MN; RANGEL, FF; FAVERO, M. Levantamento oftalmológico em escolares da primeira a quarta séries do primeiro grau na cidade de Paulínia, São Paulo. **Arq. Bras Oftalmol.** 42 (6):289-294, 1979.
- 38) MICHAELS, D. Indications for prescribing spectacles. **Surv Ophthalmol.** 26 (5) 55-74, 1981.
- 39) MILLER, N. **Ninguém é perfeito.** Campinas, Papirus, 1995.

- 40) NEWMAN, DK; EAST, MM. Prevalence of amblyopia among defaulters of preschool vision screening. **Ophthalmic Epidemiol.** 79(1); 67-71, 2000.
- 41) NEWMAN, DK; HITCHCOCK, A; MCCARTHY, H. Preschool vision screening: outcome of children referred to the hospital eye service. **Br. J Ophthalmol.** 80:1077-1082, 1996.
- 42) OLIVEIRA, RCS; KARA-JOSÉ, N; ARIETA, CEL. Manual da boa visão do escolar. São Paulo. **Imprensa Oficial do Estado.** 2000.
- 43) PIOVESAN, A; TEMPORINI, ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública.** 29 (4):318-25, 1995.
- 44) POTÉRIO, MB; CARDILLO, JA; DE SENNE, F; PELEGRINO, R; KARA-JOSÉ, N; NORATO, DYJ; POTÉRIO, GMB. The feasibility of introducing a visual screening test for children during vaccination campaigns. **J Ped Ophthalmol Strabismus.** 37:68-72, 2000.
- 45) PRESLAN, NW; NOVAK, A. Baltimore Vision Screening Project-Phase 2. **Ophthalmol.** 103:105-109, 1996.
- 46) PRESLAN, NW; NOVAK, A. Baltimore Vision Screening Project-Phase 2. **Ophthalmol.** 105:109, 1998.
- 47) RESNIKOFF, S. National prevention of blindness programmes and vision 2020. **J Comm Eye Health.** 13:49-64, 2000.
- 48) SÃO PAULO, ESTADO. Secretaria da Educação. Serviço de Ensino Primário; Plano de Oftalmologia Sanitária do Escolar, Secretaria da Educação/Secretaria da Saúde, 1971.

- 49) SÃO PAULO, ESTADO. Secretaria da Educação. Serviço de Ensino Primário; Plano de Oftalmologia Sanitária do Escolar e elementos subsidiários, São Paulo, Secretaria da Educação/Secretaria da Saúde. 1973. 30p.
- 50) SEDDON, J; FONG, DA. Survey of vision screening policy of preschool children in the united States. **Surv Ophthalmolol.** 445-457, 1999.
- 51) SIMONS, K. Preschool Vision Screening: Rationale Methodology and Outcomes. **Surv. Ophthalmol.** 41 (1) 3-30, 1996.
- 52) TEMPORINI, ER; KARA-JOSÉ, N; TAIAR, A; FERRARINI, ML. Validade da aferição da acuidade visual realizada pelo professor em escolares de 1ª à 4ª série de primeiro grau de uma escola pública do município de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública.** S. Paulo, 11:229-37, 1977.
- 53) TEMPORINI, ER. Aspectos do plano de oftalmologia sanitária escolar do estado e São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** 16:243-60, 1982.
- 54) TEMPORINI, ER. Ação preventiva em problemas visuais de escolares. **Rev. Saúde Pública.** S. Paulo. 18:259-62, 1984.
- 55) TEMPORINI, ER. [Teachers' perception of a school children's health training program for teachers under the S. Paulo State (Brazil) education system]. **Rev. Saúde Pública.** S. Paulo. 22:411-21, 1988.
- 56) TEMPORINI, ER. Saúde do escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do estado de São Paulo, Brasil, **Rev. Bras. Saúde Escolar.** 2 (3/4), 1992.
- 57) TEMPORINI, ER. Programas de prevenção da cegueira: participação da escola. **Rev. Saúde Escolar.** 2 (1), 1992.
- 58) TEMPORINI, ER; KARA-JOSÉ, N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. **Arq. Bras. Oftalmol.** 58 (3):189-94, 1995.

- 59) TEMPORINI, ER. Promoção da saúde ocular. **Arq. Bras. Oftalmol.** 62 (1):82-4, 1999.
- 60) THYLEFORS, B; NÉGREL, AD; PARAJASEGARAN, R. Global data on blindness. **Bul of World Health Organization.** 73 (1): 115-21, 1995.
- 61) VAN NOORDEN, GK. **Binocular vision and ocular motility: theory and management of strabismus.** 4th ed. St. Louis: mosby, 1990. p280.
- 62) VITAL-DURAND, F; AYZAC, L. Tacking amblyopia in human infants. **Eye.** 10 (2):239-44, 1996.
- 63) WASSERMAN, RC; CROFT, CA; BROTHERTON, SE. Preschool Vision Screening in pediatric practice: a study from the pediatric research in office settings (PROS) Network. **Pediatrics.** 89 (5) 834-838, 1992.
- 64) WICK, B. Comparison of vision screening by lay and professional personnel. **Amer J Optom Physiol Opt.** 53:475-8, 1976.
- 65) WILLIAMSON, TH; ANDREWS, R; DUTTON, GN. Assessment of an inner city visual screening program for preschool children. **Br J Ophthalmol.** 79,1068-1073, 1995.
- 66) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for programmes for the prevention of blindness. Geneva, 1979.
- 67) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategies for the preventions of blindness in national programs – a primary health care approach. Geneva, 1984.



9. ANEXOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP

PESQUISA: Impacto da assistência oftalmológica por mutirão entre escolares do ensino fundamental

PESQUISADOR: Dra. Heloisa Helena Abil Russ

1) Em 2001, quantos anos você completa de magistério? _____ anos	
2) Qual é a sua carga horária <u>semanal</u> como professor? 20 horas(1) _____ 30 horas.....(2) _____ 40 horas(3) _____ mais de 40 horas(4) _____	
3) Você leciona em uma escola apenas, ou em mais de uma escola? Leciono em apenas uma escola(1) _____ Leciono em duas escolas(2) _____ Leciono em mais de duas escolas(3) _____	
4) Qual o seu grau de satisfação em relação ao desempenho da sua atividade docente? Muito satisfeito(a)(1) _____ Medianamente satisfeito(a)(2) _____ Pouco satisfeito(a)(3) _____ Nada satisfeito(a)(4) _____	
5) Avalie o último treinamento sobre as atividades da campanha "Olho no Olho" de que você participou. Assinale sua opinião referente a cada item abaixo mencionado. Ótimo(5) Bom (4) Regular (3) Ruim (2) Péssimo (1)- I. Conteúdo teórico _____ II. Conteúdo prático _____ III. Carga horária _____ IV. Manual de orientação de professores _____ V. Manuais educativos (Boa Visão) _____ VI. Vídeo _____ VII. Orientação dada por oftalmologista _____ VIII. Orientação dada por outros profissionais _____	
6) De modo geral, na sua opinião esse treinamento foi: -Ótimo(1) _____ -Bom(2) _____ -Regular(3) _____ -Ruim(4) _____ -Péssimo(5) _____ -Não tenho opinião(6) _____	

7) Assinale o que você aprendeu no último treinamento e o que você já sabia antes: (RESPONDA A TODAS AS ALTERNATIVAS)

	Aprendeu no treinamento(1)	Sabia antes(2)	Não foi abordado(3)
Aplicar teste de acuidade visual visual			
Reconhecer sinais de dificuldade visual alunos			
Encaminhar aluno à consulta oftalmol			
Orientar pais sobre dificuldades visuai alunos			
Registrar dados referentes à triagem visual que você fez			
Controle do caso de aluno com dificuldade visual (óculos,cirurgia, retorno ao médico)			

8) Quem assistiu o último treinamento do qual você participou?	
-Professores (2) _____	
-Orientadores educacionais (4) _____	
-Diretores (8) _____	
-Supervisores(16) _____	
-Auxiliares de direção(32) _____	
9) Você acha necessário receber mais explicações sobre: (RESPONDA A TODAS AS ALTERNATIVAS)	
	Sim (1) Não (2)
I.A aplicação do teste de acuidade visual? _____	_____
II.Como fazer a observação de sinais que indicam dificuldade visual do aluno? _____	_____
III.Critério para encaminhar aluno ao oftalmologista? _____	_____
IV.Como orientar o aluno para o encaminhamento ao oftalmologista? _____	_____
V.Como orientar a família do aluno que tem dificuldade visual? _____	_____
VI.Como registrar dados referentes à triagem visual na escola? _____	_____
VII.Como controlar o caso de aluno encaminhado para consulta oftalmológica? _____	_____
10) Na sua opinião, qual o melhor período do ano letivo para a realização da triagem visual na escola?	
-No 1º trimestre do ano letivo(1) _____	
-No 2º trimestre do ano letivo(2) _____	
-No 3º trimestre do ano letivo(3) _____	
-No 4º trimestre do ano letivo(4) _____	
-Não importa o período (5) _____	
11) Na sua opinião, a quem caberia aplicar o teste de acuidade visual em escolares?	
-Ao professor da classe(2) _____	
-Ao agente de saúde(4) _____	
-A outro funcionário da escola(8) _____	
-Ao médico oftalmologista(16) _____	

<p>12) Na sua experiência, em relação à última triagem visual de seus alunos, dos que foram encaminhados à consulta oftalmológica:</p> <p>-Todos foram atendidos(1) ___</p> <p>-A maioria foi atendida(2) ___</p> <p>-A minoria foi atendida(3) ___</p> <p>-Nenhum foi atendido (PASSE P/Q 15)(4) ___</p> <p>-Desconheço se houve atendimento (PASSE P/Q 15).....(5) ___</p>	
<p>13) Você notou alguma mudança no desempenho escolar dos alunos que, após a consulta oftalmológica, passaram a usar óculos?</p> <p>-Notei grande mudança.....(1) ___</p> <p>-Notei uma mudança mediana(2) ___</p> <p>-Notei pequena mudança(3) ___</p> <p>-Notei que não houve mudança(4) ___</p>	
<p>14) Dos alunos que receberam óculos, eles costumam usa-los na classe?</p> <p>-Todos os que tem óculos, usam(1) ___</p> <p>-Nem todos que tem óculos, usam.....(2) ___</p> <p>-Nenhum destes alunos está usando os óculos(3) ___</p>	
<p>15) Houve dificuldades para a realização do exame oftalmológico das crianças? Qual(is)? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p> Sim:</p> <p>-O cronograma de atendimento foi curto(2)</p> <p>-é difícil deslocar o professor sem atrapalhar o andamento da escola(4)</p> <p>-falta de confiança dos pais no exame(8)</p> <p>-desconhecimento dos pais sobre a dificuldade visual do filho(16)</p> <p>-distância do local do exame(32)</p> <p>-outra razão(64)</p> <p>-Não houve dificuldades(99)</p>	<p>___</p>
<p>16) Os pais mostraram interesse sobre as atividades da campanha?</p> <p>-Sim, muitos pais(1) ___</p> <p>-Sim, cerca de 50% dos pais(2) ___</p> <p>-Sim, poucos pais(3) ___</p> <p>-Não, nenhum(4) ___</p>	
<p>17) Quais foram as dificuldades apontadas pelos pais para os filhos não terem sido atendidos na Campanha?</p> <p style="text-align: right;">Sim (1) Não (2)</p> <p>-Desconhecimento sobre a dificuldade visual do filho ___</p> <p>-Falta de dinheiro ___</p> <p>-Falta de transporte ___</p> <p>-Impossibilidade de faltar ao trabalho ___</p> <p>-Desconhecimento da data da consulta oftalmológica ___</p>	

<p>18) Na sua opinião, o que deve fazer o professor em relação ao aluno que usa óculos? Sim (1) Não (2)</p> <p>-Verificar se está usando os óculos..... _____</p> <p>-Estimulá-lo a usar os óculos _____</p> <p>-Explicar para a classe o que significa o uso de óculos _____</p> <p>-Observar a limpeza das lentes _____</p> <p>-Ensinar a limpar os óculos _____</p>	
<p>19) Em relação à entrega dos óculos aos alunos, até o presente momento:</p> <p>- todos os óculos foram entregues(1) _____</p> <p>- quase todos os óculos foram entregues(2) _____</p> <p>- mais ou menos metade foi entregue(3) _____</p> <p>- quase nenhum, poucos foram entregues(4) _____</p> <p>- nenhum óculos foi entregue(5) _____</p>	
<p>20) Como você avalia a participação do pessoal da sua escola nas atividades da Campanha “ Olho no Olho”?</p> <p>-ótima(1) _____</p> <p>-boa(2) _____</p> <p>-regular(3) _____</p> <p>-má(4) _____</p> <p>-péssima(5) _____</p>	
<p>21) Assinale na lista abaixo a(s) sugestão(ões) com que você concorda para melhorar próximas campanhas: (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>-exame oftalmológico realizado na escola(2) _____</p> <p>-Treinamento dado por pessoal não-médico(4) _____</p> <p>-Ampliação do tempo para realização da campanha(8) _____</p> <p>-Exame oftalmológico realizado no posto de saúde(16) _____</p> <p>-Aplicação do teste de acuidade visual por profissional da área de saúde(32) _____</p> <p>-Antecipação do início das atividades da campanha(64) _____</p>	
<p>22) Na sua opinião, a campanha para identificar e tratar problemas visuais de escolares realizada na escola é:</p> <p>-muito importante(1) _____</p> <p>-medianamente importante(2) _____</p> <p>-pouco importante(3) _____</p> <p>-nada importante(4) _____</p> <p>-Não tenho opinião(5) _____</p>	

CAROS SENHORES(AS),

O questionário que vão responder faz parte de um projeto de pesquisa de pós-graduação, nível mestrado da Universidade Estadual de Campinas. Ele é dirigido a todos os que participaram do treinamento realizado pela Secretaria Municipal de Educação a respeito da Campanha Nacional “Olho no Olho”. Você só responderá a um questionário.

- 1) Caso você seja **Professor Regente**, favor preencher o questionário de número “1”.
- 2) Caso você ocupe **outra função**(orientador, supervisor, auxiliar de ensino,etc), por favor, preencha o questionário de número “2”.

A sua contribuição me é muito importante,

Agradeço desde já a colaboração e me coloco à disposição,

Dra. Heloisa Helena Abil Russ

Médica-Oftalmologista

CRM 18526

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP

PESQUISA: Impacto da assistência oftalmológica por mutirão entre escolares do ensino fundamental

PESQUISADOR: Dra. Heloisa Helena Abil Russ

Questionário nº 1

1) Em 2001, quantos anos você completa de magistério? _____ anos	
2) Qual é a sua carga horária <u>semanal</u> como professor? 20 horas(1) _____ 30 horas.....(2) _____ 40 horas(3) _____ mais de 40 horas(4) _____	
3) Você leciona em uma escola apenas, ou em mais de uma escola? Leciono em apenas uma escola(1) _____ Leciono em duas escolas(2) _____ Leciono em mais de duas escolas(3) _____	
4) Qual o seu grau de satisfação em relação ao desempenho da sua atividade docente? Muito satisfeito(a)(1) _____ Medianamente satisfeito(a)(2) _____ Pouco satisfeito(a)(3) _____ Nada satisfeito(a)(4) _____	
5) Avalie o último treinamento sobre as atividades da campanha "Olho no Olho" de que você participou. Assinale sua opinião referente a cada item abaixo mencionado. Ótimo(5) Bom (4) Regular (3) Ruim (2) Péssimo (1)- I. Conteúdo teórico _____ II. Conteúdo prático _____ III. Carga horária _____ IV. Manual de orientação de professores _____ V. Manuais educativos (Boa Visão) _____ VI. Vídeo _____ VII. Orientação dada por oftalmologista _____ VIII. Orientação dada por outros profissionais _____	
6) De modo geral, na sua opinião esse treinamento foi: -Otimo(1) _____ -Bom(2) _____ -Regular(3) _____ -Ruim(4) _____ -Péssimo(5) _____ -Não tenho opinião(6) _____	

7) Assinale o que você aprendeu no último treinamento e o que você já sabia antes: (RESPONDA A TODAS AS ALTERNATIVAS)

	Aprendeu no treinamento(1)	Sabia antes(2)	Não foi abordado(3)
Aplicar teste de acuidade visual visual			
Reconhecer sinais de dificuldade visual alunos			
Encaminhar aluno à consulta oftalmol			
Orientar pais sobre dificuldades visuai alunos			
Registrar dados referentes à triagem visual que você fez			
Controle do caso de aluno com dificuldade visual (óculos,cirurgia, retorno ao médico)			

8) Quem assistiu o último treinamento do qual você participou?		
-Professores	(2) _____	
-Orientadores educacionais	(4) _____	
-Diretores	(8) _____	
-Supervisores	(16) _____	
-Auxiliares de direção	(32) _____	
9) Você acha necessário receber mais explicações sobre: (RESPONDA A TODAS AS ALTERNATIVAS)		
	Sim (1)	Não (2)
I.A aplicação do teste de acuidade visual?	_____	_____
II.Como fazer a observação de sinais que indicam dificuldade visual do aluno?	_____	_____
III.Critério para encaminhar aluno ao oftalmologista?	_____	_____
IV.Como orientar o aluno para o encaminhamento ao oftalmologista?	_____	_____
V.Como orientar a família do aluno que tem dificuldade visual?	_____	_____
VI.Como registrar dados referentes à triagem visual na escola?	_____	_____
VII.Como controlar o caso de aluno encaminhado para consulta oftalmológica?	_____	_____
10) Na sua opinião, qual o melhor período do ano letivo para a realização da triagem visual na escola?		
-No 1° trimestre do ano letivo	(1) _____	
-No 2° trimestre do ano letivo	(2) _____	
-No 3° trimestre do ano letivo	(3) _____	
-No 4° trimestre do ano letivo	(4) _____	
-Não importa o período	(5) _____	
11) Na sua opinião, a quem caberia aplicar o teste de acuidade visual em escolares?		
-Ao professor da classe	(2) _____	
-Ao agente de saúde	(4) _____	
-A outro funcionário da escola	(8) _____	
-Ao médico oftalmologista	(16) _____	
12) Na sua experiência, em relação à última triagem visual de seus alunos, dos que foram		

encaminhados à consulta oftalmológica:	
-Todos foram atendidos(1)	___
-A maioria foi atendida(2)	___
-A minoria foi atendida(3)	___
-Nenhum foi atendido (PASSE P/Q 15)(4)	___
-Desconheço se houve atendimento (PASSE P/Q 15).....(5)	___

13) Você notou alguma mudança no desempenho escolar dos alunos que, após a consulta oftalmológica, passaram a usar óculos?	
-Notei grande mudança.....(1)	___
-Notei uma mudança mediana(2)	___
-Notei pequena mudança(3)	___
-Notei que não houve mudança(4)	___

14) Dos alunos que receberam óculos, eles costumam usa-los na classe?	
-Todos os que tem óculos, usam(1)	___
-Nem todos que tem óculos, usam.....(2)	___
-Nenhum destes alunos está usando os óculos(3)	___

15) Houve dificuldades para a realização do exame oftalmológico das crianças? Qual(is)? (UMA C RESPOSTAS)	
Sim:	
-O cronograma de atendimento foi curto(2)	
-é difícil deslocar o professor sem atrapalhar o andamento da escola(4)	
-falta de confiança dos pais no exame(8)	
-desconhecimento dos pais sobre a dificuldade visual do filho(16)	
-distância do local do exame(32)	
-outra razão(64)	
-Não houve dificuldades(99)	___

16) Os pais mostraram interesse sobre as atividades da campanha?	
-Sim, muitos pais(1)	___
-Sim, cerca de 50% dos pais(2)	___
-Sim, poucos pais(3)	___
-Não, nenhum(4)	___

17) Quais foram as dificuldades apontadas pelos pais para os filhos não terem sido atendidos na Campanha?	
	Sim (1) Não (2)
-Desconhecimento sobre a dificuldade visual do filho	___
-Falta de dinheiro	___
-Falta de transporte	___
-Impossibilidade de faltar ao trabalho	___
-Desconhecimento da data da consulta oftalmológica	___

<p>18) Na sua opinião, o que deve fazer o professor em relação ao aluno que usa óculos? Sim (1) Não (2)</p> <p>-Verificar se está usando os óculos..... _____</p> <p>-Estimulá-lo a usar os óculos _____</p> <p>-Explicar para a classe o que significa o uso de óculos _____</p> <p>-Observar a limpeza das lentes _____</p> <p>-Ensinar a limpar os óculos _____</p>	
<p>19) Em relação à entrega dos óculos aos alunos, até o presente momento:</p> <p>-todos os óculos foram entregues(1) _____</p> <p>-quase todos os óculos foram entregues(2) _____</p> <p>-mais ou menos metade foi entregue(3) _____</p> <p>-quase nenhum, poucos foram entregues(4) _____</p> <p>-nenhum óculos foi entregue(5) _____</p>	
<p>20) Como você avalia a participação do pessoal da sua escola nas atividades da Campanha “Olho”?</p> <p>-ótima(1) _____</p> <p>-boa(2) _____</p> <p>-regular(3) _____</p> <p>-má(4) _____</p> <p>-péssima(5) _____</p>	
<p>21) Assinale na lista abaixo a(s) sugestão(ões) com que você concorda para melhorar próximas campanhas (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>-exame oftalmológico realizado na escola(2) _____</p> <p>-Treinamento dado por pessoal não-médico(4) _____</p> <p>-Ampliação do tempo para realização da campanha(8) _____</p> <p>-Exame oftalmológico realizado no posto de saúde(16) _____</p> <p>-Aplicação do teste de acuidade visual por profissional da área de saúde(32) _____</p> <p>-Antecipação do início das atividades da campanha(64) _____</p>	
<p>22) Na sua opinião, a campanha para identificar e tratar problemas visuais de escolares realizada na escola é:</p> <p>-muito importante(1) _____</p> <p>-medianamente importante(2) _____</p> <p>-pouco importante(3) _____</p> <p>-nada importante(4) _____</p> <p>-Não tenho opinião(5) _____</p>	

7) Assinale o que você aprendeu no último treinamento e o que você já sabia antes: (RESPONDA A TODAS AS ALTERNATIVAS)

	Aprendeu no treinamento(1)	Sabia antes(2)	Não foi abordado(3)
Aplicar teste de acuidade visual visual			
Reconhecer sinais de dificuldade visual alunos			
Encaminhar aluno à consulta oftalmol			
Orientar pais sobre dificuldades visuai alunos			
Registrar dados referentes à triagem visual que você fez			
Controle do caso de aluno com dificuldade visual (óculos,cirurgia, retorno ao médico)			

8) Quem assistiu o último treinamento do qual você participou?		
-Professores	(2) _____	
-Orientadores educacionais	(4) _____	
-Diretores	(8) _____	
-Supervisores	(16) _____	
-Auxiliares de direção	(32) _____	
9) Você acha necessário receber mais explicações sobre: (RESPONDA A TODAS AS ALTERNATIVAS)		
	Sim (1)	Não (2)
I.A aplicação do teste de acuidade visual?	_____	_____
II.Como fazer a observação de sinais que indicam dificuldade visual do aluno?	_____	_____
III.Critério para encaminhar aluno ao oftalmologista?	_____	_____
IV.Como orientar o aluno para o encaminhamento ao oftalmologista?		_____
V.Como orientar a família do aluno que tem dificuldade visual?		_____
VI.Como registrar dados referentes à triagem visual na escola?	_____	_____
VII.Como controlar o caso de aluno encaminhado para consulta oftalmológica?	_____	_____
10) Na sua opinião, qual o melhor período do ano letivo para a realização da triagem visual na escola?		
-No 1º trimestre do ano letivo	(1) _____	
-No 2º trimestre do ano letivo	(2) _____	
-No 3º trimestre do ano letivo	(3) _____	
-No 4º trimestre do ano letivo	(4) _____	
-Não importa o período	(5) _____	
11) Na sua opinião, a quem caberia aplicar o teste de acuidade visual em escolares?		
-Ao professor da classe	(2) _____	
-Ao agente de saúde	(4) _____	
-A outro funcionário da escola	(8) _____	
-Ao médico oftalmologista	(16) _____	

<p>12) Na sua experiência, em relação à última triagem visual de seus alunos, dos que foram encaminhados à consulta oftalmológica:</p> <p>-Todos foram atendidos(1) _____</p> <p>-A maioria foi atendida(2) _____</p> <p>-A minoria foi atendida(3) _____</p> <p>-Nenhum foi atendido (PASSE P/Q 15)(4) _____</p> <p>-Desconheço se houve atendimento (PASSE P/Q 15).....(5) _____</p>	
---	--

<p>13) Houve dificuldades para a realização do exame oftalmológico das crianças? Qual(is)? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>Sim:</p> <p>-O cronograma de atendimento foi curto(2)</p> <p>-é difícil deslocar o professor sem atrapalhar o andamento da escola(4)</p> <p>-falta de confiança dos pais no exame(8)</p> <p>-desconhecimento dos pais sobre a dificuldade visual do filho(16)</p> <p>-distância do local do exame(32)</p> <p>-outra razão(64)</p> <p>-Não houve dificuldades(99)</p>	<p>crianças? Qual(is)? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>_____</p>
--	---

<p>14) Os pais mostraram interesse sobre as atividades da campanha?</p> <p>-Sim, muitos pais(1) _____</p> <p>-Sim, cerca de 50% dos pais(2) _____</p> <p>-Sim, poucos pais(3) _____</p> <p>-Não, nenhum(4) _____</p>	
--	--

<p>15) Quais foram as dificuldades apontadas pelos pais para os filhos não terem sido atendidos na Campanha?</p> <p style="text-align: right;">Sim (1) Não (2)</p> <p>-Desconhecimento sobre a dificuldade visual do filho _____</p> <p>-Falta de dinheiro _____</p> <p>-Falta de transporte _____</p> <p>-Impossibilidade de faltar ao trabalho _____</p> <p>-Desconhecimento da data da consulta oftalmológica _____</p>	
---	--

<p>16)Em relação à entrega dos óculos aos alunos, até o presente momento:</p> <p>-todos os óculos foram entregues(1) _____</p> <p>-quase todos os óculos foram entregues(2) _____</p> <p>-mais ou menos metade foi entregue(3) _____</p> <p>-quase nenhum , poucos foram entregues(4) _____</p> <p>-nenhum óculos foi entregue(5) _____</p>	
--	--

<p>17) Como você avalia a participação do pessoal da sua escola nas atividades da Campanha “ Olho no Olho”?</p> <p>-ótima(1) _____</p> <p>-boa(2) _____</p> <p>-regular(3) _____</p> <p>-má(4) _____</p> <p>-péssima(5) _____</p>	
--	--

<p>18) Assinale na lista abaixo a(s) sugestão(ões) com que você concorda para melhorar próximas campanhas: (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>-exame oftalmológico realizado na escola(2) ___</p> <p>-Treinamento dado por pessoal não-médico(4) ___</p> <p>-Ampliação do tempo para realização da campanha(8) ___</p> <p>-Exame oftalmológico realizado no posto de saúde(16) ___</p> <p>-Aplicação do teste de acuidade visual por profissional da área de saúde(32) ___</p> <p>-Antecipação do início das atividades da campanha(64) ___</p>	
<p>19) Na sua opinião, a campanha para identificar e tratar problemas visuais de escolares realizada na escola é:</p> <p>-muito importante(1) ___</p> <p>-medianamente importante(2) ___</p> <p>-pouco importante(3) ___</p> <p>-nada importante(4) ___</p> <p>-Não tenho opinião(5) ___</p>	

Lista de abreviaturas

f = frequência

% = porcentagem

VEM = Valor Escalar Médio

TAV = Teste de Acuidade Visual

AV = Acuidade Visual