

DR
172

27
EDMÉA RITA TEMPORINI

Ø

SAÚDE DO ESCOLAR

Conduta e Opinião de Professores do
Sistema de Ensino do Estado de São Paulo

*Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo, Departamento de Práti
ca de Saúde Pública, para obten
ção do título de Doutor em Saúde
Pública.*

Orientadora: Profa. NELLY MARTINS FERREIRA CANDEIAS



SÃO PAULO
1986

"Venho ensinando no colegial há dez anos. Nesse meio tempo dei aulas a, entre outros, um assassino, um evangelista, um pugilista, um ladrão e um imbecil. O assassino era um garotinho quieto que se sentava na carteira da frente e me fitava com pálidos olhos azuis; o evangelista, certamente o mais popular garoto da escola, era o líder da 3a. série; o pugilista passava o tempo ociosamente à janela e soltava nos intervalos uma gargalhada rouca que amedrontava até mesmo os gerânios; o ladrão era um libertino atrevido com uma canção nos seus lábios e o imbecil, um animalzinho de olhos suaves buscando as sombras. O assassino espera a morte na penitenciária estadual; o evangelista jaz agora há um ano no cemitério da cidade; o pugilista perdeu um olho numa rixa em Hong Kong; o ladrão, ficando na ponta do pé, pode ver, da cadeia municipal, as janelas do meu quarto e o pequeno excepcional, antes de olhos gentis, bate sua cabeça contra as paredes acolchoadas do asilo estadual. Todos estes alunos uma vez sentaram-se em minha sala, sentaram-se e fitaram-me gravemente do outro lado de carteiras marrons. Devo ter ajudado muito aqueles alunos — ensinei-lhes o esquema de rimas do soneto Elizabethano e como analisar uma sentença com posta."

(De um professor, há 45 anos atrás)

As minhas filhas,

Silvia Helena

e

Ana Lúcia

*Ao Professor Armando Piovesan,
iniciador do meu aprendizado
na metodologia científica*

AGRADECIMENTOS

À Professora NELLY MARTINS FERREIRA CANDEIAS, pela orientação segura e estímulo contínuo durante a realização do presente trabalho.

Ao Professor ARMANDO PIOVESAN, pelas valiosas sugestões e generosa compreensão.

À Professora EUNICE PINHO DE CASTRO SILVA, pela orientação precisa imprimida ao estabelecimento da população de análise.

Ao Professor JAIR LÍCIO FERREIRA SANTOS, pela competente assessoria nos aspectos estatísticos deste estudo.

Ao Professor WALTER SIDNEY PEREIRA LESER, co-iniciador do "Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar", pelo entusiasmo e apoio demonstrados à escolha do objeto de estudo.

Ao Professor RUBENS MURILLO MARQUES, pelo interesse e tempo dispensados nas discussões iniciais do projeto de pesquisa.

Ao Professor CORNELIO PEDROSO ROSEMBURG e ao Doutor JOSE AUGUSTO NIGRO CONCEIÇÃO, pelas observações estimulantes na fase de planejamento.

A FERNÃO DIAS LIMA, pelo cuidadoso processamento dos dados.

As Educadoras de Saúde Pública DOLLY MENDES, MARIA IGNEZ LAMBERT, NILZA DE ALMEIDA MARQUES e SHIOMI OKANO HIRATA, da Equipe Técnica - Educação em Saúde, do Departamento de Assistência ao Escolar da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, pela colaboração e oportunas sugestões.

As SUPERVISORAS REGIONAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE e aos EDUCADORES DE SAÚDE PÚBLICA INSPETORES, do Departamento de Assistência ao Escolar da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, pelo inestimável auxílio durante as fases de estudo exploratório, teste prévio do questionário e coleta de dados.

As Professoras LIA REISMANN PRUKS, MARIA NICIA PESTANA DE CASTRO COSTA e WILMA POZO AURICCHIO, da Equipe Técnica de Análise Sócio-Econômico-Demográfica da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, pelos comentários e subsídios técnicos que muito contribuíram para o aperfeiçoamento do presente trabalho.

As autoridades escolares dos níveis regional, sub-regional e local, da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, pelas condições facilitadoras à coleta de dados.

Aos ORIENTADORES DE AÇÕES DE ASSISTÊNCIA AO ESCOLAR dos municípios selecionados para estudo, pela valiosa ajuda na obtenção dos dados aqui apresentados.

Aos PROFESSORES DA PRIMEIRA SÉRIE DO PRIMEIRO GRAU que constituíram a população de análise, pela compreensão demonstrada.

A COORDENAÇÃO DO APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES), AO CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE e à BIBLIOTECA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, pelo auxílio na obtenção de cópias de artigos científicos.

A DAISY PIRES NORONHA, pela revisão das referências bibliográficas.

A MARIA DO CARMO MEDEIROS, pela realização de trabalhos de datilografia.

A GENI APARECIDA FÁVERO, pelo trabalho gráfico de mapas.

A CORNELIA FROTA FERREIRA, pela ajuda na elaboração do "summary".

I N D I C E

	Pág.
I. INTRODUÇÃO	1
II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
A. Problemas de Saúde do Escolar	11
B. Educação em Saúde na Escola	15
C. Programas de Saúde na Escola	17
D. Preparo de Professores em Saúde do Es colar	31
III. OBJETIVOS	42
IV. METODOLOGIA	45
A. Tipo de Estudo	46
B. Variáveis Seleccionadas	46
1. Variáveis Dependentes	46
2. Variáveis Independentes	50
C. População	52
D. Instrumento	59
1. Estudo Exploratório	59
2. Elaboração do Questionário	61
3. Consulta a Especialistas	62

	pág.
4. Prê-Teste	63
5. Questionário Definitivo	64
E. Coleta de Dados	64
1. Fase Preliminar	64
2. Execução	66
F. Revisão Crítica e Codificação	67
G. Processamento de Dados	67
H. Tratamento dos Dados	68
1. Coeficientes de Contingência e de Correlação de Kendall	68
2. Valor Escalar Médio	69
I. RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
A. Considerações Preliminares	75
B. Descrição da População	77
1. Características Pessoais e Profis sionais	78
2. Características de Preparo	81
C. Resultados Relativos às Variáveis De pendentes	97

	pág.
1. Estudo Descritivo	97
a) Conduta do Professor	97
b) Opinião do Professor	113
2. Estudo Analítico	134
a) Município-sede da escola	134
b) Idade	176
c) Ter/não ter filhos cursando classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau	181
d) Jornada de trabalho docente	185
e) Tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau	191
f) Recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar"	200
g) Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar"	204
h) Recebimento de explicações do OAE sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar"	210
i) Auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde	213

j)	Auto-avaliação do preparo para orientar alunos sobre problemas de saúde mais comuns	215
1)	Auto-avaliação quanto a ter <u>con</u> tribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos	218
VI.	PRINCIPAIS RESULTADOS	222
VII.	CONCLUSÕES	230
VIII.	SUGESTÕES	233
IX.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	236
X.	ANEXOS	257
	1. Roteiro de entrevista	
	2. Carta introdutória ao pré-teste	
	3. Questionário	
	4. Instruções sobre o questionário	
	5. Agenda de reunião	
	6. Instruções para o aplicador	

ÍNDICE DE TABELAS

Nº	pág.
1. Distribuição de professores da 1ª. série do 1º grau de escolas estaduais, nos 13 municípios do Estado de São Paulo selecionados para o estudo	58
2. Características pessoais de professores da 1ª. série do 1º grau de escolas estaduais, de 13 municípios do Estado de São Paulo	78
3. Características profissionais de professores da 1ª. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo	79
4. Recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar"	82
5. Recebimento de explicações por meio do orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar"	87
6. Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar"	87
7. Programação de Educação em Saúde: explicações do orientador de ações de assistência ao escolar	90
8. Explicações recebidas do orientador de ações de assistência ao escolar: formas de associação	91

9.	Explicações recebidas do orientador de ações de assistência ao escolar: número de respostas afirmativas às oito questões apresentadas	92
10.	Auto-avaliação do preparo para realizar a observação do estado de saúde dos alunos	94
11.	Auto-avaliação do preparo para orientar alunos sobre problemas de saúde mais comuns	95
12.	Auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos	96
13.	Meios utilizados para identificar alunos com problemas de saúde	98
14.	Identificação de aluno com problema de saúde	100
15.	Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde dos alunos	101
16.	Observação da saúde dos alunos, encaminhamento ao orientador de ações de assistência ao escolar e encaminhamento a serviço de saúde	108
17.	Observação da saúde dos alunos, encaminhamento a serviço de saúde e seguimento de casos	110

Nº	Pág.
18.	Encaminhamento de aluno a serviço de saúde, registro e seguimento de casos 112
19.	Opinião sobre atribuições do professor na programação de educação em saúde do Departamento de Assistência ao Escolar 114
20.	Opinião sobre quem deveria providenciar <u>en</u> caminhamento de aluno triado pelo professor 117
21.	Opinião sobre quem deveria providenciar <u>en</u> caminhamento de aluno triado pelo professor, segundo a realização de encaminhamento de aluno a serviço de saúde 121
22.	Opinião e incumbência do registro dos casos triados pelo professor 123
23.	Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de dados para seguimento de casos 126
24.	Opinião sobre a incumbência do registro de caso triado pelo professor e opinião sobre a incumbência do registro de dados para <u>se</u> guimento de caso 129
25.	Opinião sobre a melhor forma de obter <u>infor</u> mações para fins de levantamento de <u>recur</u> sos previdenciários dos alunos 130
26.	Opinião quanto à necessidade de observar <u>di</u> ariamente as condições de saúde dos alunos . 131

Nº	Pág.
27. Opinião quanto ao fato do acréscimo da atividade de observação das condições de saúde do aluno nas atribuições do professor, ser compensado por melhoria na aprendizagem	131
28. Observação da saúde dos alunos, segundo a opinião quanto a ser essa uma atribuição do professor	133
29. Recebimento de explicações do orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo o município	135
30. Recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo o município	137
31. Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo o município	139
32. Auto-avaliação do preparo para realizar a observação da saúde dos alunos, segundo o município	140
33. Auto-avaliação do preparo para orientar os alunos sobre problemas de saúde mais comuns, segundo o município	141
34. Auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos, segundo o município	142

35. Ordenação dos municípios segundo cada uma das auto-avaliações 143
36. Média das posições ocupadas pelos municípios nas distribuições referentes às auto-avaliações 144
37. Utilização da observação de saúde para identificar alunos com problemas de saúde, segundo o município 148
38. Utilização de informação da família para identificar aluno com problema de saúde, segundo o município 149
39. Aplicação de teste de acuidade visual para identificar alunos com problemas, segundo o município 150
40. Média das posições ocupadas pelos municípios nas distribuições referentes à utilização de meios para identificar alunos com problemas de saúde 151
41. Observação de saúde dos alunos, segundo o município 153
42. Levantamento de recursos previdenciários dos alunos com problemas de saúde, segundo o município 154
43. Encaminhamento de aluno com problema de saúde ao orientador de ações de assistência ao escolar, segundo o município 155

Nº	pág.
44. Encaminhamento de aluno com problema de saú de a serviço de saúde, segundo o município	156
45. Orientação a aluno sobre seu problema de saúde, segundo o município	157
46. Orientação à família sobre problema de saú de do aluno, segundo o município	158
47. Registro do problema de saúde do aluno, se gundo o município	159
48. Seguimento de caso encaminhado, segundo o município	160
49. Solicitação de providências à direção da es cola para afastamento de aluno com doença transmissível, segundo o município	161
50. Média das posições ocupadas pelos municí pios nas distribuições referentes à realiza ção de atividades com vistas à identifica ção e atendimento de problemas de saúde dos alunos	162
51. Opinião sobre quem deveria providenciar o encaminhamento de aluno triado pelo profes sor, segundo o município	164
52. Opinião sobre necessidade e incumbência do registro dos casos triados pelo professor, segundo o município	166

53. Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de dados para seguimento de casos, segundo o município 168
54. Média das posições ocupadas pelos municípios nas distribuições referentes à opinião sobre incumbência do encaminhamento de aluno triado pelo professor e sobre necessidade e incumbência do registro de dados 170
55. Opinião sobre a observação de saúde como atribuição do professor, segundo o município 172
56. Opinião sobre se o professor deve fazer o levantamento de recursos previdenciários dos alunos para seu encaminhamento, segundo o município 173
57. Opinião sobre se compete ao professor orientar a família a respeito de problema de saúde do aluno, segundo o município 174
58. Opinião sobre se o professor deve verificar seguimento de tratamento prescrito ao aluno, segundo o município 175
59. Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, segundo a idade 177

60. Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, segundo a situação de ter ou não filho cursando classe de 1a. a 4a. série do 1º grau 182
61. Utilização de informação dada pela família para identificar aluno com problema de saúde, segundo a jornada de trabalho docente 186
62. Realização de atividades da programação de educação em saúde, segundo a jornada de trabalho docente 187
63. Opinião sobre atribuições conferidas ao professor na programação de educação em saúde, segundo a jornada de trabalho docente 189
64. Opinião sobre incumbência de atividades da programação de educação em saúde, segundo a jornada de trabalho docente 190
65. Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau 192
66. Opinião quanto à observação de saúde dos alunos como atribuição do professor, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau 195

67. Opinião sobre quem deveria providenciar o encaminhamento de aluno triado pelo professor, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau . . . 196
68. Opinião sobre se o professor deve verificar o seguimento de tratamento prescrito ao aluno, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau . . . 197
69. Opinião sobre necessidade e incumbência do registro dos casos triados pelo professor, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau 198
70. Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de dados para seguimento de casos, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau 199
71. Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo seu recebimento e leitura 200
72. Observação de condições de saúde dos alunos, segundo o recebimento e a leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar" . . 201
73. Opinião sobre a observação de saúde como atribuição do professor, segundo o recebimento e a leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar" 202

74. Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, segundo a auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar" 204
75. Auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde, segundo a auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar" 208
76. Auto-avaliação do preparo para realizar a observação da saúde dos alunos, segundo o recebimento de explicações do orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar" 210
77. Realização de atividades da programação de educação em saúde, segundo o recebimento de explicações do orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar" 212
78. Observação de saúde dos alunos, segundo a auto-avaliação do preparo para realizar essa atividade 213
79. Opinião sobre a observação de saúde como atribuição do professor, segundo a auto-avaliação do preparo para realizar essa atividade 214

80. Orientação a aluno sobre seu problema de sa_
ūde, segundo a auto-avaliação do preparo pa_
ra orientar os alunos sobre problemas de sa_
ūde mais comuns 216
81. Realização de atividades da programação de
educação em saúde, segundo a auto-avaliação
quanto a ter contribuído para identificação
e solução de problemas de saúde de alunos . . 218

ÍNDICE DE QUADROS

Nº	pág.
1 e 2. Recebimento e leitura do manual "Ob <u>servação</u> de Saúde do Escolar"	83 e 84
3. Opinião sobre quem deveria providen <u>ciar</u> o encaminhamento de aluno tria <u>do</u> pelo professor	118
4. Opinião sobre necessidade e incum <u>bência</u> do registro de casos triados pelo professor	124
5. Opinião sobre necessidade e incum <u>bência</u> do registro de dados para se <u>guimento</u> de casos	127

RESUMO

Esta pesquisa tem por objeto o estudo da con
duta e opinião de professores na identificação e atendi
mento de alunos com problemas de saúde, tendo em vista o
desenvolvimento de projeto do Departamento de Assistên
cia ao Escolar, da Secretaria de Estado da Educação de
São Paulo. Pretende-se oferecer subsídios para o plane
jamento de programas de orientação em saúde aos setores
governamentais interessados na temática.

A população foi constituída por 532 profes
sores da primeira série do primeiro grau, de escolas es
taduais situadas em treze municípios do Estado de São
Paulo, onde inicialmente foi implantado o "Sistema Inte
grado de Atendimento Médico ao Escolar". Selecionaram-se
as seguintes variáveis independentes: município-sede da
escola, características pessoais, profissionais e de pre
paração do professor. Utilizou-se questionário como ins
trumento de medida.

Os resultados revelaram diferenças na conduta
e opinião dos respondentes, conforme o município estuda
do, bem como possível relação entre o fato de o profes
sor ter sido preparado pelo Orientador de Ações de As
sistência ao Escolar (OAE) e a maior regularidade na ob
servação e atendimento de distúrbios de saúde dos alu
nos. A cobertura na orientação dada pelos OAEs variou,
entre os municípios, nos limites de 70 a 100%.

A maioria dos professores foi preparada para as ações propostas. É insatisfatória a proporção de docentes que atenderam as recomendações técnicas. A observação de saúde foi a atividade mais realizada e vista como atribuição do professor. Ocorreu alguma inconsistência entre opinião e conduta em relação a determinadas atividades. Os professores atribuíram predominantemente ao OAE a incumbência de encaminhar alunos e registrar dados. O grupo de mais idade e mais anos de magistério apresentou maior grau de realização.

Sugere-se incremento da orientação aos professores, apoio administrativo às atividades do OAE e aumento da carga horária destinada a essa função, pesquisa de fatores limitantes e reformulação do currículo dos cursos de magistério para melhor preparo do professor em saúde escolar.

SUMMARY

This research has as its object the study of of the teachers' behaviour and opinion in identifying and taking care of schoolchildren with health problems, with a view to the implementation of a school health education program developed by the School Health Services of the São Paulo State Department of Education. It aims to offer a subsidy for planning health education programs to governmental sectors concerned with this theme.

Population comprised 532 first-grade teachers of elementary public schools in geographic areas of the São Paulo State, in which the "Integrated System of Medical Care for Schoolchildren" had been first implanted. The independent variables were: school's headquarters geographic area, the teacher's personal, professional and in-service orientation characteristics. A questionnaire was used to collect the data.

Results have pointed out differences in behaviour and opinion among the respondents according to the geographic area in study, as well as a possible relationship between the fact of being the teacher oriented by the School Health Coordinator (SHC) and the greater regularity in observing and taking care of the schoolchildren health problems. The orientation provided by the SHCs ranged from 70 to 100% among the geographic areas.

Most of the teachers received orientation for the development of the proposed actions. The percentage of teachers who respected the technical recommendations was unsatisfactory. Health observation was the activity most frequently developed by the teachers and the most recognized as their own responsibility. There was some inconsistency between the teachers' opinion and their behaviour related to some of the activities. Referring pupils and recording were considered by the teachers as being a responsibility of the SHC. The older group and the ones with a longer period of teaching were those presenting the highest level of realization.

The following measures are suggested: increment in teachers' orientation, administrative support to the SHC's activities and increase in the hour-load for this function, research on restrictive factors, as well as a curriculum reformulation of the Courses which form teachers aiming to their better preparation in school health.

I. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa versa sobre conduta e opinião de professores da primeira série do primeiro grau, de escolas do Estado de São Paulo, referentes à detecção e atendimento de problemas de saúde do escolar.

O interesse na realização deste estudo teve origem enquanto sua autora atuava no campo da Educação em Saúde na Escola. Nesta experiência, adquirida por meio da execução, coordenação, supervisão e avaliação de programas de orientação em saúde a professores, sempre ficaram evidenciadas as dificuldades do pessoal de ensino nesse campo.

No que respeita à identificação de escolares com distúrbios de saúde, a autora teve a oportunidade de observar a desatenção de professores em relação a sinais, sintomas e comportamentos indicativos de desvios da normalidade, bem como sua omissão na tomada de providências necessárias à assistência do caso. Daí interessar-se em verificar o papel que o professor atribuiria a si próprio, nesse tipo de programação, e a conduta que estaria assumindo frente a distúrbios de saúde dos seus alunos.

No Brasil, a Lei Federal 5.692⁶³, de 11 de agosto de 1971, fixou a obrigatoriedade da inclusão de Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de ensino de primeiro e de segundo graus, bem como previu "serviços de assistência educacional relacionados à alimentação, tratamento médico e odontológico para os escolares". A lei, portanto, reconhece a importância de se atentar para a saúde da criança em idade escolar, seja no aspecto de ensino, seja na provisão de serviços assistenciais.

Consoante a referida lei, no Estado de São Paulo, a assistência à saúde do escolar, em especial das quatro primeiras séries do primeiro grau, da rede estadual de ensino, vem sendo objeto de atenção do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), órgão da Secretaria de Estado da Educação, instituído pelo Decreto nº 7.510/76²⁶.

Esse decreto conferiu ao DAE as atribuições de "planejar, organizar, coordenar, orientar, acompanhar e avaliar os serviços de Assistência ao Escolar, visando a assegurar aos alunos condições físicas, mentais, sociais e materiais que propiciem a eficiência escolar e a promoção humana"²⁶.

Nesses termos, a área de atuação do DAE centra-se na dimensão serviços de saúde na escola, abrangendo procedimentos que visam à avaliação de saúde da criança, à prevenção e à correção de distúrbios de saúde. Tais atividades demandam a participação de pessoal de ensino.

Entretanto, para que o professor participe de programações de saúde, é necessário que disponha de conhecimentos, atitudes, habilidade e práticas que, supostamente, deveriam ter sido adquiridos no curso de formação do magistério. Não obstante, observa-se que o professor nem sempre dispõe desse cabedal, requerendo complementação posterior, que pode ser realizada por meio de orientação e treinamento em serviço.

Há alguns anos, esse trabalho de orientação vem sendo realizado nas escolas da rede estadual de ensino do Estado de São Paulo pelos técnicos de Educação em Saúde do De

partamento de Assistência ao Escolar, mediante ações previstas no projeto atualmente denominado "Educação em Saúde na Escola"^{123,124,125,126}.

Nesse projeto confere-se especial ênfase ao preparo do professor, particularmente da primeira série do primeiro grau, com vistas a capacitá-lo a identificar alunos com problemas de saúde e a proceder ao encaminhamento e seguimento de casos.

Essa orientação fundamenta-se nos seguintes pontos:

1. a criança em idade escolar pode apresentar problemas de saúde, que devem ser descobertos e atendidos;
2. existem técnicas simples, eficazes e de baixo custo para identificação de escolares com distúrbios de saúde;
3. em decorrência do contato diário do professor com os alunos, sua posição é única para observar o estado de saúde das crianças e reconhecer mudanças físicas ou comportamentais;
4. o professor precisa ser preparado para executar essa tarefa, uma vez que, geralmente, o seu curso de formação é falho nesse sentido;
5. a escola deve compartilhar com a família a responsabilidade pela saúde da criança^{34,77}.

A observação de condições de saúde do aluno, realizada pelo professor de classe, constitui-se, também, no

ponto de partida do Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar (SIAME)¹⁴⁴, que vem sendo implantado, gradativamente, desde 1980, em municípios do Estado de São Paulo. Esse Sistema prevê ações integradas dos Setores Saúde e Educação com a finalidade de prestação de assistência médica a alunos da rede oficial de ensino, utilizando, ao máximo, os recursos existentes na própria localidade¹⁴⁴.

Contudo, para que o escolar seja atendido por meio do SIAME, faz-se necessário proceder à sua triagem e encaminhamento. Cabe ao professor de classe, portanto, realizar essa seleção inicial, por meio da observação sistemática do estado de saúde dos seus alunos e da aplicação de teste de acuidade visual¹⁴⁵.

Desse modo, o professor transforma-se no eixo ideal, necessário às ações previstas tanto no projeto "Educação em Saúde na Escola" como no SIAME e, para tal, deve ser preparado.

Em 1973, com a implantação do Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar (POSE) nas escolas oficiais do Estado de São Paulo, a área de Educação em Saúde do DAE, optou pela estratégia de multiplicação das orientações técnicas a nível de unidade escolar, ao encargo de um professor voluntário, denominado Coordenador do POSE, que, para isso, recebia preparo específico¹⁵¹.

Demonstrada a validade dessa forma de trabalho, comunicados oficiais das Coordenadorias de Ensino e Departamento de Assistência ao Escolar solicitaram às autoridades competentes, em 1976 e em 1977, a indicação de docente para coordenar e supervisionar as atividades de oftalmologia sani

tária em cada estabelecimento de ensino^{113,114}

Entretanto, em decorrência da necessidade de dar atendimento a outros problemas de saúde, tais coordenadores passaram a atuar também em programações de vacinação e de controle de doenças transmissíveis, mediante orientação e material técnico providos pela área de Educação em Saúde⁷⁶.

Em 1978, pela primeira vez, ocorreu o preparo sistematizado dos coordenadores de saúde por meio de treinamento de caráter oficial, integrado ao órgão de recursos humanos da Secretaria da Educação¹³⁴.

Nessa mesma ocasião, os aspectos de oftalmologia sanitária deixaram de constituir um projeto específico e passaram a fazer parte dos projetos "Orientação sobre Necessidades e Problemas de Saúde do Escolar"¹²³ - posteriormente denominado "Educação em Saúde na Escola" - e "Atenção Médica ao Escolar"¹²², ambos sob responsabilidade do DAE.

Nesse enfoque, o preparo dos coordenadores passou a ser realizado a partir de uma abordagem mais ampla de saúde escolar, incluindo procedimentos para identificação e atendimento de outros problemas de saúde dos alunos. A validade da atuação desses elementos foi demonstrada tanto em relação à qualidade dos serviços prestados, como na extensão de cobertura das escolas^{129,130}.

Dessa forma, em 1980, para a introdução do projeto "Diagnóstico de Saúde do Escolar"¹²⁰ e do "Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar" na rede de ensino, autoridades da Secretaria da Educação passaram a considerar como pré-requisito, a instituição oficial do coordenador de saúde na escola.

O Decreto nº 15.023²⁷, de 07 de maio de 1980, criou, assim, a função de Orientador de Ações de Assistência ao Escolar (OAE), dispondo sobre a designação de docentes para essa função, a ser exercida em seis horas semanais, a título de carga suplementar à docência. A seguir, a Resolução S.E. nº 96/80¹¹⁷ regulamentou o referido Decreto, definindo que: "as atividades de orientação na área de assistência ao escolar serão desempenhadas por docente da própria unidade escolar". Esse ato legal estabeleceu critérios para indicação do OAE, bem como suas atribuições. Vinculou, ainda, o treinamento e a orientação técnica desses elementos ao DAE, com a cooperação do órgão de recursos humanos, e determinou sua implantação gradativa nas unidades mantenedoras do ensino de 1º grau.

MENDES & TEMPORINI⁷⁶, apresentando as linhas de atuação desse docente, afirmaram: "espera-se que o OAE, no seu trabalho junto a professores e alunos, realize a orientação técnica que fundamenta as ações de saúde desenvolvidas na escola, de modo a contribuir para a valorização dessas ações pelas pessoas nelas envolvidas e para a formação de atitudes e práticas de saúde pelos alunos". Acrescentaram, ainda, que "o OAE deve orientar seus colegas de escola para que procedam à observação de condições de saúde dos alunos, ao encaminhamento e seguimento de casos, à aplicação de teste de acuidade visual, ao preparo dos alunos para vacinações e à integração das ações de saúde ao ensino de classe"⁷⁶. Além disso, referiram, como sendo da competência do orientador, entre outras, atividades de levantamento de recursos assistenciais da comunidade e manutenção de entrosamento

com agências de saúde, compartilhando com o professor as atividades de encaminhamento de alunos e orientação às respectivas famílias.

Tendo em vista o número insuficiente de educadores de saúde pública para executar a coordenação e supervisão das atividades dos OAEs, nas 115 Delegacias de Ensino (D.E.) existentes, as autoridades deste nível indicaram um professor para essa finalidade, que foi denominado coordenador de D.E.^{115,116}.

O treinamento conjunto desses coordenadores e dos OAEs realizava-se, a cada ano, em nível regional, por meio de reuniões técnicas mensais, especialmente programadas para esse fim, sob responsabilidade dos educadores de saúde¹²⁸. A fase inicial dessa preparação compunha-se de conteúdos relativos à participação do professor na avaliação de saúde do escolar e solução de casos. Como material técnico auxiliar, utilizava-se o manual "Observação de Saúde do Escolar"⁷⁷, constituindo-se em subsídio básico à multiplicação dessas orientações aos professores nas escolas. Desde 1978, o referido manual vem sendo distribuído na rede de ensino, de forma gradativa e prioritária, aos professores da primeira série do primeiro grau, mediante orientação transmitida pelos OAEs.

Dessa forma, o orientador constitui, como já se referiu, elemento-chave no trabalho de identificação e atendimento de problemas de saúde do estudante, atuando como elo de ligação intersistêmico entre técnicos de saúde e professores de sua unidade escolar.

Considerando-se o tipo de participação solicitada ao professor de classe e o tempo transcorrido na execução desse programa, faz-se conveniente estudar objetivamente essa realidade, com vistas a possíveis intervenções⁹⁶. Acredita-se que esse conhecimento científico possa contribuir para o planejamento de uma ação educativa mais consentânea com as diretrizes da programação.

II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Problemas de Saúde do Escolar

É inegável que os distúrbios de saúde do aluno podem interferir no processo de ensino-aprendizagem, tornando necessário proceder à sua identificação precoce e pronto atendimento^{43,83,95,147}

A esse respeito, MCGINNIS⁷⁵ afirma que "a saúde e a educação das crianças se encontram fortemente entrelaçadas. Um aluno não saudável, que sofra de problema visual ou auditivo não detectado, que tenha fome ou esteja preso a drogas ou álcool, não apresentará bom desempenho no processo educacional".

WEITZMAN e col.¹⁶², em estudo sobre causas de absenteísmo de alunos à escola, referem que os problemas de saúde física e mental dos estudantes e de suas famílias constituíram causa única ou contributiva desse comportamento em mais de 50% dos casos, recomendando a utilização do índice de faltas a aulas como forma de detectar desvios da saúde dos alunos.

Para explicar o fracasso no desempenho escolar, FELDMANN³² apontou fatores como "carências alimentares, deficiências de saúde, ambiente cultural desfavorecido em termos de ausência de incentivos à leitura, códigos linguísticos restritos e ausência de motivação".

GATTI e col.³⁸ acrescentaram outros elementos a essa problemática, em pesquisa que visou à detecção dos possíveis agentes determinantes da reprovação na primeira série do primeiro grau em duas unidades escolares da rede estadual de ensino da Capital de São Paulo. A amostra foi integrada

por 168 alunos sorteados em todas as classes freqüentadas por alunos principiantes e em duas classes de repetentes. As crianças foram submetidas a exame clínico, exame oftalmológico, exame audiométrico, exame fonoaudiológico e a alguns testes psicológicos - Metropolitano de Prontidão, Weschsler de Intelligenza, Apercepção Temática e Apercepção da Situação Escolar. Além desses instrumentos, os autores recorreram à observação em situação de aula e de funcionamento da escola, análise de cartilhas e procedimentos didáticos, entrevistas com mães ou responsáveis pelos alunos, com professores, diretores e pessoal administrativo e técnico. Os autores encontraram razoável incidência de distúrbios emocionais e físicos entre as crianças das classes menos favorecidas, destacando, ainda, o sistema escolar vigente como fator responsável pelos altos índices de retenção.

Para DAVIS e col.²⁵, "crianças de cinco a oito anos de idade são particularmente susceptíveis às moléstias transmissíveis, por ser essa uma fase de baixa resistência e elevada exposição a infecções".

Segundo SAVASTANO e col.¹⁰⁷, a idade de sete anos caracteriza-se por alta morbidade em decorrência, especialmente, de doenças infecto-contagiosas adquiridas por contato com colegas de escola.

A criança dos 5 aos 9 anos foi objeto de estudo de grupo de especialistas, reunido pela Organização Mundial de Saúde¹⁶⁷, que apontou moléstias infecciosas, desnutrição, acidentes, doenças crônicas e lentidão no aprendizado, como graves problemas desse grupo etário.

Outros estudos evidenciam a prevalência de determinados problemas de saúde entre alunos que cursam as quatro primeiras séries do primeiro grau, com idades, aproximadamente, entre sete e dez anos.

Assim, RODRIGUES e col.¹⁰¹ realizaram pesquisa sobre condições de saúde de escolares de unidades estaduais de ensino, no município de São Paulo, em amostra constituída por 1901 alunos das quatro primeiras séries do primeiro grau. Entre os achados, destacaram-se parasitoses intestinais (89,4%), desvios posturais (37,6%), fimose (28,0%), amigdalites crônicas (26,5%), dificuldades visuais não corrigidas (11,0%) e deficiência auditiva (7,2%).

Estudo¹⁵⁴ realizado em clínicas médicas do Serviço de Saúde Escolar, da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, sobre doenças de escolares no período de 1965 a 1974, apontou, como as de maior prevalência, helmintíases (19,4%), vícios de refração (12,9%), hipertrofia das amígdalas e vegetações adenóides (11,1%), anemias (10,4%), deficiência mental (5,4%) e gripes (2,9%). Os autores acrescentaram que esses casos foram encaminhados às unidades de atendimento pelos educadores de saúde e pelo pessoal da escola, diretores e professores, em vista da observação, por esses profissionais, de problemas de saúde ocorridos entre escolares, ou de queixas apresentadas.

Segundo relatório¹²¹ da Equipe Técnica-Assistência Médica, do Departamento de Assistência ao Escolar, da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, sobre afecções diagnosticadas em 138.151 escolares examinados no ano de 1984, a maior prevalência, na Capital ou no Interior do Estado, foi

representada pelas doenças infecciosas e parasitárias (24,6%), seguindo-se as doenças do aparelho respiratório (15,4%).

SALAS e col.¹⁰⁵, em estudo retrospectivo e prospectivo sobre problemas de saúde do escolar, apontaram cárie dental, diminuição da acuidade visual, anemia, parasitoses intestinais e faringo-amigdalites, como as causas mais frequentes de falta às aulas, chamando a atenção sobre o fato de que tais doenças interferem no trabalho da criança na escola.

COLLI¹⁸ realizou pesquisa sobre aspectos globais de saúde em escolas públicas da Capital de São Paulo, afirmando que "grande número de adolescentes já teve as moléstias infecto-contagiosas mais comuns da infância" e que "número apreciável de adolescentes teve problemas com olhos e ouvidos, distúrbios que eventualmente poderiam repercutir no rendimento escolar".

A influência de condições ambientais em problemas de saúde do escolar é amplamente discutida por CONCEIÇÃO²¹.

Observa-se que os estudos mencionados se complementam, evidenciando que a criança em idade escolar encontra-se sujeita a morbidades e agravos decorrentes de fatores pessoais e ambientais com possível repercussão na aprendizagem.

De outro lado, alguns desses trabalhos apontam distúrbios de saúde, muitos dos quais podem se manifestar por meio de sinais e comportamentos observáveis por pessoas devidamente preparadas que lidem diariamente com a criança como por exemplo, o professor de classe. Estes distúrbios passam despercebidos, por vezes, por não existir um trabalho sistematizado de detecção e seguimento de casos¹⁴³.

Essa tarefa requer ação coordenada entre os profissionais de saúde, professor e pais. Ainda a esse respeito, SILVER¹⁴³ chega a afirmar que "a ausência da participação de qualquer um deles reduz à metade a eficácia dessa ação".

B. Educação em Saúde na Escola

GREEN e col.⁴² definiram educação em saúde como "qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinadas a facilitar adaptações voluntárias de comportamentos conducentes à saúde".

MAHLER⁶⁸ sumarizou os objetivos da educação em saúde da seguinte forma: "encorajar a população a querer ser saudável, a saber como se manter saudável, a fazer o que possa, de maneira individual e coletiva, para manter a saúde e a procurar ajuda quando necessário".

Referindo-se aos propósitos da educação em saúde, o "Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention", citado por KOLBE⁵⁴, ressaltou que: "Um dos temas associados à Educação em Saúde, especialmente no que diz respeito a esforços patrocinados pelo Governo, é de que se interfira na liberdade individual, ao tentar modificar os estilos de vida de cada um. Na verdade, o objetivo da Educação em Saúde é justamente o oposto, garantir a liberdade individual de escolha em relação à própria saúde, proporcionando ao indivíduo as informações fidedignas que necessita para decidir de que modo deseja viver".

É amplamente reconhecido, pelos especialistas, o importante papel que desempenha a Educação em Saúde em progra

mas que visam à melhoria de saúde de uma população.

BERTHET⁵ afirmou a esse respeito: "para que os serviços médicos alcancem sua plena eficácia, a Educação em Saúde deve preparar o terreno".

HUBLEY⁴⁷ enfatizou que "a Educação em Saúde é um componente essencial de qualquer programa de melhoria da saúde de uma comunidade e tem papel principal na promoção de (a) boas práticas de saúde, (b) utilização de serviços preventivos, (c) uso correto de medicação e perseverança nos regimes de reabilitação, (d) reconhecimento de primeiros sintomas de doenças e promoção do encaminhamento precoce e (e) apoio à comunidade, por meio de medidas governamentais de controle e assistência primária à saúde".

Em consonância a tais conceitos, especialistas em saúde escolar atribuem marcada importância às ações de educação em saúde na escola^{16,19,49,59,66,166}.

Para KOLBE⁵⁴ e KOLBE & IVERSON⁵⁶, "a Educação em Saúde na escola deve aumentar a capacidade dos indivíduos de tomar decisões a respeito dos comportamentos pessoais que influenciarão sua saúde".

Essa área técnica inclui "a transmissão de informações, bem como o desenvolvimento das habilidades de decisão e a análise de valores e atitudes pessoais necessários para promover a saúde pessoal e da comunidade"²⁸.

Assim focalizada, a Educação em Saúde se insere em todas as dimensões do programa de saúde escolar, como instrumento indispensável para a consecução dos seus objetivos
93,150

C. Programas de Saúde na Escola

Relatório de grupo de peritos da Organização Mundial de Saúde¹⁶⁴ justifica o provimento de especial atenção à criança de idade escolar, ressaltando que "está exposta a certas situações e deve passar por fases de desenvolvimento que requerem observação cuidadosa". Mencionam-se as seguintes razões: "a) medidas preventivas iniciadas durante o período de crescimento podem exercer influência benéfica para o resto da vida e podem ser de mais fácil execução nessa época, antes de completado o crescimento; b) as crianças reagem de modo diferente ao esforço e à tensão a que são impostas por uma atmosfera de competição - essa resposta individual, agressiva ou de retraimento, requer compreensão por parte de todos que trabalham com a criança; c) o fato de reunir as crianças em grupo aumenta a possibilidade de transmissão de doenças - embora a escola represente um perigo nesse sentido, constitui-se, ao mesmo tempo, em lugar ideal para colaboração efetiva em amplo programa coletivo de luta contra as doenças transmissíveis; d) os defeitos de visão, de audição e muitos outros impedimentos podem tornar difícil a aprendizagem - a escola provê oportunidades para a descoberta desses problemas e para o ensino de saúde, realizado em colaboração com o pessoal de saúde".

Nesse enfoque, a escola pode e deve compartilhar com a família a responsabilidade em relação à saúde do escolar^{48,55,81}.

Embora a instituição educacional não tenha a tarefa precípua de 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 a sua aprendizagem^{3,104}.

GEPHART³⁹ reconhece esse papel quando diz que "a escola é parte importante do mundo da criança, podendo oferecer-lhe significativa assistência em saúde".

Apesar de a responsabilidade pela saúde do escolar pertencer à família, é inegável que a escola se encontra em posição estratégica para contribuir efetivamente nessa direção^{6,20,58,70}.

A propósito, ANDERSON & CRESWELL³ afirmaram: "a escola não assume o papel dos pais, nem os substitui; o programa de saúde escolar deve, sim, ser planejado com a finalidade de fortalecer e suplementar os esforços da família".

Cumprе salientar, também, que a escola recebe crianças com desvios da normalidade em diferentes graus, os quais, manejados incorretamente, podem levar a conseqüências indesejáveis para a saúde e para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo^{3,83,170}.

Tendo em vista estas considerações, torna-se evidente a necessidade de realizar programas de saúde na escola, tendo por objetivo promover, preservar e recuperar a saúde e a capacidade funcional dos alunos^{28,34,168}.

Tais programas devem-se apoiar nos níveis de prevenção de LEAVELL & CLARK⁶², com especial ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento imediato dos distúrbios identificados.

Grupo de Trabalho da Organização Mundial de Saúde¹⁶⁸, reunido para avaliar programas de saúde escolar, sugere

riu como atingir aquele objetivo: "a) provendo ótimo ambiente físico e social e condições educacionais; b) promovendo comportamento saudável, por meio da educação em saúde "latu sensu"; e c) provendo serviços de saúde na escola para detecção precoce de doenças e defeitos, bem como para tratamento completo de problemas de saúde conectados à situação escolar".

Esse programa inclui três dimensões que interagem: serviços de saúde, ambiente escolar e ensino de saúde, todas em estreito relacionamento com família, escola e comunidade^{3,41,56,85,87}.

Segundo FODOR & DALIS³⁴, "conforme seja dado maior realce a uma dessas dimensões, ter-se-á o caráter do programa de saúde escolar". Ressaltaram ainda ser essencial que o desenvolvimento de atividades inerentes a qualquer dos três aspectos abordados se revista de significado educativo. Portanto, a Educação em Saúde integra-se, de forma definitiva, à execução de programas de saúde na escola.

A dimensão serviços de saúde, abordada a seguir, constitui-se no foco central do presente trabalho.

1. Serviços de Saúde na Escola

Para ODA e col.⁸⁸, "um aspecto essencial de qualquer programa efetivo de saúde escolar é a capacidade de identificar problemas de saúde e de lidar e/ou acompanhar esses problemas visando à sua solução".

Tais ações fazem parte da dimensão serviços de saúde, abrangendo todos os procedimentos que visam à avaliação da saúde do escolar, prevenção e correção de defeitos,

prevenção e controle de moléstias transmissíveis, atendimento de emergência, alimentação suplementar e acompanhamento de necessidades e problemas de saúde das crianças^{3,19,28,34,46,70,83,87,168}.

De acordo com YANKAUER & LAWRENCE¹⁷¹, "serviços de saúde na escola surgiram como resposta à necessidade de controlar problemas sanitários e doenças transmissíveis, que interrompiam o viver em grupo na comunidade e na escola. Com a sua evolução, assumiram outras funções: primeiro, a detecção precoce e o seguimento de crianças portadoras de condições adversas de saúde; depois o ensino individual de saúde a alunos e pais, bem como a educação e o aconselhamento do pessoal da escola em assuntos relacionados à saúde dos alunos".

No que respeita à avaliação de saúde em programas de saúde escolar, encontra-se em NEMIR⁸³ definição emanada do "JOINT COMMITTEE ON HEALTH PROBLEMS IN EDUCATION": "é a fase dos serviços de saúde que procura avaliar o estado físico, mental, emocional e social de cada aluno e do pessoal da escola, por meio de anamnese, observações dos professores e das enfermeiras, programas de detecção de defeitos, exames médicos, dentários e psicológicos".

Essas atividades têm a finalidade última de confirmar um nível satisfatório de saúde da criança ou, então, alertar em relação à presença de desvios da normalidade, permitindo a prevenção de seu agravamento posterior.

Quanto a isto, ANDERSON & CRESWELL³ enfatizaram que "os objetivos finais de um programa de avaliação de saúde

estão voltados para a melhoria e a manutenção da saúde do estudante".

MASCARETTI e col.⁷⁴, em pesquisa realizada com crianças de classes especiais de uma escola pública estadual de São Paulo, ressaltaram a importância da avaliação contínua de saúde do escolar nos aspectos físico, psicológico e social, bem como a influência de distúrbios de saúde no aprendizado. Apontaram a necessidade de vigilância sistematizada das condições de saúde dessas crianças, sugerindo a formação de grupos de trabalho interdisciplinares para contínuas avaliações.

BRINK & NADER⁷ realizaram programa de detecção de distúrbios de saúde em 14 distritos escolares de Galveston, no Texas, no período de 1977 a 1979. Foram examinados 8.434 alunos de diferentes níveis: jardim de infância, 1a. e 6a. séries. Os resultados evidenciaram que somente 38,8% dos problemas identificados eram previamente conhecidos pelo pessoal da escola, tendo os autores concluído que "a parte mais importante do projeto foi a ênfase com a qual a escola pôde ajudar as crianças a superarem barreiras de saúde para a sua educação".

MOWAT & WHITE⁸⁰ levaram a efeito estudo longitudinal com 931 crianças que ingressavam na escola, cujas idades variavam de 4 anos e 5 meses até 5 anos e 8 meses. Procederam ao exame médico e acompanhamento posterior desses alunos, por um ou dois anos, conforme a data do seu ingresso à escola. As crianças que não compareceram aos exames médicos apresentaram, de forma estatisticamente significativa, mais problemas de repetência, de aprendizagem, de comportamento, defeitos de visão ou de audição e transferência para outras escolas, do que a

quelas que foram examinadas e receberam cuidados preventivos.

De outro lado, OSMO e col.⁹⁰, em estudo realizado em crianças matriculadas na primeira série do primeiro grau de uma escola estadual de São Paulo, apontaram que "96% dos principais problemas dos alunos de uma escola podem ser detectados pela simples observação da audição, visão, pele ou dentes, sem necessidade da presença do médico". Esses autores propuseram a triagem de problemas de saúde pelo professor, com a utilização de métodos simples de identificação de anormalidades.

a) O Professor e a Observação de Saúde do Escolar

No Estado de São Paulo, especialistas preconizam a realização da avaliação de saúde do escolar mediante a observação contínua e sistemática das condições de saúde dos alunos, a aplicação de testes físicos para medida da acuidade visual e auditiva, testes psicológicos e fonoaudiológicos, exames médicos e exames dentários. Nesse contexto, o professor de classe desempenha papel de primeira linha^{13,50,71,77,137,149,151}.

OBERTEUFFER e col.⁸⁷ citam recomendação do "JOINT COMMITTEE ON HEALTH PROBLEMS IN EDUCATION" sobre a participação do professor no processo de avaliação da saúde dos alunos: "a observação de saúde reflete a sensibilidade do professor em relação às necessidades decorrentes do desenvolvimento das crianças. O professor habilidoso em observar, detecta desvios da normalidade sem que isso interfira no seu trabalho habitual em classe. É responsabilidade essencial do professor a identificação das crianças que, aparentemente, apresen

tam algo errado com a sua saúde".

Estudos em saúde escolar são unânimes quanto à propriedade de o professor executar a observação do estado de saúde dos alunos, salientando que o mestre se encontra em posição estratégica para desempenhar essa tarefa devido ao seu contato diário e prolongado com os estudantes. Essa convivência lhe propicia vantagem incomum para conhecer o modo de ser de cada um deles e notar mudanças na aparência ou na conduta, que podem ser prenúncio de defeitos ou enfermidades^{3,20,44,49,67,72,73,83,87,90,100,147,157,161,170,174}.

MENDES e col.⁷⁷ assinalaram que a observação feita pela família nem sempre é objetiva, em vista do convívio muito chegado com a criança. Assim, problemas de saúde que se desenvolvem gradativamente podem passar despercebidos em casa.

Entretanto, para o professor, que acompanha a criança diariamente em seus êxitos e fracassos, comparando suas reações com as de outras crianças e conhecendo a fase do desenvolvimento em que se encontra, a observação de saúde constitui-se em oportunidade ímpar para detectar possíveis desvios da normalidade^{3,14,20,157,163,164}.

WHEATLEY & HALLOCK¹⁶³ relataram a origem histórica da observação de saúde realizada pelo professor da seguinte forma: "o movimento de arregimentação dos professores, como observador da saúde dos escolares, ganha importância quando as descobertas bacteriológicas das últimas décadas do século dezenove forneceram, aos serviços educacionais e de saúde pública, razões para acreditar que algo poderia ser feito para o controle da propagação de infecções nas esco

las. Foram estabelecidos sistemas de inspeção médica nas escolas de várias grandes cidades, cabendo aos professores a responsabilidade de comunicar evidência de infecção. Na cidade de New York, em 1897, por exemplo, a Secretaria da Saúde (Health Department) designou médicos-inspetores para visitarem três ou quatro escolas diariamente a fim de perguntar aos professores se algum de seus alunos parecia doente e de examinar aqueles que os professores referissem com sinais de doença transmissível" ... "Posteriormente, em 1924, foi publicamente reconhecida, pela primeira vez, a importância de atribuir-se ao professor a função de observação de saúde, pelo consultor do "United States Office of Education", Dr. James Frederick Rogers, que a apontou como "a chave do serviço de saúde".

Segundo WHEATLEY & HALLOCK (op. cit.), a experiência se revelou altamente positiva, conforme comprovam resultados obtidos em estudo realizado durante quatro anos, em New York (Astoria Study), demonstrando que, de cada dez crianças encaminhadas ao médico pelo professor, oito apresentavam problemas de saúde. Os referidos autores afirmaram que "esta foi uma forte demonstração da eficiência do professor atento e informado, reconhecendo que algo está errado, no momento em que observa"¹⁶³.

YANKAUER e col.¹⁷² desenvolveram estudo em população estudantil da 1ª série elementar, de duas escolas paroquiais da cidade de Albany, nos Estados Unidos, com o propósito de avaliar diferentes métodos empregados na escola para a detecção de casos: 1) encaminhamentos pelo professor da classe; 2) medidas de peso e altura, três vezes ao ano;

3) questionário preenchido pelos pais, apontando doenças o corridas, com a possibilidade de solicitação de exame ao ser viço de saúde escolar; 4) revisão de fichas individuais, em relação a ausência da criança, com previsão de seguimento nos casos com mais de cinco dias de ausência ou em ausência prolongada por vinte dias letivos. Os alunos assim selecio nados foram reavaliados em seguida. Os autores concluíram que "os encaminhamentos realizados pelo professor parecem ser a importante chave da identificação de casos em escolas elementares...", reconhecendo a observação feita pelo profes sor como o melhor dos métodos empregados.

É desejável, entretanto, que a observação de saú de seja realizada de maneira sistemática e contínua durante todo o período escolar, evitando-se a inspeção formal em épo cas determinadas. NEMIR⁸³ lembra que "o contato diário e constante pode revelar fatos que, provavelmente, não seriam constatados em exame de saúde periódico, escapando da aten ção de pais ocupados". Conduzida dessa forma, a observação pode revelar, precocemente, indícios de distúrbios de saúde, permitindo pronta assistência ao caso.

A observação de saúde, entretanto, não deve e nem pode ser utilizada para diagnóstico de caso, mas como ponto inicial de uma cadeia de ações que resultam em benefí cio da criança^{30,87,157}.

b) Aplicação de testes

Complementando a observação de saúde, a aplica ção de testes físicos e psicológicos na escola constitui-se em prática importante para a descoberta precoce de desvios

da normalidade, organizada sob a forma de programas de detecção.

COCHRANE & HOLLAND¹⁷ condicionaram a realização desses programas aos seguintes pontos: "a) a doença constatada pela detecção deve ser suscetível de um tratamento eficaz e de fácil realização; b) o método de detecção deve ser confiável, sem muitos resultados falsos positivos ou falsos negativos; c) o método de detecção deve ser de fácil utilização, não devendo causar desconforto naqueles em que é aplicado; 4) o custo do método não deve ser excessivo".

O Centro Internacional da Infância (Paris)¹² reconheceu a necessidade da detecção sistemática como "processo que permite identificar crianças que precisem de tratamento específico (por exemplo, lentes corretivas), ou que devam ser submetidas a exames complementares para estabelecimento do diagnóstico". Salientou, ainda, que "a função da detecção sistemática é, fundamentalmente, a de permitir a identificação de uma anomalia do desenvolvimento da criança".

Grupo de peritos da Organização Mundial de Saúde¹⁶⁸, referindo-se à área de serviços de saúde na escola, salientou que "exames médicos de rotina de pré-escolares e escolares estão sendo substituídos por uma série de testes específicos, aplicados em idades estratégicas, no sentido da detecção precoce de certas anomalias bem definidas".

TRINDADE¹⁵⁶ destacou a importância e necessidade de testes de acuidade visual e auditiva, como parte do exame de saúde do escolar, visando ao atendimento adequado em saúde escolar.

KOHLER⁵² analisou o valor do exame físico de rotina, realizado pelo serviço de saúde escolar, na Suécia, examinando 649 crianças de sete anos de idade. Observou que, dos problemas de saúde encontrados, cerca de metade já era conhecida, graças à aplicação de testes a cargo da enfermeira escolar. O autor recomendou este procedimento inicial, cabendo ao médico o controle e a verificação de observações específicas ou de suspeita de problemas.

Como estes, outros estudos reconhecem a necessidade do desenvolvimento de programas de detecção de casos a nível de unidade escolar, como forma de prevenção e correção de desvios de saúde, destacando o papel fundamental do professor na suspeita de problema^{6,15,31,51,52,57,60,102,103,147,151,152,153,159}.

Dessa forma, os chamados testes de triagem devem realizar-se com a participação do professor de classe, ou sob sua condução, convertendo-se em oportunidade valiosa para melhor conhecimento de seus alunos. Dados assim obtidos permitem ao mestre compreender as limitações de cada criança e adequar as tarefas escolares às dificuldades individuais⁷, 170.

c) Encaminhamento e Seguimento de Casos

A importância da realização da observação de saúde e de testes físicos e psicológicos em escolares decorre da possibilidade da descoberta precoce de desvios de saúde.

Todavia, OBERTEUFFER e col.⁸⁷ chamaram a atenção para o fato de que a avaliação de saúde tem valor limitado,

a menos que se estabeleça um programa organizado de seguimento, assegurando melhor utilização dos serviços de saúde no atendimento das necessidades de saúde das crianças.

Reforçam esse ponto de vista conclusões de estudo epidemiológico realizado por KORNFALT & KÖHLER⁵⁷ em crianças de dez anos de idade, previamente examinadas aos quatro e sete anos. A pesquisa pretende descrever os problemas de saúde física encontrados e discutir os métodos empregados pelo serviço de saúde escolar da Suécia para descobrir e cuidar desses distúrbios. Mostram os autores a importância do reconhecimento e da prevenção precoces de doenças na infância, ressaltando, entretanto, que a identificação de problemas de saúde é de pouco valor prático, se não houver recursos para seu atendimento.

Nesse enfoque, podem ser consideradas etapas essenciais do processo de correção dos desvios de saúde do escolar: a obtenção de informações sobre as agências de saúde disponíveis, o encaminhamento a recursos assistenciais, o controle e seguimento de casos e a orientação à família. Em todas elas, recomenda-se a participação do professor^{43,73,147}

WEBSTER, citado por RATCLIFF⁹⁸, assim definiu seguimento de caso: "acompanhar de perto e continuamente (um paciente) por meio de ação posterior, mantendo contato após diagnóstico ou terapia".

Para RATCLIFF⁹⁸, "o seguimento de caso ocorre após o exame médico na escola ou no consultório, após triagem ou observação realizada pela enfermeira escolar ou pelo professor". A autora discorre sobre a importância do contato

com os pais da criança para realização eficaz do seguimento de caso, ressaltando que o exame físico ou programas de detecção na escola se mostram de reduzida utilidade, se não houver uma política de seguimento de todos os defeitos verificados.

Esse ponto de vista é corroborado por CADMAN e col.⁹, quando discutem determinantes da efetividade de programas de detecção, incluindo-se o seguimento de casos como parte imprescindível desses programas.

Como instrumento auxiliar da avaliação de saúde e do seguimento de casos, torna-se necessário proceder ao registro de dados relativos ao problema levantado. Esse registro deverá conter informações tais como: achados e recomendações conseqüentes à observação de saúde e à aplicação de testes, encaminhamentos efetuados com a respectiva data, resultados provenientes de encaminhamentos, ajustamentos realizados ou a realizar, datas de entrevistas com os pais e respectivos assuntos tratados⁸⁷.

Grupo de Trabalho¹⁴⁷, reunido por ocasião do X Encontro de Secretários de Educação e de Saúde em Brasília, apresentou, entre suas recomendações, a necessidade de que elemento da escola anote as alterações de saúde da criança, como forma de auxiliar o controle de saúde. Esse registro deve conter, necessariamente, observações referentes a estado geral, olhos, boca, nariz, garganta, ouvidos, pele e couro cabeludo e comportamento.

O registro e manuseio adequado desses dados possibilitam o acompanhamento do caso com vistas à sua solução ou controle⁸⁷.

O Manual "Observação de Saúde do Escolar"⁷⁷, utilizado nas escolas da rede estadual de ensino de São Paulo, definiu atribuições do professor de classe, que contribuiriam para minorar ou solucionar problemas de saúde do escolar. Dentre elas, pode-se destacar, resumidamente, as seguintes:

- observar contínua e sistematicamente condições físicas, comportamentos e queixas dos alunos;
- identificar condições do ambiente familiar que influenciem o aparecimento ou agravamento de problemas de saúde;
- encaminhar os alunos que apresentem desvios da normalidade à devida assistência;
- acompanhar cada caso em relação à ocorrência e resultados de tratamento;
- orientar a família na utilização de recursos assistenciais e quanto à necessidade do atendimento do caso;
- registrar sinais, comportamentos e queixas, observados nas crianças, bem como providências tomadas em relação ao caso;
- tomar providências para afastamento de aluno, em caso de sinal ou sintoma de moléstia transmissível.

D. Preparo de Professores em Saúde do Escolar

Verifica-se em AZANHA⁴ exame de literatura pedagógica que, desde a década de 20, insiste em apontar como fatores da ineficiência do ensino de primeiro grau, entre outros, a má formação do professor.

WARDE & BOULOS¹⁶⁰ levaram a efeito investigação científica sobre cursos de formação de professor para as quatro séries iniciais do primeiro grau no Estado de São Paulo, mediante a suposição de que tais cursos não estariam fornecendo a preparação necessária ao futuro professor. Enviaram-se questionários a 101 Faculdades de Pedagogia e a 136 escolas de 2º grau. Os primeiros resultados mostraram que o futuro professor não tem recebido preparação cuidadosa para sua atuação profissional.

Parece existir uma tendência de que os postos de trabalho do magistério de 1a. a 4a. séries do primeiro grau sejam ocupados por profissionais menos aptos, que se sujeitariam a condições precárias de trabalho e remuneração vigentes¹¹¹.

PARESCHI⁹² e TEIXEIRA¹⁴⁸, preocupados com esse problema, recomendaram programas de treinamento de professores, com vistas ao seu aperfeiçoamento e à sua atualização, suprimindo deficiências metodológicas e de conteúdo.

Essa deficiência de formação deve incluir também a falta de preparo do professorando para compreender interesses e necessidades de saúde dos alunos e a importância da própria participação em programas de saúde escolar.

Assim, o encadeamento lógico entre saúde e educação não é facilmente percebido pelo pessoal de ensino^{16,85}.

NEWMAN⁸⁵, a esse respeito, pergunta "até que ponto os professores consideram um problema de saúde como possível causa que contribui para um problema de disciplina ou uma dificuldade de aprendizagem?"

Ações de avaliação e controle de saúde da criança escolar exigem participação conjunta de pais, professores, administradores escolares e pessoal de saúde^{85,141,157}.

LAMPE⁶⁰ ressaltou a importância de conhecimento, habilidade e experiência do professor no processo de tomada de decisão para a triagem de escolares com problemas de saúde.

Contudo, diferentes autores reconhecem que o pessoal da escola, em especial o professor, não se encontra preparado para atuar em programas de saúde, preconizando a necessidade de orientação e treinamento em serviço^{23,35,49,61,71,106,108,169}.

Reforça tal afirmativa pesquisa realizada entre 175 docentes da disciplina Biologia Aplicada à Educação e Saúde Pública, de escolas da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo¹⁴⁰, ao revelar a inadequação do conteúdo abordado, tendo em vista a formação do futuro professor. Aplicou-se questionário onde os respondentes referiram, primordialmente, a abordagem de assuntos ligados à área da Biologia Geral, concluindo-se que "a grande maioria dos professores desenvolvia esses temas de forma completamente dissociada dos princípios norteadores de saúde pública". O estudo

recomendou a necessidade de reformulação básica do professor secundário responsável pela docência da referida disciplina e a realização de treinamento desses professores na área de saúde.

Nessa mesma linha, GATTI e col.³⁷ realizaram estudo com o objetivo de "oferecer uma visão da estrutura e de aspectos de funcionamento dos antes denominados cursos normais, que preparam o professorado para o ensino de 1a. a 4a. séries do 1º Grau, face às reformas de 1968 e 1971, no Estado de São Paulo". Fizeram-se entrevistas com professores de escolas normais da Grande São Paulo e do Interior, solicitando-lhes que sugerissem disciplinas prioritárias para compor o currículo dessas escolas. Entre os resultados obtidos, verificou-se que a disciplina "Programas de Saúde" não alcançou o número suficiente de indicações para compor o elenco das mais sugeridas, evidenciando a falta de interesse pelo assunto. Os autores concluíram que o curso normal "tem deficiências sérias, podendo condicionar formação inadequada ou insuficiente para o profissional que deverá responder pelo ensino de 1a. a 4a. séries do 1º grau".

Já se evidenciou que professores de escolas estaduais de São Paulo estão em geral distantes da problemática de saúde dos escolares a quem o ensino se dirige¹⁰.

As deficiências na formação do professor em saúde escolar são reconhecidas também por HAAG⁴⁵, nos Estados Unidos. O autor relatou duas investigações realizadas em Austin (Texas) demonstrando que a observação de problemas de saúde dos escolares não é considerada importante entre profes

sores de escolas elementares. O primeiro estudo abrangeu 54 escolas, cujas classes foram visitadas por técnicos, com a finalidade de observar o estado de saúde das crianças. Números problemas de saúde foram observados, evidenciando-se, não obstante, a falta de atenção do professor em relação a esses problemas, bem como a ausência de ligação entre os distúrbios observados e o que estava sendo ensinado em saúde. O segundo estudo abrangeu 186 professores, com aplicação de questionário, onde foi solicitada a indicação de sinais observáveis relativos a problemas dentários, de pele, deficiências nutricionais, dificuldades visuais e auditivas, condições de postura e doenças. Os sinais mais comumente apontados referiram-se à coqueluche e aos problemas visuais. Concluiu-se que os problemas de saúde de crianças da escola elementar, o programa de saúde escolar e o conteúdo da educação em saúde não eram considerados essenciais na preparação dos professores de classes elementares e que, nessa situação, sinais observáveis de distúrbios de saúde eram ignorados pelos professores.

GRIFFITH & WHICKER⁴³, em avaliação sobre necessidades e atitudes de professores em relação aos programas de saúde escolar, encontraram, entre outros, os seguintes resultados: 88,8% reportaram necessidade de ajuda para identificar problemas de saúde e quase metade (44,4%) declarou que precisava de informações sobre doenças transmissíveis.

DAVIS e col.²⁵ realizaram "survey" com o objetivo de verificar a percepção de professores sobre seu preparo e habilidade em reconhecer e lidar com problemas de saúde dos seus alunos. A amostra foi constituída por 555 profes

sores elementares e "intermediários", do distrito escolar de Kalamazoo, Michigan, aos quais foi aplicado um questionário de 40 itens, contruídos com uma escala de tipo Lickert. O instrumento listava problemas comuns e observáveis de saúde, perguntando-se ao professor quão à vontade se sentiria ao lidar com alunos que os apresentassem. Em geral, cerca de 75% dos professores consideraram os problemas de visão, de audição, cortes e escoriações, de fácil manejo. Verificou-se, ainda, que mais da metade dos respondentes (53,7%) nunca havia participado de qualquer treinamento dessa natureza ou de evento similar sobre educação em saúde. Além disso, não se sentiam à vontade para lidar com desvios da saúde, preferindo deixá-los a cargo de profissionais de saúde. Mostraram os autores que professores com treinamento insuficiente sentiam-se menos à vontade para lidar com distúrbios de saúde do aluno, em particular com aqueles potencialmente mais graves. Concluiu o estudo que, apesar do preparo deficiente, não havia preocupação deles com esse fato.

Resultados semelhantes foram obtidos por MILLER & SHUNK⁷⁸ em Ohio e DUSHAW & HANSEN³⁰ em Michigan, em "surveys" realizados em escolas públicas, apontando esses autores o despreparo do professor em assuntos de educação em saúde.

As deficiências de preparo do professor em saúde podem-se constituir na causa principal que explicaria o procedimento de omissão do mestre, preferindo deixar assuntos de saúde a cargo de profissionais dessa área específica. O provimento de conhecimentos sobre saúde, mediante orientação e treinamento em serviço, configura-se, portanto, como passo fundamental para que o professor assuma responsabilidades em

relação à saúde dos seus alunos^{8,53}.

Reconhecendo essa necessidade, o Comitê de Saúde Escolar da "American Academy of Pediatrics"² recomendou a inclusão de conhecimentos de educação em saúde em todo programa de treinamento de professores primários e secundários.

No Brasil, o Ministério de Educação e Cultura reconheceu a necessidade da realização de programas de treinamento sobre saúde a professores, recomendados no Parecer nº 2264/74⁹¹ do Conselho Federal de Educação, que propôs a capacitação dos docentes para atuarem em programas de saúde na escola. De acordo com este parecer, "saúde, no currículo escolar, significa Educação em Saúde, cabendo-lhe a tarefa de desenvolver nos escolares, conhecimentos científicos, atitudes e práticas relativas à saúde". Na área de serviços de saúde, o referido parecer definiu que "cabará aos professores, além do exemplo e do ensino ocasionado pelas circunstâncias, a observação das atitudes dos alunos reveladoras de desvios dos padrões de saúde ou conducentes a esses desvios..."

No Estado de São Paulo, Grupo de Trabalho¹³⁹ da Secretaria de Educação, reunido para estudo dos fenômenos de evasão e repetência de escolares no ensino de primeiro grau, apontou desvios de saúde como uma das causas dessa problemática. Reconhecendo a necessidade da participação do professor na detecção e solução de distúrbios de saúde, o referido grupo propôs a "intensificação da observação sistemática de condições de saúde do aluno pelo professor e dos exames de acuidade visual e auditiva". Recomendou, ainda, a "promoção de cursos, treinamentos em serviço e encontros, visando à

atualização e ao aperfeiçoamento do professor".

No que respeita à participação do professor na assistência à saúde do escolar, o Regimento Comum das Escolas Estaduais de 1º Grau⁹⁹ da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, previu, no seu artigo 47, como atribuição do corpo docente:

- "proceder à observação dos alunos, identificando necessidades e carências de ordem social, psicológicas, material ou de saúde que interfiram na aprendizagem, encaminhando-os aos setores especializados de assistência".

Convencido da necessária participação do professor na assistência à saúde do escolar, Grupo de Trabalho⁶⁹ reunido durante o Seminário "Alternativas de Desenvolvimento: Infra-Estrutura e Serviços Urbanos", promovido pela Secretaria de Planejamento do Estado de São Paulo, recomendou, a curto prazo, "orientação imediata a professores de primeiro grau para que possam, a partir de fevereiro de 1978, identificar, encaminhar e controlar escolares com problemas de saúde".

Essas recomendações vieram ao encontro da orientação técnica que, desde 1962, vinha sendo imprimida pela área de Educação em Saúde do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), no preparo de professores da primeira série do primeiro grau das escolas estaduais de São Paulo^{79,119}. De acordo com o Programa/DAE¹³⁸, "os projetos de Educação em Saúde desenvolvem, praticamente, ações de prevenção primária ao realizar orientação sistemática do pessoal da escola visando, especialmente, à instrumentalização do professor para o conhecimento de seus alunos e para a prática, em sala de

aula, de recursos que atendam às necessidades do escolar li
gadas ao seu desenvolvimento bio-psico-social".

Na estrutura da prestação de serviços de educa
ção em saúde às escolas estaduais, criou-se o orientador de
ações de assistência ao escolar (OAE), como estratégia para
alcançar maior número de professores e alunos, a nível de u
nidade de ensino²⁶.

Essa forma de trabalho apresenta-se consentânea
com as diretrizes que norteiam as ações do agente primário
de saúde, definidas na Conferência Internacional sobre Cuida
dos Primários de Saúde²², reunida em Alma-Ata, em 1978. Nes
se momento, reafirmou-se, enfaticamente, o direito humano à
saúde, colocando-se sua consecução como a mais importante me
ta social no mundo. Reconheceu-se, ainda, a responsabilida
de dos governos pela saúde de seus povos, a ser cumprida "me
diante adequadas medidas sanitárias e sociais", destacando-
se o papel primordial dos cuidados primários de saúde no sis
tema de saúde de um país.

Consta da declaração final da referida Conferên
cia que "os cuidados primários de saúde são cuidados es
enciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práti
cas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitã
veis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famí
lias da comunidade, mediante sua plena participação e a um
custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase
do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e auto
determinação"²².

Posteriormente, numerosos estudos reconheceram a eficácia do emprego de pessoal leigo, capacitado para funcionar na comunidade em estreita relação com o sistema de saúde^{1,29,33,82,84,86,89,97,146,155,158,165,173}.

DANDARE & SHAH²⁴, ao discutirem experiência realizada na Índia com agentes de saúde da comunidade, ressaltaram a utilidade desse elemento como vínculo entre a população e os serviços de saúde, bem como seu papel como agente de mudança. Propuseram que, no preparo desse pessoal, fosse conferida mais ênfase à detecção de doenças e ao encaminhamento oportuno dos casos do que à distribuição de medicamentos.

SCHAEFER & PIZURKI¹⁰⁸ também preconizaram treinamento e utilização de pessoal leigo, evitando o desperdício de pessoal qualificado de saúde na realização de tarefas simples. Nesse sentido, postularam a capacitação de professores, visando à melhoria da saúde dos alunos.

No Brasil, PINTO⁹⁴ salientou a necessidade do aumento de cobertura de programa de saúde escolar, sugerindo a introdução e preparação de agentes de saúde, a fim de dar atendimento ao maior número possível de escolas de primeiro grau, nas unidades públicas de ensino do país.

Se a Declaração de Alma-Ata e as experiências com o agente primário de saúde de diferentes comunidades forem comparadas à filosofia que rege a implantação do OAE no sistema estadual de ensino de São Paulo, percebem-se vários pontos similares:

1. extensão de cobertura por meio da ação de multiplicadores em nível local^{132,133};

2. utilização de elemento da própria comunidade escolar e por ela indicado¹¹⁷;
3. treinamento de pessoal leigo em saúde e manutenção de orientação e supervisão¹³⁴;
4. utilização de técnicas simples e de baixo custo, como as da observação de saúde e aplicação de teste de acuidade visual¹²⁶;
5. orientação, realizada pelo OAE, de pessoal da comunidade escolar e pais, face a problemas de saúde prevalentes e aos métodos para sua prevenção e controle^{132,133};
6. participação do OAE no encaminhamento de crianças com suspeita de problema a serviços assistenciais de saúde^{132,133};
7. entrosamento com agências de saúde da região onde se situa a escola a fim de viabilizar o atendimento de alunos^{133,145};
8. existência de dispositivos legais que instituíram e regulamentaram a função de OAE, conferindo apoio a essa estratégia de ação^{27,117};
9. custo absorvido pelo poder público, tendo em vista que o professor escolhido já faz parte do magistério estadual, a cujo salário se acrescenta a gratificação correspondente às seis horas-atividade semanais, dedicadas ao desempenho da função de OAE²⁷.

Nesse enfoque, o OAE pode ser visto como um trabalhador primário de saúde, que executa ações simples, a ní

vel local, mediante preparo específico, configurando-se em elemento de ligação entre técnicos de saúde e escola.

A programação do Departamento de Assistência ao Escolar da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, evidencia a disposição de treinar esses orientadores e de ampliar seu número na rede de ensino^{127,131,132,135,136}.

Tendo em vista as considerações aqui apresentadas, verifica-se que estudos técnico-científicos:

1. reconhecem a importância da participação do professor na avaliação de saúde do escolar e no processo de minimização ou solução de problemas de saúde;
2. evidenciam a necessidade de preparo dos professores para atuarem na área de saúde;
3. propõem hipóteses que, verificadas, permitiriam discutir com maior profundidade aspectos ligados à saúde do escolar, assim como fazer recomendações de caráter operacional.

Não obstante, poucas são as contribuições científicas dessa natureza em nosso meio, apesar do valor que estas representariam para os órgãos governamentais ligados à temática. Justifica-se, pois, a seleção do objeto de estudo do presente trabalho.

III. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GERAL

- Oferecer subsídios para o planejamento de programas de treinamento de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, no que respeita à avaliação da saúde do escolar e às medidas para atendimento de problemas de saúde dos alunos.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Pretende-se, do ponto de vista descritivo:

- apresentar características pessoais, profissionais e de preparo para executar ações do projeto "Educação em Saúde na Escola", de professores da rede de ensino do Estado de São Paulo;
- conhecer a conduta face a
 - . identificação de escolar com problema de saúde;
 - . orientação ao aluno e à família sobre distúrbios detectados;
 - . encaminhamento de casos;
 - . seguimento de casos;
- conhecer as opiniões sobre a participação do professor nas atividades propostas pela programação de educação em saúde;
- detectar inconsistências entre conduta e opinião dos professores quanto às atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola".

Do ponto de vista analítico:

- verificar o relacionamento entre as variáveis independentes e dependentes propostas no presente estudo.

IV. METODOLOGIA

A. Tipo de Estudo

Trata-se de um "survey", em que se procura investigar a conduta e opinião de professores do sistema estadual de ensino, no que diz respeito a aspectos da avaliação de saúde do escolar e medidas para atendimento de seus problemas de saúde. Algumas variáveis independentes foram incluídas no estudo, a fim de possibilitar melhor conhecimento de peculiaridades dos fenômenos estudados. Portanto, o "survey", além de descritivo, é analítico.

B. Variáveis Seleccionadas

1. Variáveis Dependentes

Considerou-se como as variáveis dependentes do estudo:

a) Conduta em relação a:

- avaliação da saúde do escolar;
- medidas para atendimento dos problemas de saúde do escolar.

b) Opinião a respeito de o professor realizar:

- observação das condições de saúde dos alunos;
- atividades para atendimento dos problemas de saúde dos alunos.

Tendo em vista as múltiplas características das variáveis dependentes, procedeu-se à sua fragmentação em áreas específicas, que foram reunidas e classificadas da seguinte forma:

a) Conduta do Professor

- Utilização de meios para identificar alunos com problemas de saúde:
 - . Observação de sinais, sintomas e comportamentos (Q.21)
 - . Informação prestada pela família (Q.22)
 - . Aplicação de teste de acuidade visual (Q.23)
- Identificação de aluno com problema de saúde (Q.24)
- Realização de atividades com vistas à detecção e solução de problemas de saúde do escolar:
 - . Observação de sinais, sintomas e comportamentos indicativos de problemas de saúde (Q.25)
 - . Levantamento de recursos previdenciários de aluno com problema de saúde (Q.26)

- . Encaminhamento de aluno ao orientador de ações de assistência ao escolar - OAE (Q.27)
- . Encaminhamento de aluno a serviço de saúde (Q.28)
- . Orientação a aluno sobre seu problema de saúde (Q.29)
- . Orientação à família sobre problema de saúde do aluno (Q.30)
- . Registro de casos (Q.31)
- . Seguimento de caso encaminhado (Q.32)
- . Solicitação de providências para afastamento de aluno com doença transmissível (Q.33)

b) Opinião do Professor

- Opinião quanto às atribuições do professor na programação de Educação em Saúde:
 - . Se considera a observação sistemática das condições de saúde do aluno como atribuição do professor (Q.34)
 - . Se o professor deve fazer o levantamento de recursos previdenciários dos alunos com problemas de saúde (Q.39)

- . Se o professor deve orientar a família do aluno (Q.40)
- . Se o professor deve verificar o seguimento de tratamento prescrito ao aluno (Q.43)
- Quanto à pessoa a quem devem ser atribuídas as atividades de:
 - . Encaminhamento do aluno com problema de saúde (Q.38)
 - . Registro do problema de saúde do aluno (Q.44)
 - . Registro de dados para seguimento de casos (Q.45)
- Quanto à melhor forma de obter informação para fins de levantamento de recursos previdenciários dos alunos (Q.40)
- Quanto a ser diária a observação das condições de saúde dos alunos (Q.35)
- Quanto ao fato de o acréscimo da atividade de observação da saúde do aluno, nas atribuições do professor, ser compensado por melhoria na aprendizagem (Q.36)

2. Variáveis Independentes

Para a seleção das variáveis independentes, foram considerados os objetivos desta pesquisa, a população estudada e a sondagem exploratória realizada. Apresenta-se, a seguir, essas variáveis, classificadas segundo as características selecionadas.

a) Município-sede da escola (Q.1)

b) Características pessoais

- Sexo (Q.2)

- Idade (Q.3)

- Ter/ não ter filho cursando classe de 1a. a 4a. séries do 1º grau (Q.4)

c) Características profissionais

- Jornada de trabalho docente (Q.5)

- Tempo de magistério (Q.6)

- Tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau (Q.7)

- Satisfação com a carga de atividades docentes (Q.8)

d) Características de preparação para o desenvolvimento das atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola"

- Recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar" (Q.9)
- Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar" (Q.10)
- Recebimento de explicações do orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar" (Q.11)
- Auto-avaliação do preparo para observar as condições de saúde dos alunos (Q.37)
- Auto-avaliação do preparo para orientar os alunos sobre problemas de saúde mais comuns (Q.42)
- Auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos (Q.46)

C. População

1. Unidade Populacional

Para definir a unidade populacional, é necessário que se tenham algumas considerações preliminares:

O Estado de São Paulo, de acordo com a organização da Secretaria de Educação, está dividido em 18 Divisões Regionais de Ensino (DRE), às quais se subordinam 115 Delegacias de Ensino, cada uma com suas respectivas unidades escolares²⁶.

Duas Coordenadorias de Ensino administram as Divisões Regionais. A Coordenadoria de Ensino da Região Metropolitana da Grande São Paulo compreende 7 DREs - 3 no município da Capital e 4 abrangendo os demais municípios que circundam a Capital. A Coordenadoria de Ensino do Interior jurisdiciona as 11 DREs restantes, abarcando os municípios do interior do Estado.

Considerando os objetivos desta pesquisa, esta beleceram-se alguns critérios para composição da população de análise, no que se refere a município, unidade escolar e professor, descritos e justificados a seguir.

a) Município:

- apresentar no mínimo três anos de participação no "Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar" (SIAME), até 31 de dezembro de 1982, pressupondo a necessidade de haver transcorrido um período de ex

periência com o SIAME, para se proceder à qualquer observação;

- localizar-se em região administrativa do Estado, cuja respectiva DRE disponha de Supervisor Regional de Educação em Saúde do DAE, desde 1980 até a época da coleta de dados, considerando-se aqui o fato de que a ausência desse elemento implica em solução de continuidade nas programações de educação em saúde.

b) Unidade Escolar:

- contar com a atuação de Orientador de Ações de Assistência ao Escolar (OAE) nos períodos letivos de 1980, 1981 e 1982, visto ter a experiência demonstrado que a ausência desse elemento provoca a interrupção das ações do projeto "Educação em Saúde na Escola".

c) Professor:

- lecionar na 1ª série do 1º grau de escola da rede estadual de ensino - esse professor constitui população-alvo prioritária das programações de educação em saúde, tendo em vista diretriz estabelecida pelo DAE, conferindo primazia ao atendimento da criança que ingressa na escola¹³⁸;

- não exercer, cumulativamente, a função de OAE - esse orientador, pelo treinamento especializado que recebe na área de saú de, torna-se um elemento diferenciado, portanto, sua inclusão na pesquisa provo caria distorção dos resultados.

Atendidas as condições estabelecidas, define-se a unidade populacional do presente estudo como o professor da 1a. série do 1º grau, que leciona em escola da rede estadual de ensino do Estado de São Paulo.

Satisfizeram às demais condições, 149 unidades escolares, situadas em 13 municípios do Estado, sendo 2 da região da Grande São Paulo e 11 do Interior, assim discriminados:

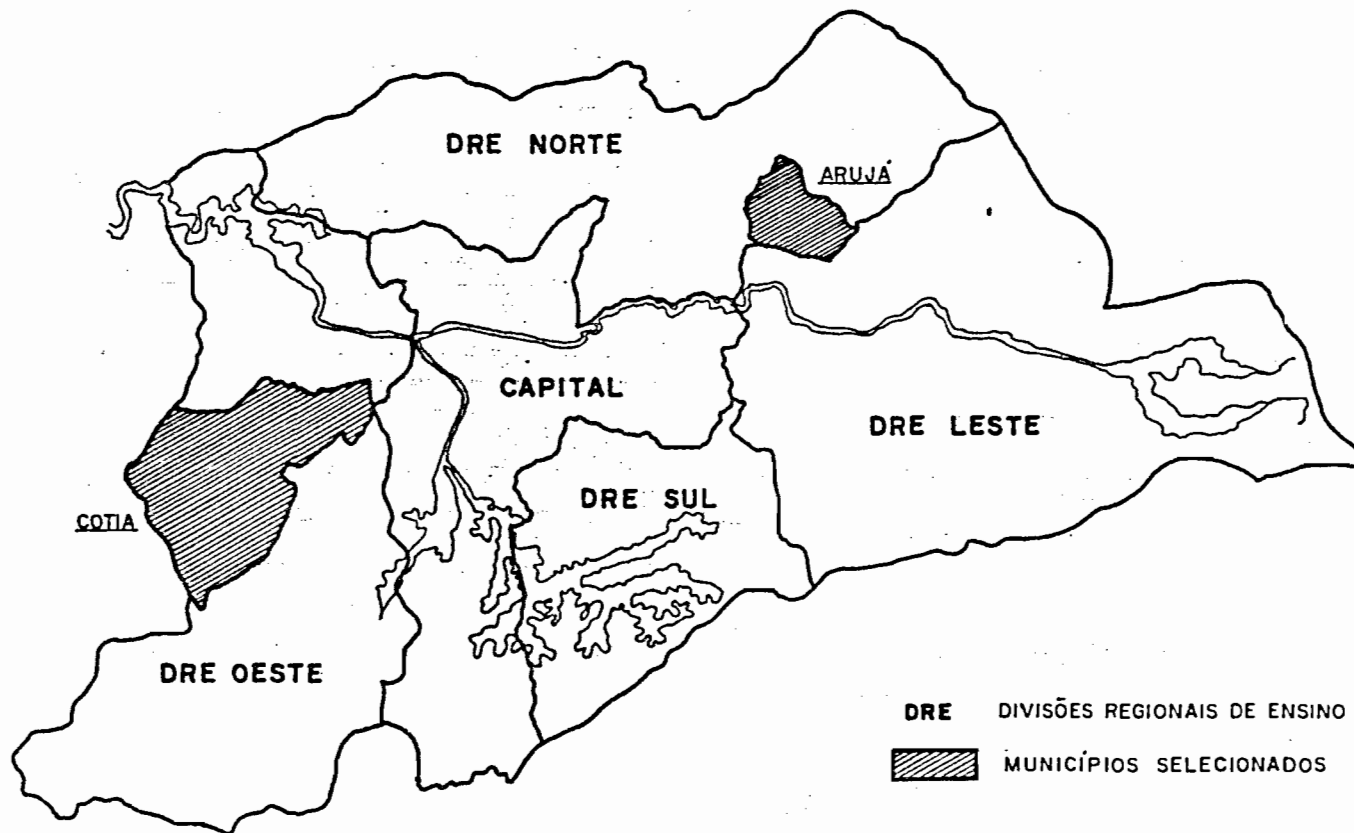
- Grande São Paulo (Mapa 1)

Divisão Regional de Ensino	Município
. Norte	Arujá
. Oeste	Cotia

DIVISÕES REGIONAIS DE ENSINO DA GRANDE SÃO PAULO

MAPA I

MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO MÉDICO
AO ESCOLAR (SIAME) SELECIONADOS PARA O ESTUDO - 1983



- Interior (Mapa 2)

Divisão Regional de Ensino	Município
. Litoral	Praia Grande
. Vale do Paraíba	Caçapava
. Sorocaba	São Roque
. Campinas	Santa Bárbara D'Oeste
. Ribeirão-Preto	Franca
. Bauru	Lençóis Paulista
. São José do Rio Preto	Catanduva
. Presidente Prudente	Presidente Venceslau
. Araçatuba	Araçatuba
. Marília	Echaporã
. Vale do Ribeira	Registro

2. População

Respeitados os critérios mencionados, passou a população do presente estudo a ser constituída pela totalidade dos professores da primeira série do primeiro grau, distribuídos em 149 unidades escolares da rede estadual de ensino do Estado de São Paulo participantes, ininterruptamente, durante três anos, no mínimo, do "Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar", até 31 de dezembro de 1982.

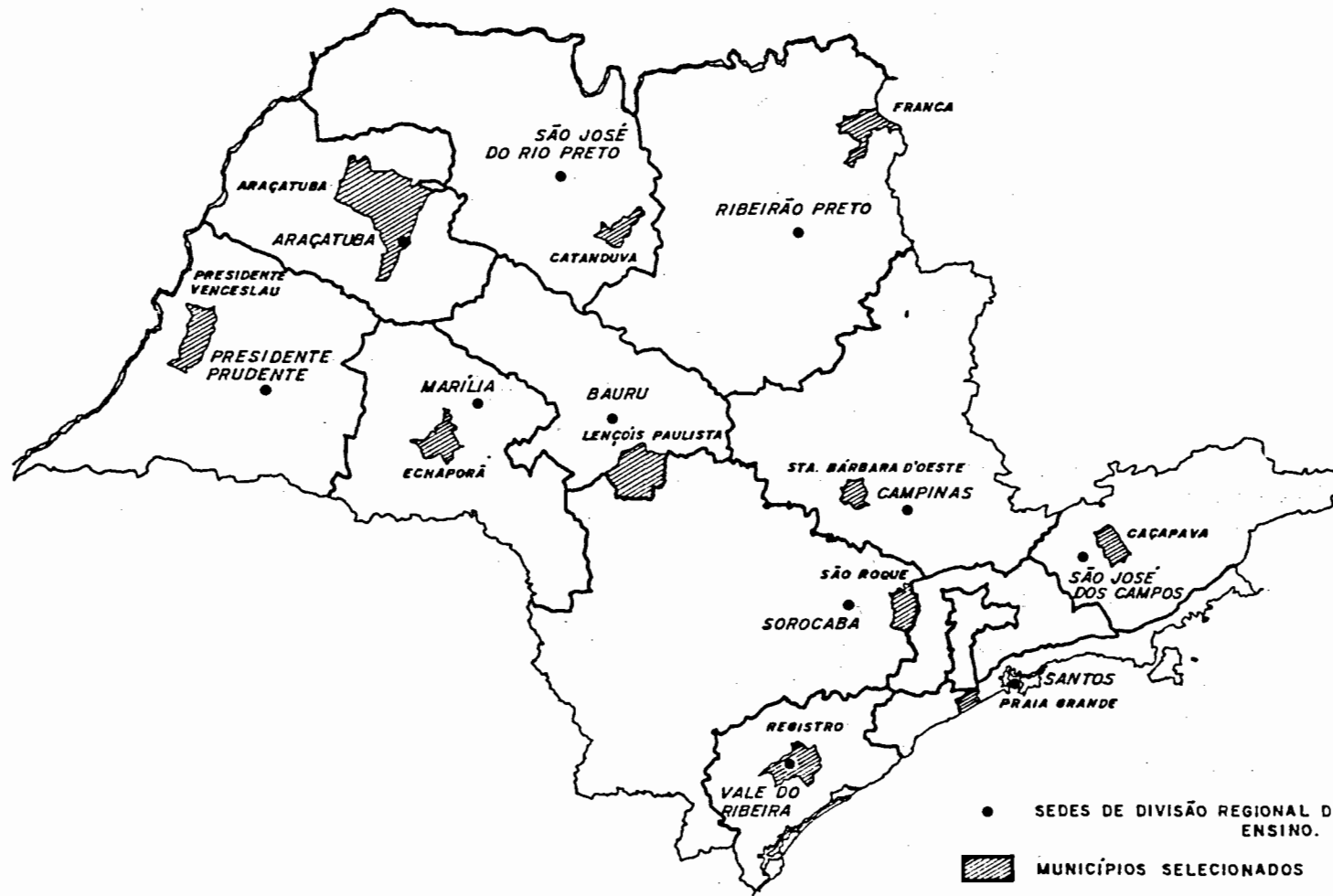
A população compreendia 570 professores, distribuídos por 13 municípios, tendo sido reduzida para 532 indivíduos, em virtude de ausência no dia destinado à coleta de dados ou de não recebimento do questionário.

ESTADO DE SÃO PAULO

MAPA 2

DIVISÕES REGIONAIS DE ENSINO DO INTERIOR

MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO
MÉDICO AO ESCOLAR (SIAME) SELECIONADOS PARA O ESTUDO - 1983



Apresenta-se, a seguir, a população distribuída nos municípios selecionados para o estudo.

TABELA 1

Distribuição de professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais, nos 13 municípios do Estado de São Paulo selecionados para o estudo. São Paulo, Brasil - 1983

MUNICÍPIO	PROFESSORES	
	f	%
Arujá	16	3,0
Cotia	64	12,0
Praia Grande	60	11,3
Caçapava	11	2,1
São Roque	33	6,2
Santa Bárbara D'Oeste	46	8,6
Franca	88	16,6
Lençóis Paulista	11	2,1
Catanduva	42	7,9
Presidente Venceslau	45	8,5
Araçatuba	81	15,2
Echaporã	5	0,9
Registro	30	5,6
TOTAL	532	100,0

D. Instrumento

1. Estudo Exploratório

A realização de estudo exploratório permite obter dados que reflitam a percepção de outros e não apenas a do pesquisador. Ao dominar o repertório de conhecimentos e opiniões da população estudada, torna-se então possível neutralizar idiosincrasias e vieses profissionais do investigador, controlando-se, portanto, a interferência de sua subjetividade na seleção do tema, no método e na interpretação dos fenômenos observados. Dessa forma, o estudo mostrará, de maneira muito aproximada, a realidade objetiva.*

Em consonância com essa orientação, procurou-se garantir a objetividade do trabalho, considerando o fato de se ter participado, durante longo período, do processo de preparação e acompanhamento de professores concernente ao tema desta pesquisa. Assim, para obter visão mais completa das variáveis em observação, realizou-se estudo exploratório em duas escolas públicas estaduais da Capital de São Paulo, cujos professores apresentavam características semelhantes às da população de análise.

Na primeira etapa desse trabalho, realizaram-se reuniões com grupos de 5 a 7 professores e entrevistas individuais.

* Método preconizado por PIOVESAN, A. - Disciplina Metodologia de Pesquisa em Saúde, FSP/USP.

Procurou-se conversar livremente com os professores, tentando averiguar não só os conhecimentos que possuíam sobre as atividades da programação, mas também, outros aspectos por eles considerados de importância. Para estimular a participação dos professores, fizeram-se algumas perguntas de caráter geral ou específico, relacionadas ao tema do momento, mas sempre com o cuidado de não dirigir a discussão ou influenciar o pensamento dos participantes.

Notou-se significativo interesse, revelado pelo grau de participação e pelo relato de casos de alunos com problemas de saúde. As entrevistas e reuniões mostraram-se bastante produtivas, trazendo excelentes contribuições para o estudo. Obtiveram-se, dessa forma, informações sobre o conhecimento e a opinião dos professores a respeito de atividades de identificação de alunos com distúrbios de saúde e medidas para sua solução. Averiguou-se, ainda, o conhecimento dos professores sobre termos técnicos usualmente empregados nessa programação e o repertório de vocábulos por eles utilizados, ao se referirem àquelas ações.

Com base na análise desses resultados, elaborou-se um roteiro de perguntas (Anexo 1) para a segunda etapa do estudo exploratório, a fim de se manter o assunto dentro dos limites da pesquisa e aprofundar as informações obtidas anteriormente. À guisa de complementação, utilizou-se o manual "Observação de Saúde do Escolar"⁷⁷, para investigar o conhecimento dos docentes sobre as atividades nele propostas. Foram realizadas reu

niões e entrevistas individuais. Conquanto tivesse ocorrido a repetição de várias idéias expressadas na primeira etapa, o que contribuiu para confirmar aqueles resultados, reforçou-se a convicção de se utilizar alguns termos no instrumento de pesquisa como, por exemplo, "observação sistemática de condições de saúde" e "seguimento de casos". Verificou-se que os professores apresentaram conhecimentos sobre o conteúdo do manual, embora vários deles não dispusessem de exemplar.

Em ambas as escolas, observou-se grande semelhança de repertório, embora se situassem em bairros diferentes e distantes. Tal fato não se constituiu surpresa, tendo em vista o caráter homogêneo da orientação técnica fornecida às unidades de ensino na programação.

Não havendo apresentação de novas idéias e sim, apenas, a repetição daquelas já enunciadas, encerrou-se essa etapa exploratória.

Mediante análise dos resultados assim obtidos, elaborou-se instrumento de medida, reunindo as questões mais relevantes, identificadas por critério quantitativo de respostas.

2. Elaboração do Questionário

Tendo em vista os objetivos e a população do estudo, ao lado de aspectos relacionados à viabilidade da coleta de dados, selecionou-se o questionário, como instrumento de medida.

Os dados obtidos no estudo exploratório permitiam a total estruturação das questões, o que apresenta vantagens quanto à precisão da medida e à apresentação tabular dos dados. Assim, decidiu-se escolher essa forma de elaboração, com exceção de algumas questões, de natureza quantitativa, para as quais é recomendável que a categorização seja feita "a posteriori".

Ao se construir as questões, teve-se presente a linguagem empregada pelos professores no decorrer da etapa exploratória, atentando-se para uma comunicação fácil e rápida com os respondentes.

As questões foram organizadas segundo uma ordem seqüencial dos conteúdos e agrupadas de acordo com as variáveis dependentes em estudo.

Considerou-se, ainda, restrições de tempo que o professor teria para respondê-las, uma vez que a coleta de dados seria realizada na escola. Tal fato determinou a busca da necessária conciliação entre o número de questões a serem respondidas e o tempo disponível, calculado em cerca de trinta minutos.

3. Consulta a Especialistas

Antes da realização do pré-teste, solicitou-se, a educadores de saúde pública do DAE, críticas e sugestões sobre o instrumento. Foram consultados três técnicos de nível central, um de nível regional e quatro de nível sub-regional, na qualidade de especialistas e detentores de ampla experiência na programação sobre a

qual versavam as questões.

Submeteram-se à apreciação de especialistas em educação as questões referentes a características profissionais.

Os pareceres assim colhidos permitiram o aperfeiçoamento do instrumento.

4. Pré-Teste

Procedeu-se ao pré-teste do questionário, com o objetivo de verificar a interpretação das questões e obter críticas e sugestões para seu aprimoramento. Realizou-se o pré-teste em oito escolas estaduais de primeiro grau, que dispunham de orientador de ações de assistência ao escolar. Para tal, contou-se com a colaboração de educadores de saúde pública atuantes nas respectivas Delegacias de Ensino. Enviou-se uma carta aos professores (Anexo 2) explicando o que se pretendia.

O questionário foi respondido por regentes de classes de primeira série e apreciado pelos orientadores dessas escolas. Solicitou-se essa apreciação, tendo em vista serem esses elementos os multiplicadores da orientação a professores, sobre as atividades a que se referiam as questões propostas. Complementando a aplicação do instrumento, cuidou-se da cronometragem do tempo dispendido para respondê-lo.

5. Questionário Definitivo

Com base na tabulação e análise dos questionários respondidos e das críticas e sugestões apresentadas, o instrumento sofreu alterações, sendo submetido a outros professores. Nada havendo a modificar, foi considerado o instrumento definitivo da coleta de dados (Anexo 3).

Elaborou-se carta-circular para introduzir o questionário à população de análise, com vistas ao esclarecimento das finalidades da pesquisa e à obtenção de melhor cooperação nas informações (Anexo 4).

E. Coleta de Dados

1. Fase Preliminar

Atividades relativas a preparo de pessoal e preparo de material antecederam à coleta de dados. Tendo em vista a importância dessa fase para o estudo, acredita-se de interesse proceder ao seu relato.

a) Preparo de Pessoal

Considerando a abrangência do estudo, em termos geográficos, houve a necessidade da participação de educadores de saúde pública e de orientadores de ações de assistência ao escolar, na coleta de dados.

Esses colaboradores foram previamente preparados com a finalidade de uniformizar a operacionalização da coleta de dados e a aplicação da técnica de obtenção das informações.

A orientação desses elementos fez-se em duas etapas, por meio de reuniões.

Inicialmente, foram reunidos os Supervisores Regionais de Educação em Saúde, das regiões onde se situavam os municípios do estudo, para solicitar colaboração e transmitir instruções.

Numa segunda etapa, esses educadores prepararam os orientadores das escolas onde seria realizada a pesquisa, para aplicação e devolução dos instrumentos.

b) Preparo de Material

O material foi planejado com os seguintes objetivos:

- reforçar a orientação dada aos educadores durante a reunião;
- assegurar a precisão da orientação a ser transmitida aos aplicadores do instrumento;
- assegurar o caráter confidencial do questionário;
- facilitar a aplicação e a devolução do instrumento.

Consoante esses objetivos, foram elaborados os seguintes materiais:

- agenda de reunião com educadores (Anexo 5);
- carta-circular dirigida aos orientadores (Anexo 6);
- envelopes individuais, em número igual ao de questionários e
- etiquetas, afixadas nos envelopes, contendo instruções sobre inviolabilidade e mecanismo de devolução do questionário.

2. Execução

Os dados foram coletados no período de 16 a 24 de junho de 1983, com a aplicação concomitante do instrumento nas unidades escolares do mesmo município, pelo OAE ou pelo educador de saúde.

Todos os respondentes preencheram os questionários na mesma data em nível de município, a fim de evitar distorções nas respostas, decorrentes da possível troca de idéias entre professores da mesma localidade. Foi essa a razão aliás, que levou à exclusão dos professores ausentes no dia da aplicação do questionário. Os professores presentes, na data destinada à coleta de dados, foram reunidos no mesmo horário. Cada respondente recebeu um envelope contendo o questionário. Após o preenchimento individual do instrumento, o professor coloca

va-o no envelope, fechando-o de maneira inviolável, conforme instruções da etiqueta. Desse modo, foi assegurado o sigilo dos dados.

O orientador encarregou-se de recolher os envelopes fechados e de entregá-los ao Supervisor Regional de Educação em Saúde da sua região.

A estratégia utilizada para coletar os dados revelou-se eficaz. Deixaram de receber o questionário quatro professores, em virtude de licença-médica repentina do OAE encarregado da aplicação. De outro lado, as ausências registradas no dia destinado à aplicação do instrumento, foram devidas às mais diversas causas, presumindo-se não haver relação entre elas e o estudo.

F. Revisão Crítica e Codificação

Após a aplicação, revisaram-se todos os questionários, com o objetivo de identificar inconsistências entre as respostas e descobrir questões não respondidas.

Procedeu-se à categorização das variáveis que não o foram "a priori" e à codificação das respostas.

G. Processamento de Dados

O processamento dos dados realizou-se no Centro de Computação Eletrônica da Universidade de São Paulo, sendo utilizado o equipamento Burroughs - 6.900.

Procedeu-se à crítica e correção dos casos identificados.

Para a apuração dos dados, usou-se o Sistema SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na obtenção das distribuições de frequências e eventuais cruzamentos das variáveis.

H. Tratamento dos Dados

Tendo em vista que o presente estudo é realizado, em população e não em amostra, não foram aplicados procedimentos estatísticos para testes de hipóteses. Assim, interpretou-se o significado de eventuais diferenças encontradas em termos de conhecimentos e experiência profissional. Procurou-se medir a intensidade de possível associação em situações envolvendo dois conjuntos de variáveis, por meio dos coeficientes apresentados a seguir.

1. Coeficiente de Contingência e Coeficiente de Correlação de Kendall

Para medir a intensidade das possíveis associações entre variáveis estudadas, foram utilizados o Coeficiente de Contingência, simbolizado por "C" e o Coeficiente de Correlação de Kendall, comumente designado por T ("Tau"). O Coeficiente de Contingência foi aplicado nas comparações de tabelas com o mesmo número de linhas e co

lunas e o Coeficiente de Kendall, em tabelas onde as variáveis possuíam alguma ordenação. Este coeficiente foi calculado com correção para assimetria, constituindo-se no comumente chamado "Tau-C"¹⁴².

A fim de facilitar a compreensão do fenômeno estudado, procedeu-se, algumas vezes, à reunião de categorias da variável. Nesses casos, os valores de "T" e de "C" foram mantidos a partir das categorias originais. Este fato não deve prejudicar a análise, uma vez que a reunião de categorias tenderia a diminuir a intensidade de eventuais associações e não de aumentá-las, podendo fazer-se constar, sem grande prejuízo, os valores iniciais de "T" e de "C".

2. Valor Escalar Médio

Aplicou-se também tratamento matemático aos dados obtidos, que consiste na redução dos valores de uma distribuição a um único valor, denominado Valor Escalar Médio*. Sua finalidade e cálculo são descritos a seguir.

Considerando-se que as escalas ordinais e as nominais tornam difíceis as comparações entre duas ou mais distribuições, optou-se, nesta pesquisa, pela transformação de seus valores, de categorias qualitativas em categorias quantitativas.

O procedimento de quantificação das escalas ordinal e nominal consiste na atribuição de números às

* Empregado por PIOVESAN, A. - Disciplina Metodologia de Pesquisa em Saúde - FSP/USP.

suas categorias. Esses números, que são arbitrários, a presentam características ponderais e, quando aplicados às distribuições de frequências, permitem obter-se a mé dia ponderada, aqui denominada Valor Escalar Médio(VEM)

Desse modo, a escala é reduzida a um único va lor, o que torna possível:

- situar esse valor dentro de uma escala e, con seqüentemente, ter-se idéia de sua posi ção ou magnitude relativas;
- comparar, entre si, os valores de diversas escalas.

A apresentação dos resultados por meio do VEM é feita sem prejuízo da apresentação convencional das distribuições próprias das escalas ordinais e nominais.

Os processos de quantificação empregados para as escalas ordinais e nominais obedecem a critérios dife rentes e a finalidades específicas.

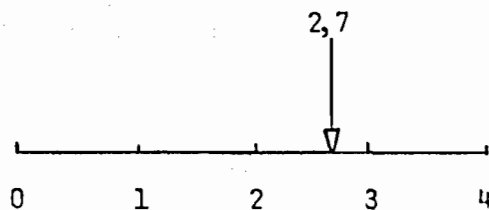
Para as escalas ordinais, o processo de atri buir numerosas suas categorias é realizado de acordo com a magnitude presumível do conteúdo implícito em cada ca tegoria. Para exemplificar a aplicação desse critério, tomou-se como base a escala da questão 10 e sua respec tiva distribuição de frequências:

	f
(4) Conhece muito bem	54
(3) Conhece bem	124
(2) Conhece mais ou menos	149
(1) Conhece mal	7
(0) Conhece muito mal	2

4	X	54	=	216
3	X	124	=	372
2	X	149	=	298
1	X	7	=	7
0	X	<u>2</u>	=	<u>0</u>
		336		893

$$VEM = \frac{893}{336} = 2,7$$

Esse resultado pode também ser representado graficamente:



Como os Valores Escalares Médios são também u tilizados para comparar distribuições e como eles são re feridos a escalas de amplitudes diferentes, tornou-se ne cessário padronizar as escalas. Assim, todas as escalas

ordinais foram transformadas de tal modo que seus limites passassem a ser 0 (zero) e 100. No exemplo já referido, para que o limite superior seja representado pelo número 100, faz-se necessário multiplicar o VEM por 25. Esse valor é o resultado da relação entre os limites final e inicial propostos ($\frac{100}{4}$). Efetuando-se essa transformação, no caso em apreço, tem-se:

$$\text{VEM} = \frac{893}{336} \times 25 = 66$$

Se nas escalas ordinais a finalidade básica foi reduzir os diversos valores da escala a um único valor, nas escalas nominais o que se pretendeu foi avaliar as respostas, como sendo certas e erradas. Às respostas consideradas certas, atribuiu-se sinal positivo e, às erradas, sinal negativo. Além disso, atribuíram-se valores quantitativos às categorias, oscilando estes de +2 a -2. O critério para atribuição de valores prendeu-se ao conteúdo técnico da programação, a que se refere este estudo.

Exemplifica-se com a escala da questão 44 e sua respectiva distribuição de frequências:

	f
(+2) ao professor	169
(-0,5) ao orientador de ações de assistência ao escolar	318
(-1) a outro funcionário da escola	2
(-2) o caso não deve ser registrado	9

$$(+2) \times 169 = +338$$

$$(-0,5) \times 318 = -159$$

$$(-1) \times 2 = -2$$

$$(-2) \times \underline{9} = \underline{-18}$$

$$498 \quad 159$$

$$\text{VEM} = \frac{159}{498} \times 50 = 16$$

Resumindo, os Valores Escalares Médios referem-se a escalas numéricas que variam de 0 a 100, nas escalas ordinais e de +100 a -100, nas escalas nominais.

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A. Considerações Preliminares

Considera-se necessário oferecer algumas informações a respeito da estruturação dada aos resultados desta pesquisa, antes de passar à descrição e análise dos dados obtidos.

- Os resultados que se apresentam a seguir foram organizados em dois estudos, descritivo e analítico. No primeiro, descrevem-se as características da população e as variáveis dependentes fracionadas em áreas específicas. Por sua vez, o estudo analítico teve por finalidade verificar a existência de relação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes. Para tal, tomou-se cada uma das variáveis independentes e verificou-se seu relacionamento com determinados aspectos de cada variável dependente. Esses cruzamentos foram seletivos, procurando-se apresentar os relacionamentos que pareciam oferecer maior interesse.

- Apresentam-se as variáveis dependentes segundo as áreas definidas na metodologia do estudo, não sendo necessariamente observada a seqüência das questões do questionário. Reuniram-se, assim, questões afins, obedecendo a uma seqüência lógica, para facilitar a apreensão dos diferentes aspectos da variável.

- A variável independente "tempo de magistério" (Q.6) foi apresentada apenas de forma descritiva. Apesar do estudo exploratório e do pré-teste realizados para elaboração do instrumento de medida, verificou-se a ocorrência de interpretações diversas à esperada, fato que será comentado a seguir, na descrição da população de análise.

- O mesmo ocorreu com a variável "satisfação com a carga de atividades docentes" (Q.8), sendo objeto de comentário ao se apresentar as características profissionais da população em estudo.

- Os valores relativos correspondentes às escalas que contêm a resposta "não tem opinião", por visarem a finalidades diversas, foram apresentados de duas formas, incluindo e excluindo essa categoria no cálculo das frequências.

- . Com a inclusão, que corresponde à forma clássica das apresentações tabulares, pretendeu-se apresentar a realidade em toda a sua inteireza. Essa forma de apresentação tem uma finalidade basicamente descritiva, contudo, para fins de interpretação, contem um fator de distorção.

- . Com a exclusão, pretendeu-se alcançar uma interpretação "verdadeira" da realidade — entendendo-se "verdade" sempre no sentido probabilístico. Como a presença das respostas "não tem opinião" impede que a realidade seja representada quantitativamente pelos seus valores verdadeiros, elas devem ser separadas das demais respostas nos trabalhos de análise.

- Considerando o fato de o elemento de análise do presente estudo ser a resposta do professor, as tabelas apresentam diferentes totais em decorrência do número variável de respostas obtidas.

- A apresentação dos dados obedece às "Normas de Apresentação Tabular", da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁶.

B. Descrição da População

Os dados coletados permitem descrever a população em estudo segundo características pessoais, profissionais e de preparo para realizar atividades propostas pelo projeto "Educação em Saúde na Escola", referido anteriormente.

1. Características Pessoais e Profissionais

As Tabelas 2 e 3 registram as características pessoais e profissionais da população.

TABELA 2

Características pessoais de professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q. 2/4 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS		f	%
		n = 532	
Sexo	Masculino	12	2,3
	Feminino	520	97,7
		n = 509	
Idade (Anos completos)			
		Ponto médio	
19 a 30	27,6	66	13,0
31 a 40	36,3	219	43,0
41 a 50	45,5	195	38,3
51 a 60	53,5	29	5,7
\bar{x} = 39,6 anos (39a. 7m. 6d.)			
		n = 511	
Ter/não ter filho cursando classe de 1ª. a 4ª. séries do 1º grau			
Tem filho cursando classe de 1ª. a 4ª. séries		80	15,7
Tem filho cursando classe de 5ª. a 8ª. séries		75	14,7
Tem filhos cursando classes de 1ª. a 4ª. séries e de 5ª. a 8ª. séries		86	16,8
Não tem filho cursando o 1º grau		270	52,8

TABELA 3

Características profissionais de professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.5/8 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS		f	%
Jornada de trabalho docente		n = 527	
Parcial (20 horas)		333	63,2
Completa (30 horas)		25	4,7
Integral (40 horas)		169	32,1
Tempo de magistério (Anos)		n = 531	
Ponto médio			
0 a 5	3,5	56	10,6
6 a 10	8,9	105	19,8
11 a 15	13,4	120	22,6
16 a 20	18,3	99	18,6
21 a 25	23,4	103	19,4
26 a 33	28,8	48	9,0
$\bar{x} = 15,7$ anos (15a. 8m. 12d.)			
Tempo de magistério em classes de 1ª. a 4ª. séries do 1º grau (Anos)		n = 531	
Ponto médio			
0 a 5	3,5	101	19,0
6 a 10	9,0	108	20,4
11 a 15	13,4	103	19,4
16 a 20	18,4	83	15,6
21 a 25	23,4	93	17,5
26 a 33	28,7	43	8,1
$\bar{x} = 14,4$ anos (14a. 4m. 24d.)			
Satisfação com a carga de atividades docentes		n = 530	
(3) Muito satisfeito		242	45,7
(2) Medianamente satisfeito		244	46,0
(1) Pouco satisfeito		33	6,2
(0) Nada satisfeito		11	2,1
Valor escalar médio*		2,4(78)	

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 3; 0 e 100.

De acordo com a Tabela 2, evidencia-se a predominância de mulheres, alcançando este grupo o elevado valor de 97,7%. Assim, a variável "sexo" apenas cumpre função descritiva. Note-se, também, que a faixa etária equivalente a mulheres com 19 a 40 anos agrupa 63,9% da população em estudo e que a maioria, 67,5%, não tem filhos cursando classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau.

Os dados da Tabela 3 evidenciam que a maior parcela dos professores, 63,2%, trabalha em jornada parcial, ou seja, quatro horas por dia.

Comparando-se os dados obtidos nas variáveis "tempo de magistério" (Q.6) e "tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau" (Q.7) verifica-se, em todas as categorias, disparidade de resultados, a parecendo sempre valores maiores na segunda variável mencionada. Esse fato evidencia que, apesar do estudo exploratório e pré-teste realizados, a questão 6 parece ter sido entendida como o número de anos de trabalho no magistério estadual, contados a partir do concurso de ingresso à carreira docente. Não se incluiu, provavelmente, o tempo de serviço prestado em redes de ensino municipais e particulares ou o exercício de substituição não efetiva na rede estadual*. Nestas circunstâncias, optou-se pela exclusão da variável "tempo de magistério" para efeito de interpretação.

* Comunicação pessoal de membros da Equipe Técnica de Análise Sócio-Econômico-Demográfica, da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo.

Ainda na Tabela 3, a variável "satisfação com a carga de atividades docentes" (Q.8) mostrou porcentagens muito reduzidas nas categorias "pouco satisfeito" (6,2%) e "nada satisfeito" (2,1%). Tal constatação não correspondeu às expectativas, considerando-se a tão comentada insatisfação dos professores da rede de ensino estadual, ocasionada pelos baixos níveis salariais em relação às suas responsabilidades. Pode-se entretanto supor que decorra isto da interpretação concedida pelos respondentes à palavra "carga", vinculando-a à jornada de trabalho, no sentido de "carga horária". Tendo em vista o fato de a legislação vigente oferecer agora a oportunidade de os professores ampliarem suas jornadas de trabalho, aumentando, portanto, seus vencimentos, pode-se supor que a satisfação profissional, que transparece em suas respostas, corresponda, talvez, à satisfação em relação a este fato*. A variável foi, portanto, excluída da análise.

2. Características de Preparo

As características de preparo do professor para realizar atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola" constam das Tabelas 4 a 12 e dos Quadros 1 e 2.

* Comunicação pessoal de membros da Equipe Técnica de Análise Sócio-Econômico-Demográfica, da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo.

TABELA 4

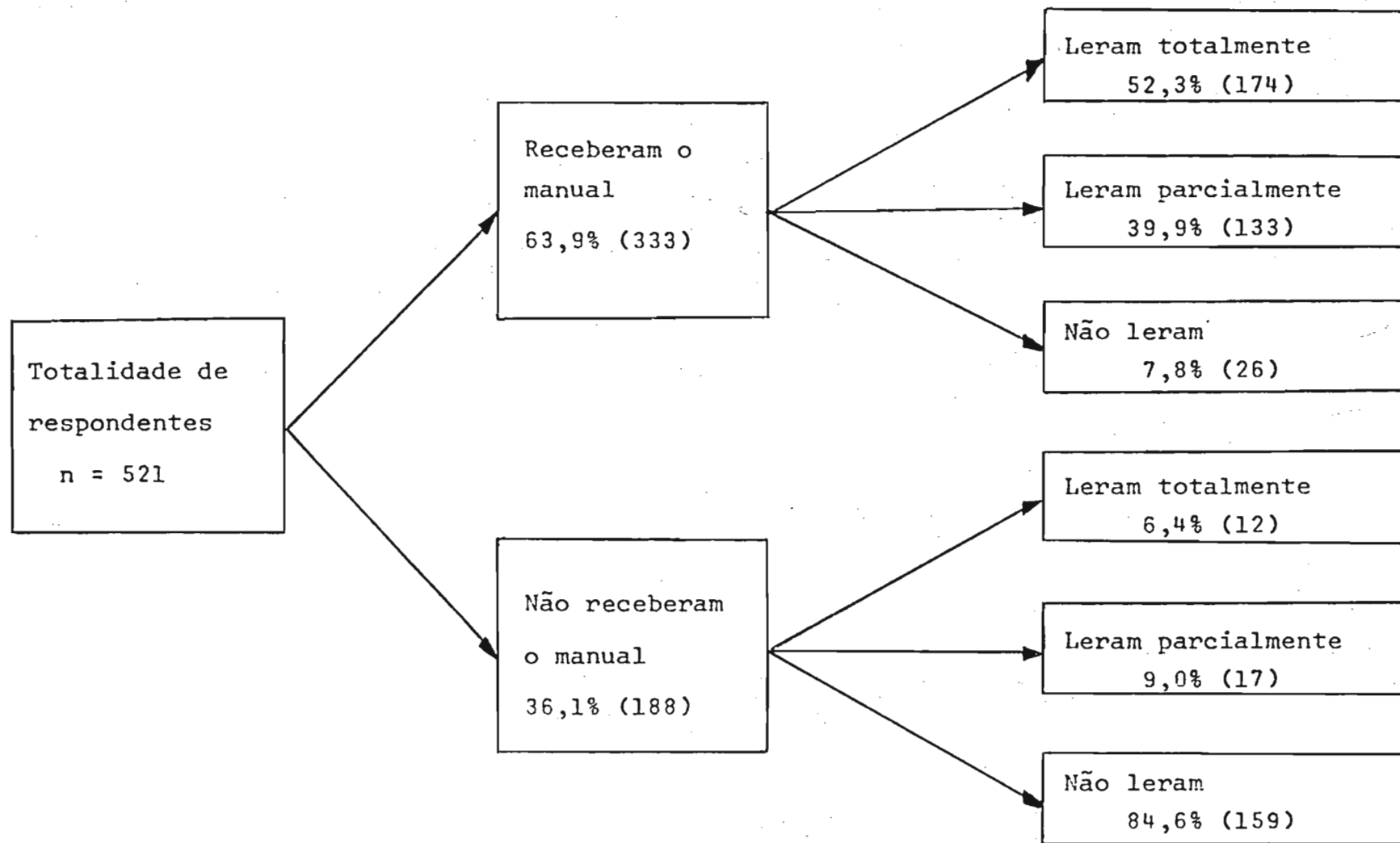
Recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 521

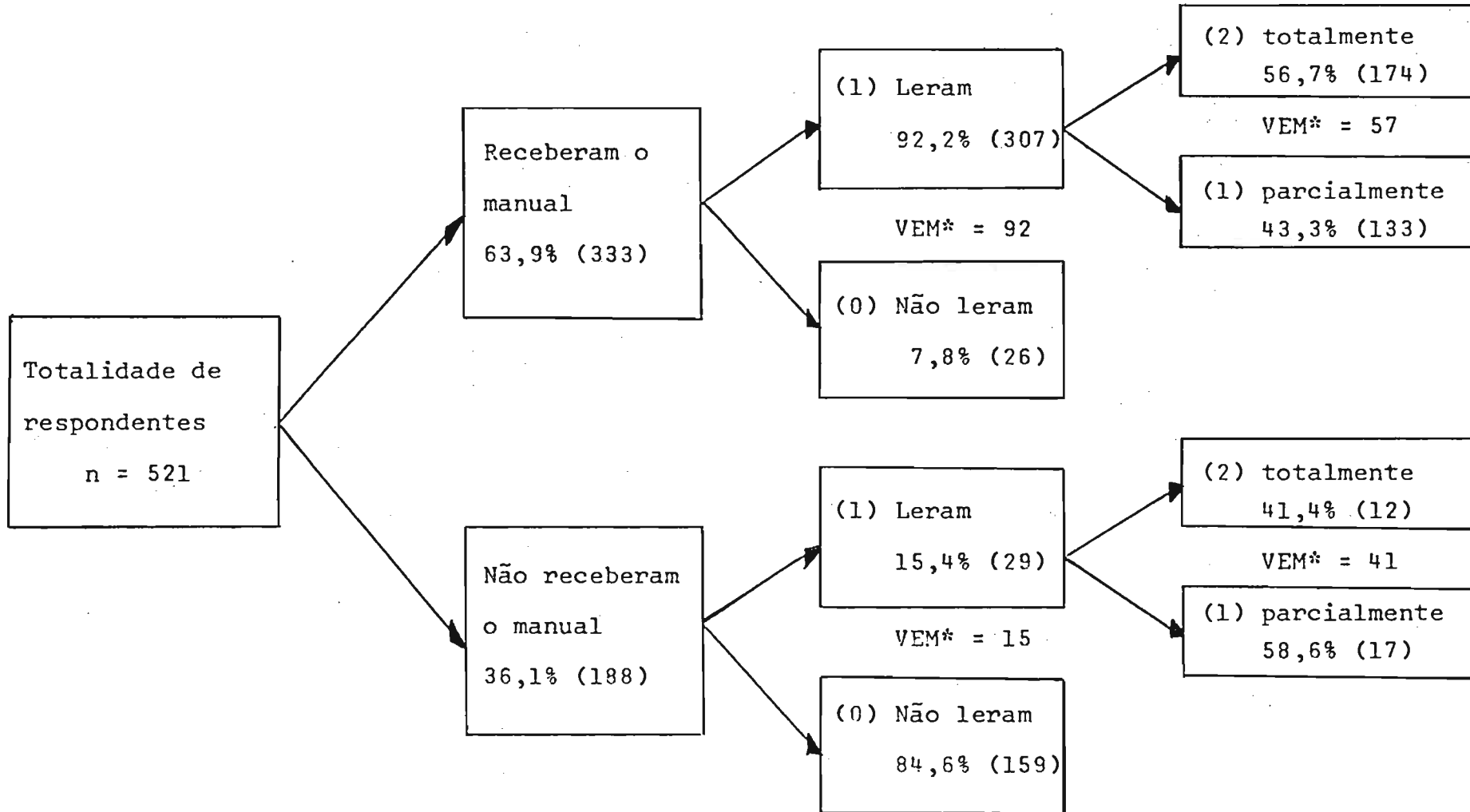
Q.9 LEITURA DO MANUAL	RECEBIMENTO DO MANUAL			
	Recebeu 63,9%(333)		Não recebeu 36,1%(188)	
	f	%	f	%
(2) Leu totalmente	174	52,3	12	6,4
(1) Leu parcialmente	133	39,9	17	9,0
(0) Não leu	26	7,8	159	84,6
Valor escalar médio*	1,4(72)		0,2(11)	

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2, 0 e 100.

Recebimento e Leitura do Manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª. Série do 1º Grau de Escolas Estaduais de 13 Municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983 (Q.9)



Recebimento e Leitura do Manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª. Série do 1º Grau de Escolas Estaduais de 13 Municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983 (Q.9)



* VEM = Valor Escalar Médio. Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites da escala: 0 e 100.

De acordo com a Tabela 4 e o Quadro 1, a maioria dos professores (63,9%) recebeu o manual. Os valores observados parecem indicar relação entre o fato de receber e ler e o fato de não receber e não ler o manual, o que corresponde às expectativas.

No Quadro 2, os resultados sofreram uma análise adicional, segundo a qual as sub-populações constituídas pelos professores que receberam e que não receberam o manual, foram novamente fragmentadas em termos da leitura total ou parcial. Verifica-se, então, que os resultados referentes aos grupos que leram diferem consoante tenham recebido ou não o manual. Este resultado, que não se apresenta de início, somente pôde ser obtido por meio desta análise subsequente. Fica-se assim conhecendo um novo aspecto do estudo, quando se verifica que o recebimento do manual pelos professores influi na decisão de conhecer seu conteúdo.

Como se observa, o material foi lido totalmente por 56,7% dos respondentes que o receberam e apenas por 41,4% dos que não o receberam. Portanto, o fato de receber o manual influi positivamente, seja na proporção de docentes que o lêem (VEM = 92 e VEM = 15), seja na extensão com que o material é lido (VEM = 57 e VEM = 41).

Do ponto de vista prático, esses dados apresentam particular interesse em decorrência da ênfase atribuída ao manual "Observação de Saúde do Escolar" nos projetos de educação em saúde do DAE^{124,125,126,127}. Trata-se de apoio técnico à orientação de professores da rede

estadual de ensino sobre observação de saúde e atendimento de problemas de saúde do escolar. Nesse enfoque, o orientador de ações de assistência ao escolar (OAE) constituiu-se no elo de ligação entre o educador de saúde e os professores da unidade de ensino onde atua, ao transmitir tais conteúdos mediante a utilização do referido manual¹²⁸.

Em termos desses resultados, caberia, de um lado, perguntar se o OAE disporia de quantidade suficiente de manuais para o seu trabalho, de que forma estaria utilizando esse subsídio e até que ponto se sentiria seguro para orientar sobre sua aplicação. De outro lado, há que se considerar possível solução de continuidade no trabalho do OAE, por licenças ou afastamentos, interferindo na distribuição do manual e sua respectiva orientação.

As Tabelas 5 e 6 evidenciam o provimento de orientação aos professores a respeito do manual "Observação de Saúde do Escolar", por intermédio do orientador de ações de assistência ao escolar e os níveis de auto-avaliação de conhecimentos, pelos respondentes, sobre o conteúdo do referido manual.

TABELA 5

Recebimento de explicações ministradas pelo orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 525

Q.11 RECEBIMENTO DE EXPLICAÇÕES SOBRE O MANUAL	f	%
Sim	427	81,3
Não	98	18,7

TABELA 6

Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 336

Q.10 AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O MANUAL	f	%
(4) Conhece muito bem	54	16,1
(3) Conhece bem	124	36,9
(2) Conhece mais ou menos	149	44,3
(1) Conhece mal	7	2,1
(0) Conhece muito mal	2	0,6
Valor escalar médio*	2,7	(66)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 4, 0 e 100.

Os dados da Tabela 5 mostram que a maioria dos professores (81,3%) foi orientada sobre a utilização do manual. Contudo, ao se examinar a Tabela 6, chama a a tenção o fato de que 44,3% dos respondentes se localizam na faixa intermediária dos graus da avaliação de conhecimentos, resultado este não satisfatório do ponto de vis ta qualitativo. Cumpre ressaltar que este resultado en contra-se, por sua vez, intimamente relacionado ao fato de ter lido ou não o manual e de ter ou não recebido ori entação a respeito. Considerando a porcentagem de pro fessores que receberam essas explicações (81,3%) e que 63,9% dispõe do manual (Tabela 4), poder-se-ia questio nar a qualidade da orientação ministrada. De outro la do, é necessário levar em conta possíveis obstáculos à realização dessa atividade, que, em conjunto ou isola damente, poderiam ser responsáveis pela restrição menciona da:

- não recebimento do manual pelo professor - o referido material seria o parâmetro para jul gamento quanto a ter ou não recebido explica ções sobre seu conteúdo;
- entrada de professores novos - se o docente provém de escola e/ou série não atingidas pe lo programa, provavelmente não recebeu expli cações do OAE sobre o manual;

- limitações ao trabalho do OAE, referidas por MENDES & TEMPORINI⁷⁶, tais como,

- . deficiências no seu preparo em saúde;
- . ausência de motivação, iniciativa ou liderança;
- . carga horária insuficiente para o desempenho da função, relativamente ao número de alunos existentes;
- . ausência por licenças, afastamentos ou remoção;
- . falta de apoio da direção da escola;
- . incompatibilidade de seu período de trabalho com o de professores-alvo da orientação, ou do horário de trabalho desses professores entre si.

Nas Tabelas 7, 8 e 9 verifica-se o conteúdo ministrado aos professores pelo orientador de ações de assistência ao escolar, sobre atividades da programação de educação em saúde.

TABELA 7

Programação de Educação em Saúde: explicações recebidas por meio do orientador de ações de assistência ao escolar. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.12/19 EXPLICAÇÕES RECEBIDAS	n	f	%
Técnica da observação de saúde	415	393	94,7
Problemas de saúde a serem observados	408	398	97,5
Técnica de levantamento de recursos assistenciais dos alunos	398	373	93,7
Orientação a aluno com problema de saúde	396	386	97,5
Orientação à família de aluno com problema de saúde	391	376	96,2
Encaminhamento de aluno com problema de saúde	401	391	97,5
Seguimento de caso encaminhado	393	352	89,6
Registro de dados relativos ao caso encaminhado	390	350	89,7

Explicações recebidas por meio do orientador de ações de assistência ao escolar: formas de associação. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 424

RESPONDENTES		Q.20 FORMAS DE ASSOCIAÇÃO							
		Técnica da observação de saúde	Problemas de saúde a serem observados	Técnica de levantamento de cursos assistenciais	Orientação a aluno com problema de saúde	Orientação à família de aluno com problema de saúde	Encaminhamento de aluno com problema de saúde	Seguimento de caso encaminhado	Registro de dados relativos ao caso encaminhado
f	%	Q.12	Q.13	Q.14	Q.15	Q.16	Q.17	Q.18	Q.19
315	74,3	X	X	X	X	X	X	X	X
11	2,6	X	X	X	X	X			
10	2,4	X							
8	1,9		X						
8	1,9	X	X	X	X	X	X	X	
7	1,6	X	X	X	X	X	X		X
5	1,2	X	X						
5	1,2	X	X		X	X	X	X	X
12*	2,8	.	.	.	.	.	.	.	.
18**	4,2	.	.	.	.	.	.	.	.
25***	5,9	.	.	.	.	.	.	.	.

* 4 grupos de 3 respondentes

** 9 grupos de 2 respondentes

*** 25 grupos de 1 respondente

Cada grupo apresentou uma forma particular de associação.

(.) Dados omitidos em razão da multiplicidade de informações.

Do cruzamento das Questões 12/19, resultaram 46 formas diferentes de associações. Tendo em vista a magnitude desse valor, apresentam-se na Tabela 8, apenas as associações de frequência igual ou superior a 5, compreendendo oito formas distintas de associação (17,4%). As demais formas, num total de trinta e oito (82,6%), com frequências iguais a 3, 2 e 1, constam da nota de rodapé na referida tabela, não sendo, portanto, especificadas suas formas de associação.

A Tabela 9, a seguir, evidencia o número de vezes que os respondentes associaram respostas diversas às questões 12/19. Dentre oito respostas, máximo possível, o número médio de respostas afirmativas foi 7,1.

TABELA 9

Explicações recebidas por meio do orientador de ações de assistência ao escolar: número de respostas afirmativas às oito questões apresentadas. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 424

Q.20 Nº DE RESPOSTAS AFIRMATIVAS	f	%
1	20	4,7
2	7	1,7
3	8	1,9
4	12	2,8
5	9	2,1
6	23	5,4
7	30	7,1
8	315	74,3

 $\bar{x} = 7,1$

Examinando-se a Tabela 7, tem-se a impressão de que cerca de 90,0% dos professores receberam todas as explicações mencionadas. Não obstante, observando-se a Tabela 8, demonstrando as várias formas de respostas associadas, nota-se que, na verdade, essa proporção é bem inferior (74,3%). Tudo leva a crer que a maior parte dos respondentes recebeu orientação do OAE sobre a técnica da observação de saúde. Parece não ocorrer o mesmo em relação às medidas para solucionar problemas de saúde do escolar, em especial, encaminhamento e seguimento de casos. Essa constatação leva a conjecturar-se acerca das responsabilidades que o professor se atribuiria face a tais atividades, percepção esta que poderia influir tanto na sua receptividade às orientações, quanto na ênfase com que o OAE as realiza. O professor sabe que, de acordo com atos legais^{27,117}, existe elemento na escola, o OAE, dispendo de carga horária e remuneração especialmente destinadas à execução de ações de saúde. Dessa forma, poder-se-ia perguntar se esse fato influiria na percepção e conduta do professor face às atividades da programação a ele solicitadas.

As Tabelas 10, 11 e 12, a seguir, mostram as auto-avaliações do professor a respeito do seu preparo para realizar atividades previstas no projeto "Educação em Saúde na Escola".

TABELA 10

Auto-avaliação do preparo para realizar a observação do estado de saúde dos alunos. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 530		
Q.37 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA REALIZAR OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	f	%
(-) Considera-se preparado	527	99,4
(0) Considera-se não preparado	3	0,6

Considera-se:		
(5) muito bem preparado	61	11,6
(4) bem preparado	163	30,9
(3) mais ou menos preparado	271	51,5
(2) mal preparado	26	4,9
(1) muito mal preparado	6	1,1

Valor escalar médio*	3,4 (69)	

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 5, 0 e 100.

TABELA 11

Auto-avaliação do preparo para orientar alunos sobre problemas de saúde mais comuns. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 529		
Q.42 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA ORIENTAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE	f	%
(-) Considera-se preparado	514	97,2
(0) Considera-se não preparado	15	2,8

Considera-se preparado para orientar sobre:		
(4) todos os problemas	76	14,3
(3) quase todos os problemas	169	32,9
(2) a média dos problemas	211	41,0
(1) poucos problemas	58	11,3

Valor escalar médio *	2,4 (61)	

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 4, 0 e 100.

TABELA 12

Auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 530

Q.46 AUTO-AVALIAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO	f	%
(3) Contribuiu muito	226	42,6
(2) Contribuiu regularmente	263	49,6
(1) Contribuiu pouco	38	7,2
(0) Nada contribuiu	3	0,6
Valor escalar médio*	2,3 (78)	

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 3, 0 e 100.

Os resultados das Tabelas 10 e 11 expressos pelo VEM, evidenciam que os professores se revelam apenas razoavelmente preparados para realizar tanto a observação de saúde como a orientação sobre problemas de saúde. Embora diferindo discretamente dos valores encontrados nas Tabelas 10 e 11, os da Tabela 12 mostram que os professores consideram ter contribuído para a identificação e solução de problemas de saúde dos alunos.

Esses resultados levam a supor duas possibilidades - o preparo dos professores pode ter sido insuficiente e/ou eles estão subestimando a própria capacidade, pontos estes que certamente justificariam um estudo avaliativo a nível local.

C. Resultados Relativos às Variáveis Dependentes

1. Estudo Descritivo

A apresentação e discussão dos resultados, no que respeita à descrição das variáveis dependentes, obedece à organização a elas conferida na metodologia deste trabalho.

a) Conduta do Professor

A Tabela 13 reúne dados referentes ao grau de utilização de meios que permitem ao professor identificar alunos necessitados de assistência à saúde.

TABELA 13

Meios utilizados para identificar alunos com problemas de saúde. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.21/23 MEIOS PARA IDENTIFICAR ALUNOS COM PROBLEMAS	f	%
Observação de sinais, sintomas e comportamentos do aluno	n = 524	
(2) Utiliza sistematicamente	392	74,8
(1) Utiliza eventualmente	125	23,9
(0) Não utiliza	7	1,3
Valor escalar médio*	1,7 (87)	
Informação da família do aluno	n = 518	
(2) Utiliza sistematicamente	320	61,8
(1) Utiliza eventualmente	181	34,9
(0) Não utiliza	17	3,3
Valor escalar médio*	1,6 (79)	
Aplicação de teste de acuidade visual	n = 524	
(1) Aplicou apenas em 1982	31	5,9
(1) Aplicou apenas em 1983	84	16,0
(2) Aplicou em 1982 e em 1983	394	75,2
(0) Não aplicou em 1982 ou em 1983	15	2,9
Valor escalar médio*	1,7 (86)	

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

Os valores escalares médios, observados na Ta bela 13, permitem comparar a utilização dos diferentes meios assinalados. De acordo com esses dados, a observação de saúde representa o meio mais utilizado pelos professores para identificar alunos com problemas de saúde (VEM = 87). Além disso, as porcentagens evidenciam a predominância da forma sistemática de utilização desses meios, o que significa obedecer a uma regularidade de execução, disciplinada por técnicas de trabalho, segundo padrões pré-estabelecidos⁷⁷.

O meio relativamente menos utilizado pelos professores diz respeito à obtenção de informações prestadas pela família. Isto se explica, talvez, em decorrência de limitações advindas do horário do professor e impedimentos situacionais ou empregatícios dos pais, determinando o não-atendimento de convocação para entrevista na escola.

A maioria dos professores (75,2%) realizou a medida da acuidade visual dos seus alunos, em 1982 e 1983, o que seria de esperar tendo em vista o caráter rotineiro dessa atividade na rede estadual de ensino, há alguns anos¹⁵¹. Corrobora esse fato a reduzida porcentagem de docentes (2,9%) que não aplicaram o teste nos dois anos fixados pela pesquisa. Pode-se supor que, tanto estes professores como os que aplicaram o teste de acuidade visual apenas uma vez no período estabelecido, ou assumiram classe de primeira série naquele ano (16,0%), ou reiniciaram atividade docente algum tempo após o início do ano letivo em decorrência de licença ou remoção.

Esta explicação baseia-se no caráter obrigatório da triagem visual, a ser realizada durante o primeiro semestre, em cumprimento a cronograma da Secretaria de Estado da Educação¹¹⁸.

Tem sido amplamente ressaltada a posição estratégica ocupada pelo professor no sentido de perceber alterações de desenvolvimento e de condições de saúde dos escolares^{3,77,83,87,90}. Os dados da Tabela 14 mostram de fato que quase todos os docentes admitem ter identificado aluno portador de algum distúrbio de saúde.

TABELA 14

Identificação de aluno com problema de saúde. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 528

Q.24 IDENTIFICAÇÃO DE ALUNO COM PROBLEMA DE SAÚDE	f	%
Sim	507	96,0
Não	21	4,0

O alto valor percentual observado (96,0%) pode ser interpretado em razão da prevalência de determinados problemas de saúde no grupo etário do escolar que, muitas vezes, eclodem ou são notados na escola^{25,101,154,167}. Assim, o professor depara-se, constantemente, com desvios de saúde dos seus alunos a exigir providências.

A Tabela 15, a seguir, reúne as atividades da programação de educação em saúde que visam à detecção e atendimento de distúrbios de saúde do escolar mediante participação do professor.

TABELA 15

Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde dos alunos. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25/33 ATIVIDADES (contínua)	f	%
Observação de saúde	n = 532	
(2) Realiza sistematicamente	395	74,3
(1) Realiza eventualmente	131	24,6
(0) Não realiza	6	1,1
Valor escalar médio*	1,7 (87)	
Levantamento dos recursos preventivos dos alunos com problemas de saúde	n = 528	
(2) Realiza sistematicamente	351	66,5
(1) Realiza eventualmente	151	28,6
(0) Não realiza	26	4,9
Valor escalar médio*	1,6 (81)	
Encaminhamento de aluno ao orientador de ações de assistência ao escolar	n = 530	
(2) Realiza sistematicamente	391	73,8
(1) Realiza eventualmente	119	22,4
(0) Não realiza	20	3,8
Valor escalar médio*	1,7 (85)	

Q.25/33 ATIVIDADES (continua)	f	%
Encaminhamento de aluno a serviço de saúde	n = 527	
(2) Realiza sistematicamente	330	62,6
(1) Realiza eventualmente	145	27,5
(0) Não realiza	52	9,9

Valor escalar médio*	1,5 (76)	
Orientação a aluno sobre seu problema de saúde	n = 531	
(2) Realiza sistematicamente	394	74,2
(1) Realiza eventualmente	117	22,0
(0) Não realiza	20	3,8

Valor escalar médio*	1,7 (85)	
Orientação à família sobre problema de saúde do aluno	n = 531	
(2) Realiza sistematicamente	346	65,2
(1) Realiza eventualmente	158	29,8
(0) Não realiza	27	5,0

Valor escalar médio*	1,6 (80)	
Registro do problema de saúde do aluno	n = 526	
(2) Realiza sistematicamente	340	64,6
(1) Realiza eventualmente	104	19,8
(0) Não realiza	82	15,6

Valor escalar médio*	1,6 (82)	
Seguimento de caso	n = 526	
(2) Realiza sistematicamente	342	65,0
(1) Realiza eventualmente	117	22,3
(0) Não realiza	67	12,7

Valor escalar médio	1,5 (76)	

Q.25/33 ATIVIDADES (conclusão)	f	%
Solicitação de providências para afastamento de aluno com doença transmissível	n = 518	
(2) Realiza sistematicamente	369	71,2
(1) Realiza eventualmente	93	18,0
(0) Não realiza	56	10,8

Valor escalar médio*	1,6 (80)	

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

Os valores escalares médios revelam procedimentos favoráveis por parte dos professores, no que respeita à realização das atividades assinaladas. Não obstante, chama a atenção a proporção de respondentes que declaram realizar apenas eventualmente tais ações, pois, algumas delas constituem tarefas que, a nível de escola, somente o professor da classe poderia executar. Nesse caso situa-se, por exemplo, a observação de saúde⁷⁷. Por sua importância esse aspecto foi abordado nas questões 21 e 25, com a intenção de verificar a consistência das respostas fornecidas pelos docentes. Observa-se, assim, que ambos os resultados comprovam a realização dessa atividade. A execução eventual da observação de saúde parece sugerir que o professor ou não reconhece a importância dessa atividade e/ou não se considera preparado para executá-la. Trata-se, portanto, de fato a ser considerado no trabalho de orientação dirigida aos mestres.

De outro lado, verifica-se que 33,5% dos res
pondentes não fazem o levantamento de recursos previden
ciários de alunos conforme preconiza a programação. De
acordo com a respectiva diretriz técnica, atribui-se ao
professor a "verificação junto à família quanto ao direito
do aluno a alguma assistência de saúde"¹⁴⁵. É provável
que os professores estejam transferindo a atividade
para o OAE ou, simplesmente, se omitindo da tarefa, em
que pesem situações nas quais a família assume as iniciati
vas cabíveis.

Examinando-se em conjunto as questões 27 e 28,
versando sobre o encaminhamento de aluno com problema de
saúde, observa-se que, aparentemente, o professor prefe
re encaminhar para o OAE do que para serviço assistenci-
al. Não surpreende tal fato pois, embora a recomenda
ção técnica respectiva atribua o encaminhamento de casos
ao professor⁷⁷, sabe-se que esta atividade vem sendo
compartilhada com o OAE, em alguns casos por determina
ção do próprio diretor da escola. Tendo em vista a ne
cessidade de contato pessoal com a família para proce
der-se ao encaminhamento de aluno a serviço de saúde - o
que é realizado no decorrer do período escolar - a dire
ção da escola atribui ao OAE, total ou parcialmente, essa
responsabilidade. Embora tal procedimento possa auxiliar
a organização da escola, de outro lado, pode alienar
o docente do problema de saúde do seu aluno, impedindo-o
de conhecer e acompanhar sua evolução.

Quanto a essa atividade, contudo, cabe registrar, "ipsis verbis", observação de uma professora:

"A falta de tempo para encaminhamento de alunos é muito grande e quase põe nosso trabalho a perder. Nossa orientadora é ótima, porém en contra falta de tempo para nos dedicar. Ela es tá sobrecarregada em aulas. E o período de de dicação à saúde?"

A orientação sobre saúde, abordada nas ques tões 29 e 30, depende da ocorrência e natureza do distúr bio de saúde da criança. Todavia, parece bastante apre ciável o grau de realização, detectado por meio dos valo res escalares médios quanto a esta atividade, VEM = 85 e VEM = 80, respectivamente. Deve-se levar em conta o tem po disponível do professor para executar as tarefas sob sua responsabilidade, para explicar o menor grau de rea lização de orientação à família (VEM = 80). Outra impor tante limitação refere-se ao não comparecimento dos pais ou responsáveis quando chamados à escola - embora o mes tre procure orientá-los, nem por isso consegue muitas ve zes atingir esse objetivo.

O registro de casos de alunos com problemas de saúde configura-se na atividade menos realizada, 15,6% e 19,8%, do rol apresentado. Tratando-se de medida impres cindível ao seguimento de casos¹⁴⁷, em consequência, ve rifica-se que esta atividade também apresenta valores percentuais relativamente semelhantes aos observados no

registro de casos quanto à não-realização (12,7%) e à realização eventual (22,3%). Cumpre ressaltar aqui esse aspecto, uma vez que nem sempre a família obedece ao recomendado pela escola para solução do problema. Conforme ressaltam vários autores^{77,85,87,147,164}, o registro do caso facilita seu acompanhamento assim como a orientação, à família, sobre as medidas pertinentes. A ausência desse registro, portanto, além de dificultar o controle do problema de saúde, revela aparente descaso ou falta de compreensão dos professores quanto à importância desse procedimento.

O afastamento de aluno das aulas, em decorrência de doenças transmissíveis, exige providências compartilhadas pela direção da escola, pelo professor, pelos pais e, em alguns casos, pela autoridade sanitária local. Trata-se de medida que deve ser posta em prática ao se observar a ocorrência de sinal ou sintoma de molêstia transmissível aguda⁷⁷. Os resultados mostram que 89,2% dos respondentes parecem adotá-la, de forma sistemática ou eventual, evidenciando a participação da escola na minimização desse tipo de problema.

De acordo com diversos autores^{25,107,167}, o grupo etário do escolar apresenta características de alta morbidade decorrente do aumento de exposição a doenças transmissíveis, deparando-se o professor, constantemente, com alunos acometidos por essas moléstias. Este fato, aliado a conhecimentos e interesse do docente, explicaria a frequência observada, 71,2%, quanto à realização sistemática de medidas para afastamento desses casos.

A não-participação ou participação eventual manifestada pelos respondentes nas atividades assinaladas na Tabela 15, devem ser examinadas à luz de possível atitude desses professores em relação às circunstâncias que envolvem tais ações¹¹. Um professor pode apresentar, por exemplo, atitude positiva a respeito do valor do encaminhamento do aluno a serviço de saúde, podendo não obstante apresentar atitude negativa em relação à falta de comparecimento dos pais quando convocados para tratar do assunto. Outras circunstâncias impeditivas diriam respeito ao fato de os pais não disporem de tempo e/ou recursos financeiros para a consulta, de a mãe não ter com quem deixar os outros filhos para levar aquele ao médico e assim por diante. Dessa forma, conhecendo esses impedimentos, pode o professor não encaminhar o aluno, talvez, por reconhecer a inutilidade desse esforço. O mesmo raciocínio pode ser aplicado a outras atividades da dimensão serviços de saúde na escola, apresentadas na Tabela 15, considerando a necessidade da participação da família para levá-las a termo.

As tabelas 16, 17 e 18 mostram o estudo simultâneo da realização, pelo professor, de atividades da programação de educação em saúde.

Observação da saúde dos alunos, encaminhamento ao orientador de ações de assistência ao escolar e encaminhamento a serviço de saúde (Nº e %). Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 525

Q.27 ENCAMINHAMENTO AO OAE*		REALIZA SISTEMATICAMENTE			REALIZA EVENTUALMENTE			NÃO REALIZA		
Q.28 ENCAMINHAMENTO A SERVIÇO DE SAÚDE		Realiza sistemati <u>camente</u>	Realiza eventu <u>almente</u>	Não reali <u>za</u>	Realiza sistemati <u>camente</u>	Realiza eventu <u>almente</u>	Não reali <u>za</u>	Realiza sistemati <u>camente</u>	Realiza eventu <u>almente</u>	Não reali <u>za</u>
Q. 25 OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	Realiza sistema <u>ticamente</u>	56,2 (295)	0,7 (4)	0,6 (3)	5,7 (30)	4,2 (22)	0,4 (2)	4,8 (25)	0,2 (1)	1,1 (6)
	Realiza eventu <u>almente</u>	4,2 (22)	0,6 (3)	-	1,9 (10)	14,8 (78)	0,2 (1)	0,4 (2)	1,7 (9)	1,1 (6)
	Não realiza	0,2 (1)	-	-	-	0,4 (2)	-	0,2 (1)	-	0,4 (2)

% calculadas sobre n = 525

* OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar

A análise conjunta das questões 25, 27 e 28 permite visualizar simultaneamente fatos relativos às três atividades em apreço. Verifica-se que:

- 56,2% dos professores cumprem satisfatoriamente as três atividades em estudo, resultado este considerado numericamente insuficiente;
- 14,8% realizam as referidas atividades apenas em caráter eventual, sendo praticamente desprezível, 0,4%, a proporção dos que não realizam nenhuma das ações mencionadas; a despeito desta última constatação ser satisfatória, essa vantagem é grandemente ofuscada pela parcela de professores que não cumprem tais atividades conforme recomendado.

Embora interessando a apenas 10,5% (5,7% + 4,8%) da população de professores, vale ressaltar que estes cumprem as recomendações da programação, realizando o encaminhamento de aluno ou diretamente a serviço de saúde sem o OAE ou mediante a intervenção eventual do OAE.

TABELA 17

Observação da saúde dos alunos, encaminhamento a serviço de saúde e seguimento de casos (Nº e %).
 Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo.
 São Paulo, Brasil - 1983

n = 521

Q.28 ENCAMINHAMENTO A SERVIÇO DE SAÚDE		REALIZA SISTEMATICAMENTE			REALIZA EVENTUALMENTE			NÃO REALIZA		
Q.32 SEGUIMENTO DE CASO		Realiza sistemat _i camente	Realiza eventu _a lmente	Não reali _z a	Realiza sistemat _i camente	Realiza eventu _a lmente	Não reali _z a	Realiza sistemat _i camente	Realiza eventu _a lmente	Não reali _z a
Q.25 OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	Realiza sistemat _i camente	51,2 (267)	6,0 (31)	1,9 (10)	4,0 (21)	2,5 (13)	1,3 (7)	2,5 (13)	1,7 (9)	2,9 (15)
	Realiza eventu _a lmente	3,1 (16)	1,7 (9)	0,6 (3)	1,0 (5)	12,4 (65)	1,0 (5)	0,8 (4)	2,7 (14)	1,5 (8)
	Não realiza	0,2 (1)	-	0,2 (1)	-	0,2 (1)	-	-	0,2 (1)	0,4 (2)

‡ calculadas sobre n = 521

O exame conjunto das atividades apresentadas na Tabela 17 vem mostrar que:

- apenas 51,2% dos professores realizam as três atividades na forma recomendada pela programação - do ponto de vista numérico, este resultado mostra-se altamente insatisfatório;
- 12,4% realizam eventualmente as referidas atividades, tornando-se evidente a necessidade de de melhor preparação dos professores.

TABELA 18

Encaminhamento de aluno a serviço de saúde, registro e seguimento de casos (Nº e %). Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil, 1983

n = 520

Q.31 REGISTRO DE CASO		REALIZA SISTEMATICAMENTE			REALIZA EVENTUALMENTE			NÃO REALIZA		
Q.32 SEGUIMENTO DE CASO		Realiza sistemati <u>camente</u>	Realiza eventu <u>almente</u>	Não reali <u>za</u>	Realiza sistemati <u>camente</u>	Realiza eventu <u>almente</u>	Não reali <u>za</u>	Realiza sistemati <u>camente</u>	Realiza eventu <u>almente</u>	Não reali <u>za</u>
Q.28 ENCAMINHA MENTO A SERVIÇO DE SAÚDE	Realiza sistema <u>ticamente</u>	51,0 (265)	2,1 (11)	1,3 (7)	1,7 (9)	2,3 (12)	1,0 (5)	0,4 (2)	0,6 (3)	2,3 (12)
	Realiza eventu <u>almente</u>	5,4 (28)	1,9 (10)	0,4 (2)	2,3 (12)	11,3 (59)	1,5 (8)	0,4 (2)	0,6 (3)	3,7 (19)
	Não realiza	2,5 (13)	-	0,2 (1)	0,2 (1)	1,0 (5)	1,1 (6)	0,6 (3)	0,2 (1)	4,0 (21)

% calculadas sobre n = 520

O estudo conjunto das questões 28, 31 e 32 vem evidenciar fatos similares aos observados nas Tabelas 16 e 17. Apenas 51,0% dos respondentes realizam as atividades propostas, de modo sistemático. Da mesma forma, uma proporção de professores, semelhante à verificada anteriormente, realiza as ações em apreço de forma eventual (11,3%).

Os resultados das Tabelas 16, 17 e 18 levam a supor que haja ainda muito a fazer quanto à preparação de professores nesses aspectos, assim como ensejam perguntar quais seriam as dificuldades ou barreiras por eles encontradas para o desenvolvimento dessas ações de saúde.

Quanto à preparação de professores, observou LIMA⁶⁵, em estudo realizado em escolas públicas da Capital de São Paulo, que coordenadores de saúde (depois de nominados OAEs) confessavam "nada conseguir em termos de replicação do treinamento, devido ao total desinteresse dos outros professores".

A identificação de obstáculos como este poderia auxiliar o planejamento de programas de saúde escolar.

b) Opinião do Professor

A Tabela 19 mostra as opiniões dos professores sobre atribuições que lhes são conferidas na programação de educação em saúde na escola.

TABELA 19

Opinião sobre atribuições conferidas ao professor na programação de educação em saúde do Departamento de Assistência ao Escolar. Professores da 1ª. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.34, 39, 41 e 43 OPINIÃO SOBRE ATRIBUIÇÕES DO PROFESSOR NA PROGRAMAÇÃO	f	INCLUI N.T.O.*	EXCLUI N.T.O.*
Observação de saúde		n = 529	
Considera ser atribuição	451	85,3	88,3
Considera não ser atribuição	60	11,3	11,7
Não tem opinião	18	3,4	-
Levantamento de recursos previ- denciários de alunos com pro- blemas de saúde		n = 530	
O professor deve fazer	401	75,7	77,9
O professor não deve fazer	114	21,4	22,1
Não tem opinião	15	2,8	-
Orientação à família sobre pro- blema de saúde do aluno		n = 531	
Compete ao professor	456	85,9	88,0
Não compete ao professor	62	11,7	12,0
Não tem opinião	13	2,4	-
Verificação do seguimento de tratamento prescrito ao aluno		n = 527	
O professor deve fazer	426	80,9	83,4
O professor não deve fazer	85	16,1	16,6
Não tem opinião	16	3,0	-

* N.T.O. = não tem opinião

Como se observa, a maioria dos professores considera de sua competência a execução das tarefas propostas. Assim, 88,3% atribuem ao professor a observação de saúde, o que se explicaria em função do preparo ministrado aos docentes pelo OAE, como esclarecem as Tabelas 7 e 8. Alia-se a este fato, a oportunidade de observar diferenças individuais dos alunos, proporcionada pela convivência diária^{1,9,40}.

Porcentagem elevada de respondentes (88,0%) manifestou-se favoravelmente a que o professor oriente os pais sobre problema de saúde do aluno. Isto leva a crer que, reconhecendo dificuldades situacionais e sociais da família para obter tais informações, o docente concorde com esse procedimento a fim de contribuir para a solução do distúrbio identificado. Nesse conteúdo de orientação a diretriz técnica⁷⁷ inclui a notificação sobre observações feitas, a necessidade de assistência e de seguimento de prescrições, a indicação de recurso de saúde disponível e forma de sua utilização.

A maior discordância observada, 22,1%, refere-se à atividade de levantamento de recursos previdenciários de alunos com problemas de saúde. Esse resultado corrobora informação obtida sobre a mesma atividade na Tabela 15, ou seja, provavelmente, o professor que manifesta opinião contrária faz parte do grupo que não realiza a tarefa na forma indicada.

Tendo em vista a importância da participação do mestre em programas de saúde na escola^{8,69,70,83,85,87,100,149,151,153,163}, considera-se preocupante a pro

porção de professores que discordam quanto a realizarem essas ações (11,7%, 22,1%, 12,0% e 16,6%).

De outro lado, é interessante notar o reduzido número de respondentes na categoria "não tem opinião". Entendendo-se que a opinião sobre determinado assunto se baseia em juízos de valor, fatos ou raciocínio⁴⁰, pode-se supor constituírem minoria os professores que não receberam orientação sobre tais atividades. Embora esta não fosse a finalidade das questões em apreço, pode-se pensar em apreciável cobertura da programação quanto ao número de professores por ela atingidos.

A Tabela 20 e o Quadro 3 dizem respeito às opiniões dos professores quanto à incumbência da atividade de encaminhamento de aluno a serviço de saúde.

TABELA 20

Opinião sobre quem deveria providenciar encaminhamento de aluno triado pelo professor. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

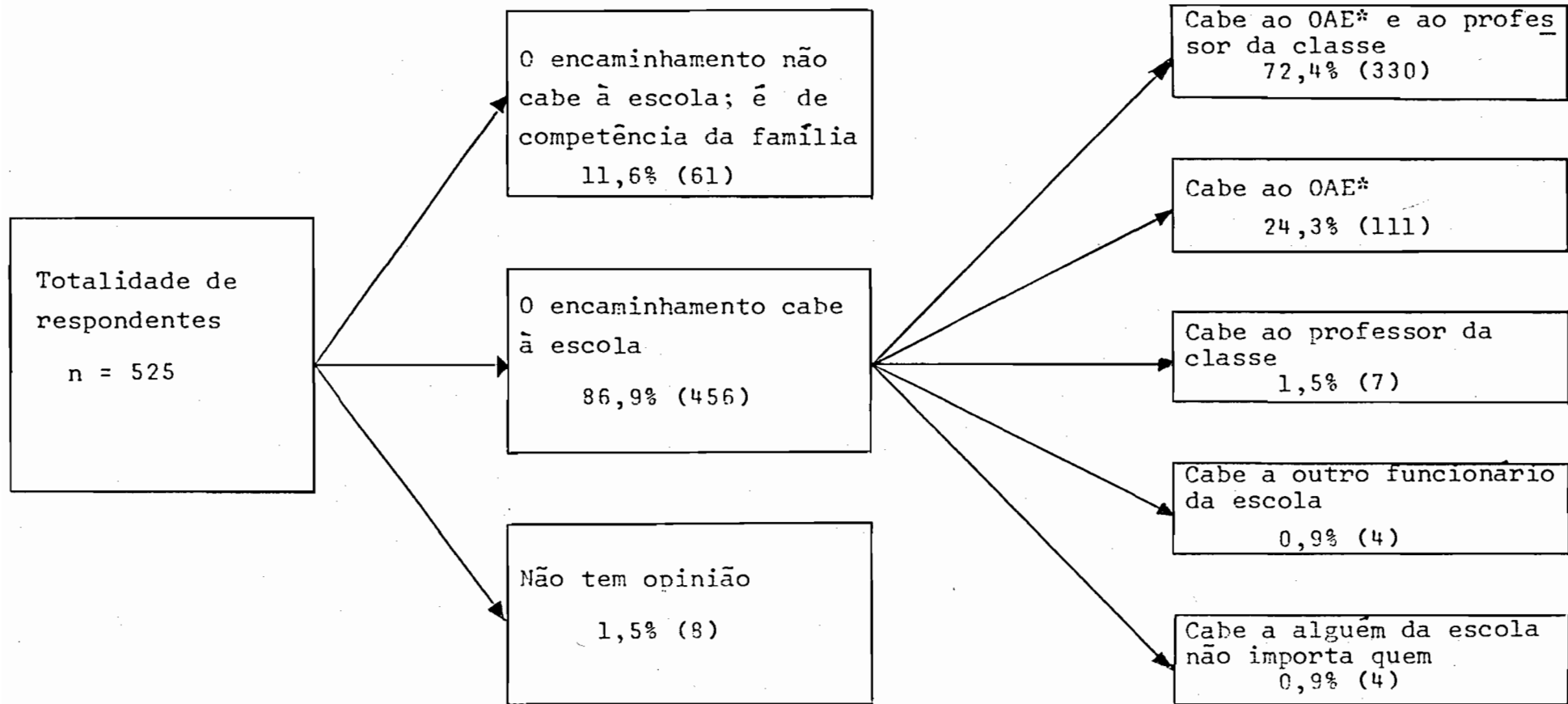
n = 525			
Q.38 OPINIÃO SOBRE QUEM DEVERIA PROVIDENCIAR ENCAMINHAMENTO	f	INCLUI N.T.O.*	EXCLUI N.T.O.*
(+1) Orientador de ações de assistência ao escolar	111	21,1	21,5
(+2) Professor da classe	7	1,3	1,3
(+2) Orientador de ações de assistência ao escolar e professor da classe	330	62,9	63,8
(-1) Outro funcionário da escola	4	0,8	0,8
(-1) Alguém da escola, não importando quem	4	0,8	0,8
(-2) Ninguém da escola e sim a família	61	11,6	11,8
Não tem opinião	8	1,5	-

Valor escalar médio**		1,3 (63)	

* N.T.O. - Não tem opinião

** Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

Opinião sobre quem deveria providenciar o encaminhamento de aluno triado pelo professor. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983



* OAE - Orientador de ações de assistência ao escolar

De acordo com a Tabela 20, nota-se que:

- predominam as respostas de acordo com as quais o encaminhamento de aluno triado pelo professor deva ser providenciado por ele proprio e pelo OAE, de forma compartilhada (63,8%);
- é inexpressiva a porcentagem de respondentes que atribuem essa providência exclusivamente ao professor (1,3%), contudo parcela bem maior (21,5%) considera-a exclusivamente do OAE;
- 11,8% dos professores alijam completamente a escola dessa tarefa, atribuindo-a à família;
- o VEM é relativamente baixo, ou seja, as opiniões parecem divergir da orientação técnica imprimida à atividade em apreço.

A recomendação técnica fornecida ao docente diz que a ele compete: "... encaminhar os(alunos) que apresentam sinais, comportamentos e queixas que denunciam desvios da normalidade, para a devida assistência médica, dentária, psicológica, fonoaudiológica e outras"⁷⁷.

Entretanto, quando se instituiu a ação do OAE na escola, em termos práticos, passou-se a aceitar a mútua colaboração entre professor de classe e OAE na tarefa de encaminhamento, mantendo nela, necessariamente, a

participação do professor*.

Essa orientação, todavia, não isenta a família da responsabilidade precípua do cuidado da saúde e bem-estar da criança, ao contrário, coloca a unidade de ensino como auxiliar desse trabalho, orientando os pais sobre providências que devam ser tomadas, como referem CONCEIÇÃO²⁰ e MARCONDES⁷⁰.

O Quadro 3 fornece elementos que esclarecem melhor o assunto. Observa-se que, aparentemente, a maioria dos docentes confere a responsabilidade de encaminhar à escola (86,9%) e, nesta sub-população, apenas 1,5% atribuem essa tarefa exclusivamente ao professor de classe.

Comparando-se esses dados com aqueles observados na Tabela 15, pode-se supor que, embora o professor execute o encaminhamento, talvez o faça em função de responsabilidade pessoal e de respeito às diretrizes de um programa oficial de trabalho, mas não porque realmente esteja convencido de que essa tarefa lhe compete.

Assumindo-se que a opinião sobre a incumbência do encaminhamento seja um indicador confiável do estado de convicção do professor para executar essa tarefa, pode-se considerar que a Tabela 21 contém dados que validariam a suposição exposta no parágrafo anterior.

* Comunicação pessoal - Equipe Técnica - Educação em Saúde, DAE/S.E.

TABELA 21

Opinião sobre quem deveria providenciar encaminhamento de aluno triado pelo professor, segundo a realização de encaminhamento de aluno a serviço de saúde. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.38 OPINIÃO SOBRE QUEM DEVERIA PROVIDENCIAR ENCAMINHAMENTO	Q.28 ENCAMINHAMENTO A SERVIÇO DE SAÚDE					
	Realiza sistematizada		Realiza eventualmente		Não realiza	
	Incluído NTO*	Excluído NTO*	Incluído NTO*	Excluído NTO*	Incluído NTO*	Excluído NTO*
	n = 327		n = 141		n = 52	
	%	%	%	%	%	%
(+1) OAE**	21,7	21,8	19,9	20,3	21,2	22,4
(+2) Professor da classe	2,1	2,2	-	-	-	-
(+2) OAE** e professor da classe	64,0	64,3	65,3	66,7	51,9	55,2
(-1) Outro funcionário da escola	0,6	0,6	0,7	0,7	1,9	2,0
(-1) Alguém da escola, não importa quem	0,6	0,6	0,7	0,7	1,9	2,0
(-2) Ninguém da escola e sim a família	10,4	10,5	11,3	11,6	17,3	18,4
Não tem opinião	0,6	-	2,1	-	5,8	-
Valor escalar médio***	1,3 (66)		1,3(64)		0,9 (46)	

* NTO = Não tem opinião

** OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar

*** Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

Para se interpretar esses dados, principalmente os atinentes às três primeiras categorias, considera-se necessário fazer uma ilação a respeito da categoria "OAE e professor da classe". Tendo-se em vista que, nesta categoria, a iniciativa do encaminhamento caberia ao professor da classe ou ao OAE e que se desconhece as verdadeiras proporções relativas a cada qual, pode-se estimar que estas proporções estariam próximas, talvez, das que são conhecidas pelo exame dos dados referentes às duas primeiras categorias (21,8% e 2,2%).

Pode-se supor, assim, que o professor estaria convencido de que o encaminhamento cabe quase que exclusivamente ao OAE, ficando sua participação nessa atividade relegada a um papel secundário.

A Tabela 22 e o Quadro 4, a seguir, revelam as opiniões dos professores sobre necessidade do registro de casos e sua incumbência.

TABELA 22

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro dos casos triados pelo professor. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 514

Q.44 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE E INCUMBÊNCIA DO REGISTRO DOS CASOS TRIADOS PELO PROFESSOR	f	%	
		INCLUI NTO*	EXCLUI NTO*
(-) Há necessidade de registrar o caso	498	96,9	98,2
(-2) Não há necessidade de registrar o caso	9	1,7	1,8
(-) Não tem opinião	7	1,4	-

Há necessidade de registrar o caso, cabendo sua execução:			
(+2) ao professor	169	33,9	34,6
(-0,5) ao OAE**	318	63,9	65,0
(-1) a outro funcionário da escola	2	0,4	0,4
não tem opinião	9	1,8	-

Valor escalar médio***		0,3 (16)	

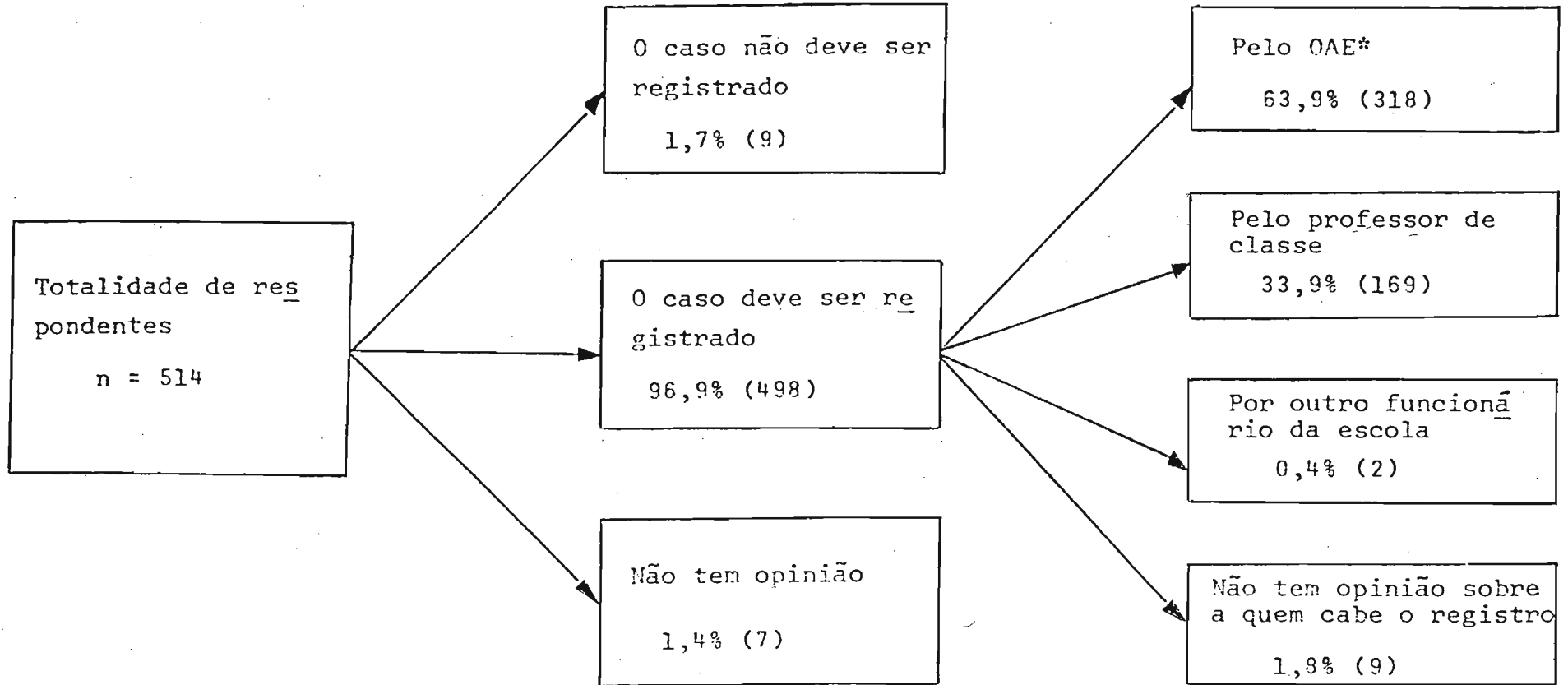
* NTO - Não tem opinião

** OAE - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar

*** Calculado a partir dos números entre parêntes. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

QUADRO 4

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de casos triados pelo professor. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983 (Q.44)



* OAE - Orientador de ações de assistência ao escolar

Examinando-se em conjunto a Tabela 22 e o Quadro 4, percebe-se que há concordância quase total (98,2%) sobre a necessidade de proceder-se ao registro de dados, referentes aos casos triados pelo professor de classe.

No que respeita à incumbência dessa tarefa, não obstante, verifica-se que os professores apresentam opinião divergente da diretriz técnica da programação⁷⁷, ou seja, a maioria deles (65,0%) atribui o registro de casos ao OAE, isentando praticamente o professor dessa tarefa.

Tudo leva a crer que o professor não compreendeu a finalidade do registro do problema de saúde do aluno. Talvez esse procedimento seja visto como um trabalho a mais, que não deva ser por ele executado, por existir na escola o OAE, contando com carga horária destinada a ações de saúde e remunerado pela função¹¹⁷.

Tendo em vista que o registro de dados constitui etapa fundamental para o acompanhamento de desvios da normalidade^{3,77,83,147,157}, pode-se pensar que tais professores também não realizem o seguimento de casos. Nesse sentido, caberia indagar se o professor conheceria as finalidades do registro, bem como a forma de se realizar o seguimento de casos.

Os dados da Tabela 23 e do Quadro 5, apresentados a seguir, dizem respeito às opiniões dos respondentes sobre necessidade do registro de dados com finalidade de proceder-se ao seguimento do caso e a quem caberia a execução dessa atividade.

TABELA 23

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de dados para seguimento de casos. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.45 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE E INCUMBÊNCIA DO REGISTRO DE DADOS PARA SEGUIMENTO DE CASOS	f	%	
		INCLUI NTO*	EXCLUI NTO*
(-) Há necessidade de registrar dados	483	99,6	-
(-2) Não há necessidade de registrar dados	2	0,4	-

Há necessidade de registrar dados, cabendo sua execução:			
(+2) ao professor	90	18,6	18,8
(-0,5) ao OAE**	388	80,4	80,8
(-1) a outro funcionário da escola	2	0,4	0,4
não tem opinião	3	0,6	-

Valor escalar médio***		-0,04 (-2)	

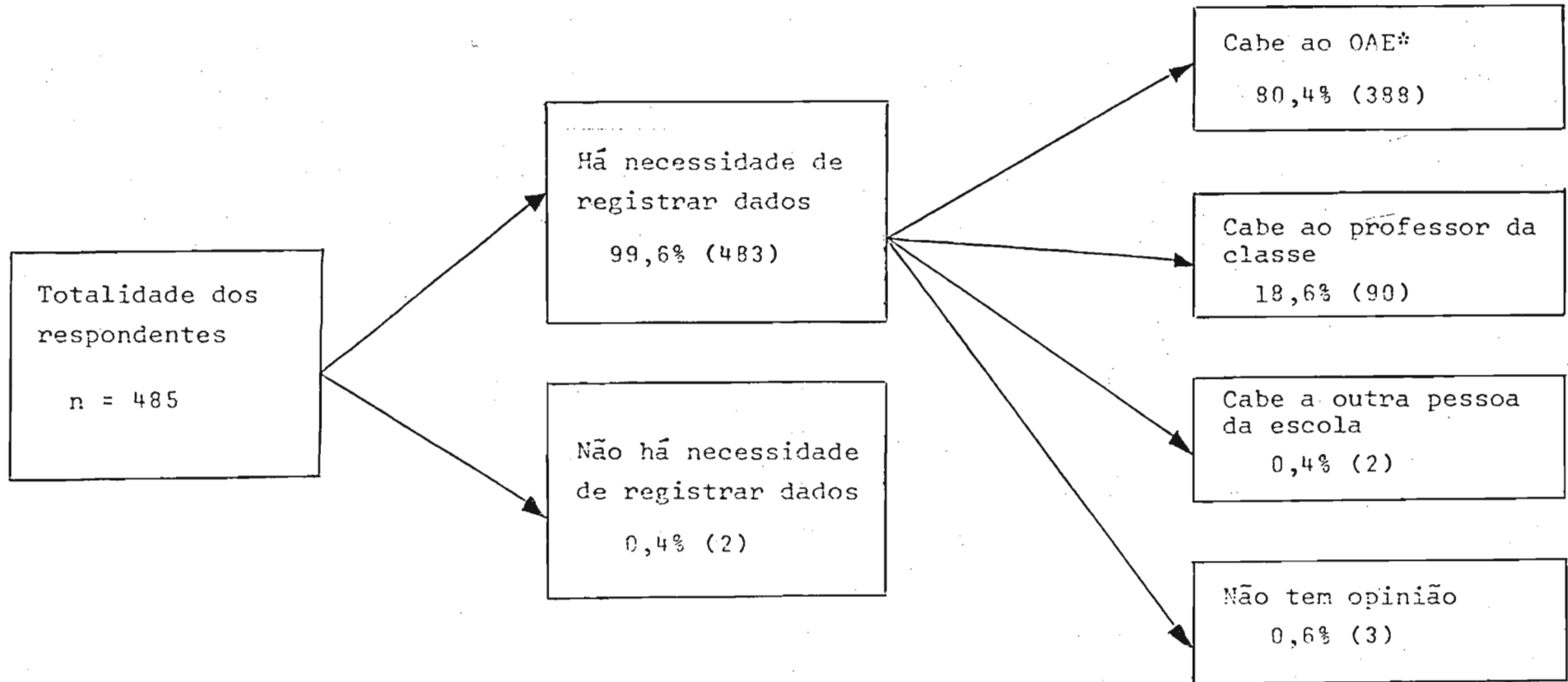
* NTO - Não tem opinião

** OAE - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar

*** Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

QUADRO 5

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de dados para seguimento de casos. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983 (Q.45)



* OAE - Orientador de ações de assistência ao escolar

Esses dados evidenciam que os professores concordam quanto à necessidade de registrar dados. No entanto, quando a finalidade do procedimento passa a ser o controle de casos, tudo indica que os professores atribuem essa função ao OAE. Os valores escalares médios (-0,04 e -2) retratam a grande divergência existente entre o que é solicitado pelo programa⁷⁷ e a maneira de pensar predominante.

Cumprе notar que, além da justificativa técnica da participação do professor nessa tarefa, configurada na oportunidade de compreender e trabalhar melhor seus alunos, existe um problema de ordem prática. Assim agindo, caberia ao professor de classe o controle de apenas alguns casos, enquanto que, se essa medida fosse atribuída exclusivamente ao OAE, o número de alunos para acompanhamento extrapolaria, em muito, a sua disponibilidade horária.

Procurando-se verificar o que ocorre simultaneamente em relação às opiniões sobre a incumbência do registro de dados, elaborou-se a Tabela 24.

TABELA 24

Opinião sobre a incumbência do registro de caso tria do pelo professor e opinião sobre a incumbência do registro de dados para seguimento de caso. Profes sores da la. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 479

Q.44 OPINIÃO SOBRE A INCUMBÊNCIA DO REGISTRO DO CASO	Q.45 OPINIAO SOBRE A INCUMBÊNCIA DE REGISTRO PARA SEGUIMENTO		
	Professor	OAE*	Outro fun cionário da escola
	%	%	%
Professor	15,3 (73)	19,0 (91)	- -
OAE*	3,5 (17)	61,8(296)	0,2 (1)
Outro funcionário da escola	- -	- -	0,2 (1)

% calculadas sobre n = 479

* Orientador de Ações de Assistência ao Escolar

Os resultados mostram que a opinião sobre quem deveria realizar essas atividades recai sobre o OAE, em proporção que se aproxima bastante da registrada na Tabe la 22 (65,0%), embora se distancie do valor observado na Tabela 23 (80,8%). Esse resultado permite verificar, comparativamente, que a falta de compreensão do profes sor se faz mais pronunciada quanto ao registro de dados para seguimento de casos.

A Tabela 25, a seguir, revela as opiniões dos respondentes a respeito da melhor forma de obter-se in formações sobre recursos previdenciários dos alunos para efeito de encaminhamento.

TABELA 25

Opinião sobre a melhor forma de obter informações para fins de levantamento de recursos previdenciários dos alunos. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 407

Q.40 OPINIÃO SOBRE MELHOR FORMA DE OBTER INFOR MAÇÕES	f	%	
		INCLUI NTO*	EXCLUI NTO*
Entrevista com a família	254	62,6	63,2
Solicitação por escrito à família	95	23,4	23,6
Consulta ao prontuário do aluno	45	11,1	11,2
Entrevista com o aluno	8	1,9	2,0
Não tem opinião	4	1,0	-

* NTO - Não tem opinião

Observa-se que a escolha predominante recai sobre a entrevista com a família do aluno (63,2%). Essa opinião vem ao encontro do que preconizam o manual "Observação de Saúde do Escolar"⁷⁷ e o "Sistema Integrado de Atendimento Médico ao Escolar"¹⁴⁵. Conforme tais diretrizes há necessidade desse procedimento, como forma de assegurar a fidedignidade das informações e a participação da família no atendimento do problema de saúde do aluno.

As Tabelas 26 e 27 apresentam as opiniões dos professores a respeito da necessidade da observação diária de saúde e da vantagem desse procedimento.

TABELA 26

Opinião quanto à necessidade de observar diariamente as condições de saúde dos alunos. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 452

Q.35 OPINIÃO QUANTO À NECESSIDADE DE OBSERVAR DIARIAMENTE A SAÚDE DOS ALUNOS	f	%	
		INCLUI NTO*	EXCLUI NTO*
Sim	445	98,7	98,9
Não	5	1,1	1,1
Não tem opinião	1	0,2	-

* NTO - Não tem opinião

TABELA 27

Opinião quanto ao fato do acréscimo de observação das condições de saúde do aluno nas atribuições do professor, ser compensado por melhoria na aprendizagem. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

n = 530

Q.36 OPINIÃO QUANTO AO ACRÉSCIMO DA ATIVIDADE DE OBSERVAÇÃO DE SAÚDE SER COMPENSADO POR MELHORIA NA APRENDIZAGEM	f	%	
		INCLUI NTO*	EXCLUI NTO*
Sim	481	90,8	94,1
Não	30	5,6	5,9
Não tem opinião	19	3,6	-

* NTO - Não tem opinião

O exame conjunto dos dados registrados em ambas as tabelas evidencia que os professores parecem estar convencidos da necessidade e vantagem de observar diariamente as condições de saúde dos seus alunos. Contudo, confrontando-se esses resultados com aqueles observados na Tabela 15 (Q.25), verifica-se que nem todos assim procedem (74,3%). Pode-se supor que o docente não esteja devidamente treinado para realizar essa atividade de forma a não interromper suas tarefas pedagógicas de classe. É provável que reconheça a importância desse procedimento, uma vez que a maioria considera ser essa uma atribuição do professor (Tabela 19), porém, talvez encontre óbices de natureza teórico-prática para realizá-la, devendo ser estes identificados e trabalhados por elementos encarregados do provimento dessa orientação.

Os resultados da Tabela 28 reforçam a suposição expressa no parágrafo anterior, aparentemente evidenciando relação entre a opinião quanto a considerar a observação de saúde como atribuição do professor e o fato de realizar sistematicamente essa atividade.

TABELA 28

Observação da saúde dos alunos, segundo as opiniões quanto a ser uma atribuição do professor. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25 OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	Q.34 OPINIÃO SOBRE OBSERVAÇÃO DE SAÚDE COMO ATRIBUIÇÃO DO PROFESSOR		
	Considera ser atribuição n=451	Considera não ser a atribuição n=60	Não tem opinião n=18
	%	%	%
(2) Realiza sistematicamente	82,2	31,7	22,2
(1) Realiza eventualmente	17,1	68,3	66,7
(0) Não realiza	0,7	-	11,1
Valor escalar médio*	1,8 (91)	1,3 (66)	1,1 (56)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

2. Estudo Analítico

a) Município-sede da escola

Embora a preparação dos professores nas atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola" seja realizada com base no mesmo conteúdo técnico em todas as regiões administrativas do Estado, deve-se levar em conta possíveis diferenças locais, decorrentes de fatores pessoais e administrativos, relativos tanto ao OAE e aos professores quanto à organização escolar. Por essa razão, introduziu-se o município-sede da escola como variável independente, a fim de verificar possível existência de diferenças entre as localidades, no que respeita a preparo, conduta e opinião dos docentes face às atividades propostas.

Tendo em vista que a população de análise apresentou frequências reduzidas em determinados municípios, conviria alguma cautela na interpretação dos resultados correspondentes.

- Preparação do Professor

A Tabela 29 mostra o recebimento, pelos professores, de orientação ministrada pelo OAE sobre como utilizar o manual "Observação de Saúde do Escolar", nas várias localidades.

TABELA 29

Recebimento de explicações ministradas pelo orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.11 RECEBERAM EXPLICAÇÕES
	%
Echaporã (n=5)	100,0
Lençóis Paulista (n=11)	100,0
Araçatuba (n=78)	97,4
Presidente Venceslau (n=45)	93,3
Catanduva (n=42)	88,1
Franca (n=86)	80,2
Registro (n=30)	80,0
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	78,3
Caçapava (n=9)	77,8
Arujá (n=16)	75,0
Cotia (n=64)	73,4
Praia Grande (n=60)	71,7
São Roque (n=33)	54,5

A orientação dada por intermédio dos OAEs atingiu todos os municípios, em maior ou menor proporção. As variações observadas, apresentadas em ordem decrescente, situam-se na faixa de 70% a 100%, com exceção de São Roque, onde se verifica o valor mais reduzido (54,5%), facto que mereceria investigação "in loco". Constatam-se, assim, diferenças na preparação dos professores para utilizar o manual, conforme o município-sede da escola.

A Tabela 30 apresenta as características de recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar", nos vários municípios.

TABELA 30

Recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNI CÍPIO	Q.9 RECEBERAM O MANUAL				NÃO RECEBERAM O MANUAL			
	(2) Le ram to talmen te	(1) Le ram par cialmen te	(0) Não leram	VEM*	(2) Le ram to talmen te	(1) Le ram par cialmen te	(0) Não leram	VEM*
	%	%	%		%	%	%	
Lençóis Paulista (n=11)	63,6	18,2	-	1,8 (89)	18,2	-	-	2,0 (100)
Catanduva (n=42)	52,4	21,4	2,4	1,7 (83)	11,9	-	11,9	1,0 (50)
Araçatuba (n=79)	41,8	24,1	2,5	1,6 (79)	2,5	2,5	26,6	0,2 (12)
Franca (n=81)	18,5	17,3	3,7	1,5 (77)	1,2	-	59,3	0,0 (2)
Cotia (n=64)	35,8	26,6	4,7	1,5 (73)	-	6,3	26,6	0,2 (10)
São Roque (n=33)	27,3	12,1	6,1	1,5 (73)	3,0	3,0	48,5	0,2 (8)
Sta. Bárbara D'Oeste (n=45)	35,6	35,6	4,4	1,4 (71)	-	6,7	17,7	0,3 (14)
Praia Gran de (n=59)	33,9	33,9	3,4	1,4 (71)	-	8,5	20,3	0,3 (15)
Arujá (n=16)	18,7	6,3	6,3	1,4 (70)	-	-	68,7	0,0 (0)
Presidente Venceslau (n=45)	37,8	28,9	11,1	1,3 (67)	2,2	2,2	17,8	0,3 (15)
Registro (n=30)	26,7	43,3	6,7	1,3 (63)	-	-	23,3	0,0 (0)
Caçapava (n=11)	9,1	45,4	27,3	0,8 (39)	-	9,1	9,1	0,5 (25)
Echaporã (n=5)	-	-	-	0,0 (0)	-	-	100,0	0,0 (0)

* VEM = Valor escalar médio. Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

Procedeu-se à ordenação decrescente das localidades de acordo com os valores escalares médios obtidos. Como se observa, o manual não atingiu os diversos municípios de maneira uniforme, como seria de esperar. Os resultados indicam, por exemplo, que em Echaporã, nenhum professor recebeu ou leu o referido material. De outro lado, no município de Caçapava, apesar de a maioria dos professores ter recebido o manual, poucos (9,1%) o leram totalmente e 27,3% declararam não o ter lido. Por ser este o local onde primeiramente se implantou o SIAME¹⁴⁵, causa estranheza o fato, que poderia ser explicado por solução de continuidade no trabalho do OAE, mencionada anteriormente.

Os cruzamentos apresentados a seguir foram reunidos conforme a classificação dada às variáveis em estudo.

As Tabelas 31 a 36 agrupam as variáveis referentes à auto-avaliação dos professores de acordo com o município. Elaborada a partir deste conjunto de variáveis, a Tabela 35 visa a demonstrar como se chegou à construção da Tabela 36.

TABELA 31

Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.10 AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O MANUAL					Valor Escalar Médio**	
	(4) Conhece muito bem	(3) Conhece bem	(2) Conhece mais ou menos	(1) Conhece mal	(0) Conhece muito mal	(0 e 4)***	(0 e 100)***
	%	%	%	%	%		
Catanduva (n=36)	44,4	27,8	27,8	-	-	3,2	79
Lençóis Paulista (n=11)	36,4	36,4	27,2	-	-	3,1	77
Arujá (n=4)	25,0	50,0	25,0	-	-	3,0	75
Franca (n=30)	13,3	60,0	26,7	-	-	2,9	72
São Roque (n=15)	13,3	46,7	40,0	-	-	2,7	68
Araçatuba (n=57)	15,8	29,8	52,6	1,8	-	2,6	65
Praia Grande (n=45)	6,7	44,4	46,7	2,2	-	2,6	64
Presidente Venceslau (n=32)	9,4	31,3	56,2	3,1	-	2,5	62
Registro (n=21)	9,5	28,6	57,1	4,8	-	2,4	61
Sta. Bárbara D'Oeste (n=35)	5,7	34,3	54,3	5,7	-	2,4	60
Cotia (n=44)	18,2	34,1	43,1	2,3	2,3	2,2	55
Caçapava (n=6)	-	50,0	33,3	-	16,7	2,2	54

* O município de Echaporã não foi incluído devido ao não recebimento ou leitura do manual pelos professores.

** Calculado a partir dos números entre parênteses.

*** Limites da escala.

TABELA 32

Auto-avaliação do preparo para realizar a observação da saúde dos alunos, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.37 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA REALIZAR A OBSERVAÇÃO DE SAÚDE						Valor Escalar Médio*	
	(5) Muito bem preparado	(4) Bem preparado	(3) Mais ou menos preparado	(2) Mal preparado	(1) Muito mal preparado	(0) Sem nenhum preparo	(0 e 5)**	(0 e 100)**
	%	%	%	%	%	%		
Catanduva (n=42)	35,7	26,2	38,1	-	-	-	4,0	80
Lençóis Paulista (n=11)	9,1	63,6	27,3	-	-	-	3,9	76
Caçapava (n=11)	18,2	27,3	45,4	9,1	-	-	3,6	71
Araçatuba (n=81)	12,3	30,9	54,4	1,2	1,2	-	3,5	70
Franca (n=88)	8,0	39,7	44,3	8,0	-	-	3,5	70
São Roque (n=33)	12,1	30,3	45,5	12,1	-	-	3,4	68
Registro (n=30)	13,3	23,3	53,4	6,7	3,3	-	3,4	67
Praia Grande (n=60)	10,0	36,7	43,3	5,0	-	5,0	3,4	67
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	4,3	30,4	63,1	2,2	-	-	3,4	67
Cotia (n=64)	14,1	15,6	60,9	6,3	3,1	-	3,3	66
Arujá (n=16)	6,3	25,0	62,5	6,3	-	-	3,3	66
Presidente Venceslau (n=43)	-	30,2	62,8	4,7	2,3	-	3,2	64
Echaporã (n=5)	-	40,0	40,0	-	20,0	-	3,0	60

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

TABELA 33

Auto-avaliação do preparo para orientar os alunos sobre problemas de saúde mais comuns, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.42 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA ORIENTAR		CONSIDERA-SE PREPARADO PARA ORIENTAR SOBRE:				Valor Escalar Médio*	
	(-) Considera-se preparado	(0) Considera-se não preparado	(4) todos os problemas	(3) quase todos os problemas	(2) a maioria dos problemas	(1) poucos problemas	(0 e 4)**	(0 e 100)
	%	%	%	%	%	%		
Catanduva (n=41)	100,0	-	34,1	48,8	17,1	-	3,2	79
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	18,2	63,6	18,2	-	3,0	75
São Roque (n=33)	97,0	3,0	25,0	28,1	40,6	6,3	2,6	66
Franca (n=87)	98,9	1,1	18,6	30,2	37,2	14,0	2,5	63
Presidente Venceslau (n=44)	97,7	2,3	7,0	51,2	30,2	11,6	2,5	62
Caçapava (n=11)	100,0	-	18,2	9,1	72,7	-	2,5	61
Araçatuba (n=81)	98,8	1,2	7,5	41,2	38,8	12,5	2,4	60
Cotia (n=64)	95,3	4,7	9,8	29,5	55,8	4,9	2,3	58
Arujá (n=16)	100,0	-	18,8	12,5	43,7	25,0	2,3	56
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	93,5	6,5	16,3	20,9	48,9	14,0	2,2	56
Registro (n=30)	100,0	-	10,0	16,7	56,6	16,7	2,2	55
Praia Grande (n=60)	91,7	8,3	10,9	30,9	41,8	16,4	2,2	54
Echaporã (n=5)	100,0	-	-	-	60,0	40,0	1,6	40

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

TABELA 34

Auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.46 AUTO-AVALIAÇÃO QUANTO A TER CONTRIBUÍDO PARA IDENTIFICAÇÃO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE				Valor Escalar Médio*	
	(3) Contribuiu muito	(2) Contribuiu regularmente	(1) Contribuiu pouco	(0) Nada contribuiu	(0 e 3)**	(0 e 100)**
PIO	%	%	%	%		
Catanduva (n=42)	81,0	19,0	-	-	2,8	94
Lençóis Paulista (n=11)	72,7	27,3	-	-	2,7	91
Araçatuba (n=80)	52,5	47,5	-	-	2,5	84
Franca (n=87)	41,4	55,2	3,4	-	2,4	79
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	41,3	50,0	8,7	-	2,3	78
São Roque (n=33)	39,4	48,5	12,1	-	2,3	76
Cotia (n=64)	37,5	51,6	10,9	-	2,3	76
Caçapava (n=11)	36,4	54,5	9,1	-	2,3	76
Arujá (n=16)	37,5	50,0	12,5	-	2,3	75
Praia Grande (n=60)	33,3	53,3	11,7	1,7	2,2	73
Presidente Venceslau (n=45)	33,3	51,2	11,1	4,4	2,1	71
Registro (n=30)	16,7	70,0	13,3	-	2,0	68
Echaporã (n=5)	-	80,0	20,0	-	1,8	60

* Calculado a partir dos números entre parênteses,

** Limites da escala.

Ordenação dos municípios segundo cada uma das auto-avaliações. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Nº DE ORDEM	AUTO-AVALIAÇÃO QUANTO A:			
	Q.10 Conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar"*	Q.37 Preparo para realizar a observação de saúde	Q.42 Preparo para orientar alunos sobre problemas de saúde mais comuns	Q.46 Contribuição na identificação e atendimento de problemas de saúde dos alunos
1	Catanduva	Catanduva	Catanduva	Catanduva
2	Lençóis Paulista	Lençóis Paulista	Lençóis Paulista	Lençóis Paulista
3	Arujá	Caçapava	São Roque	Araçatuba
4	Franca	Araçatuba/Franca	Franca	Franca
5	São Roque		Presidente Venceslau	Sta. Bárbara D'Oeste
6	Araçatuba	São Roque	Caçapava	São Roque/Cotia/Caçapava
7	Praia Grande	Registro/Praia Grande/Sta. Bárbara D'Oeste	Araçatuba	
8	Presidente Venceslau		Cotia	
9	Registro	Cotia/Arujá	Arujá/Sta. Bárbara D'Oeste	Arujá
10	Sta. Bárbara D'Oeste		Registro	Praia Grande
11	Cotia	Presidente Venceslau	Praia Grande	Registro
12	Caçapava	Echaporã	Echaporã	Echaporã

* O município de Echaporã não foi incluído devido ao não recebimento ou leitura do manual pelos professores.

TABELA 36*

Média das posições ocupadas pelos municípios nas distribuições referentes às auto-avaliações. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.10, 37, 42 e 46 MÉDIA DAS POSIÇÕES OCUPADAS
Catanduva	1
Lençóis Paulista	2
Franca	4,3
Araçatuba	5
São Roque	5
Caçapava	7,3
Arujá	8
Sta. Bárbara D'Oeste	8,5
Cotia	9
Presidente Venceslau	9
Praia Grande	9,3
Registro	9,8
Echaporã**	13

* Elaborada com base na Tabela 35.

** O município de Echaporã não foi incluído na auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual devido ao não-recebimento ou leitura desse manual pelos professores.

Os valores escalares médios da Tabela 31, ordenados segundo sua magnitude, fornecem uma idéia aproximada da intensidade com que os professores das diversas localidades auto-avaliam o conhecimento do manual "Observação de Saúde do Escolar". Em Catanduva e Lençóis Paulista encontram-se os professores que declaram melhor conhecer o manual, dados estes coerentes aos observados na Tabela 30.

Comparando-se os resultados das Tabelas 30, 31 e 32, observam-se diferenças entre as várias localidades e flutuação das posições ocupadas, conforme o tipo da auto-avaliação.

Essa discrepância leva a questionar se o preparo dos professores, para executar a observação de saúde, estaria sendo realizado mediante a utilização do respectivo manual em todos os municípios. Como se observa, apenas parcela reduzida de respondentes conhece muito bem o seu conteúdo (Tabela 31), qualquer que seja o município focalizado. Conforme informações obtidas no estudo exploratório, poder-se-ia presumir que a inexistência do manual levaria o OAE a reproduzir partes dele na escola, a fim de utilizá-las na orientação. Isto explicaria, de certa forma, os valores percentuais referentes aos diversos níveis de conhecimento do manual, observados nos vários municípios (Tabela 31).

Nas Tabelas 33 e 34 também notam-se diferenças em relação às auto-avaliações, o que reforça suposição anterior quanto à heterogeneidade de preparação dos professores conforme a localidade.

A Tabela 33 mostra valores escalares inferiores aos apresentados na Tabela 32, sugerindo que, de modo geral, o professor sente mais dificuldade em orientar alunos sobre problemas de saúde comuns do que em realizar a observação de saúde. Todavia, cumpre ressaltar o fato de que poucos docentes se consideram não preparados para dar orientação sobre problemas de saúde. Deste modo, as diferenças entre os municípios localizam-se nos graus de preparo em que os respondentes se colocam.

Esse dado corrobora a necessidade de auxiliar o professor, em cada município, a suprir possíveis deficiências da sua formação profissional, mediante o provimento de conhecimentos específicos que o capacitem a lidar com os distúrbios de saúde que ocorrem no dia-a-dia de uma classe^{23,35,45,49,61,106,108,169}.

Reforça-se essa afirmativa nos dados da Tabela 34, onde, em todas as localidades, os respondentes declaram já ter contribuído, em maior ou menor grau, para a detecção e solução de problemas de saúde dos seus alunos.

As diferenças verificadas entre os municípios, referentes às variáveis que versam sobre auto-avaliação, permitiram ordená-los na forma apresentada nas Tabelas 35 e 36.

É interessante notar que as cidades de Catanduva e de Lençóis Paulista mantêm-se em primeiro e segundo lugares, respectivamente, nos aspectos auto-avaliados.

- Conduta do Professor

As Tabelas 37 a 40 mostram a utilização, pelo professor, de diferentes meios para identificar alunos com problemas de saúde, conforme os municípios.

TABELA 37

Grau de utilização da observação de saúde para identificar alunos com problemas de saúde, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.21 OBSERVAÇÃO DE SAÚDE			Valor Escalar Médio*	
	(2) Utiliza sistematicamente	(1) Utiliza eventualmente	(0) Não utiliza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	90,9	9,1	-	1,9	95
Catanduva (n=42)	88,1	11,9	-	1,9	94
Franca (n=83)	80,7	18,1	1,2	1,8	90
Praia Grande (n=59)	79,7	18,6	1,7	1,8	89
Presidente Venceslau (n=45)	77,8	22,2	-	1,8	89
Registro (n=30)	76,7	23,3	-	1,8	88
São Roque (n=33)	75,8	24,2	-	1,8	88
Arujá (n=16)	75,0	25,0	-	1,8	88
Araçatuba (n=81)	74,1	25,9	-	1,7	87
Caçapava (n=11)	72,7	27,3	-	1,7	86
Sta. Bárbara D'Oeste (n=44)	65,9	34,1	-	1,7	83
Cotia (n=64)	59,4	32,8	7,8	1,5	76
Echaporã (n=5)	20,0	80,0	-	1,2	60

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala

Coefficiente de Contingência = $C = 0,29$

TABELA 38

Utilização de informação da família para identificar aluno com problema de saúde, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.22 INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DO ALUNO			Valor Escalar Médio*	
	(2) Utiliza sistematicamente	(1) Utiliza eventualmente	(0) Não utiliza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	90,9	9,1	-	1,9	95
Catanduva (n=41)	82,9	17,1	-	1,8	91
Presidente Venceslau (n=44)	72,8	22,7	4,5	1,7	84
Araçatuba (n=81)	67,9	32,1	-	1,7	84
Praia Grande (n=58)	67,3	29,3	3,4	1,6	82
Arujá (n=16)	62,5	37,5	-	1,6	81
São Roque (n=33)	60,6	39,4	-	1,6	80
Registro (n=30)	60,0	36,7	3,3	1,6	78
Franca (n=81)	58,0	39,5	2,5	1,6	78
Caçapava (n=11)	72,7	9,1	18,2	1,5	77
Sta. Bárbara D'Oeste (n=44)	40,9	54,6	4,5	1,4	68
Cotia (n=63)	44,5	46,0	9,5	1,3	67
Echaporã (n=5)	20,0	80,0		1,2	60

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,31

TABELA 39

Aplicação de teste de acuidade visual para identificar alunos com problemas, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.23 APLICAÇÃO DE TESTE DE ACUIDADE VISUAL				Valor Escalar Médio*	
	(1) Aplicou em 1982	(1) Aplicou em 1983	(2) Aplicou em 1982 e em 1983	(0) Não aplicou em 1982 ou em 1983	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%	%		
Echaporã (n=5)	-	-	100,0	-	2	100
Catanduva (n=41)	4,9	2,4	92,7	-	1,9	96
São Roque (n=33)	-	6,1	90,9	3,0	1,9	94
Araçatuba (n=81)	4,9	4,9	87,7	2,5	1,9	93
Sta. Bárbara D'Oeste (n=44)	6,8	13,6	79,6	-	1,8	90
Franca (n=86)	7,0	16,3	76,7	-	1,8	88
Presidente Venceslau (n=45)	6,7	13,3	73,3	6,7	1,7	83
Caçapava (n=11)	-	36,4	63,6	-	1,6	82
Lençóis Paulista (n=11)	-	36,4	63,6	-	1,6	82
Praia Grande (n=59)	3,4	27,1	66,1	3,4	1,6	81
Cotia (n=63)	11,1	23,8	61,9	3,2	1,6	79
Arujá (n=16)	-	50,0	50,0	-	1,5	75
Registro (n=29)	13,8	13,8	55,2	17,2	1,4	69

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

TABELA 40

Média das posições ocupadas pelos municípios nas distribuições referentes à utilização de meios para identificar alunos com problemas de saúde. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.21/23 MÉDIA DAS POSIÇÕES OCUPADAS
Catanduva	2
Lençóis Paulista	3,7
Presidente Venceslau	5
Araçatuba	5,7
São Roque	5,7
Franca	6
Praia Grande	6,3
Arujá	8,7
Echaporã	9
Registro	9
Sta. Bárbara D'Oeste	9
Caçapava	9,3
Cotia	11,7

Os valores escalares médios mostram as diferenças entre as localidades, qualquer que seja o meio apontado. Comparando-se, por sua vez, os diferentes meios entre si em cada município, ao que parece, existe ligeira predominância da aplicação do teste de acuidade visual sobre os demais meios. Isto ocorre, provavelmente, em decorrência do caráter obrigatório e rotineiro dessa atividade nas escolas da rede de ensino estadual^{118,151}.

Aplicando-se o coeficiente de contingência ("C") aos dados das Tabelas 37 e 38, evidencia-se que a possível associação entre variáveis é da mesma ordem, ou seja, a associação entre o grau de utilização da observação de saúde e o município ($C=0,29$) é semelhante ao grau de utilização da informação da família ($C=0,31$) e o município. Esses resultados levam a crer que, nas localidades em estudo, os professores utilizam, com intensidades semelhantes, um e outro meio para identificar alunos portadores de distúrbio de saúde.

Nas Tabelas 41 a 50, encontram-se os resultados concernentes à realização das atividades propostas pela programação de educação em saúde nos municípios selecionados para o estudo.

TABELA 41

Observação da saúde dos alunos, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.25 OBSERVAÇÃO DA SAÚDE DOS ALUNOS			Valor Escalar Médio*	
	(2) Realiza sistematicamente	(1) Realiza eventualmente	(0) Não realiza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-	2	100
Catanduva (n=42)	90,5	9,5	-	1,9	95
São Roque (n=33)	78,8	21,2	-	1,8	89
Franca (n=88)	77,3	22,7	-	1,8	89
Praia Grande (n=60)	78,4	18,3	3,3	1,8	88
Registro (n=30)	76,7	23,3	-	1,8	88
Arujá (n=16)	75,0	25,0	-	1,8	88
Araçatuba (n=81)	74,1	25,9	-	1,7	87
Presidente Venceslau (n=45)	73,4	24,4	2,2	1,7	86
Caçapava (n=11)	72,7	27,3	-	1,7	86
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	63,0	37,0	-	1,6	82
Cotia (n=64)	60,9	34,4	4,7	1,6	78
Echaporã (n=5)	20,0	80,0	-	1,2	60

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,27

TABELA 42

Levantamento de recursos previdenciários dos alunos com problemas de saúde, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.26 LEVANTAMENTO DE RECURSOS PREVIDENCIÁRIOS DOS ALUNOS			Valor Escalar Médio*	
	(2) Realiza sistematicamente	(1) Realiza eventualmente	(0) Não realiza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-	2	100
Catanduva (n=42)	90,5	9,5	-	1,9	95
Caçapava (n=11)	81,8	18,2	-	1,8	91
Araçatuba (n=80)	81,3	17,5	1,2	1,8	90
São Roque (n=33)	75,8	18,2	6,0	1,7	85
Registro (n=30)	66,7	33,3	-	1,7	83
Franca (n=85)	61,2	36,5	2,3	1,6	78
Praia Grande (n=60)	65,0	23,3	11,7	1,5	77
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	54,3	43,5	2,2	1,5	76
Arujá (n=16)	62,5	25,0	12,5	1,5	75
Cotia (n=64)	51,6	40,6	7,8	1,4	72
Presidente Venceslau (n=45)	51,1	35,6	13,3	1,4	69
Echaporã (n=5)	20,0	80,0	-	1,2	60

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,34

TABELA 43

Encaminhamento de aluno com problema de saúde ao orientador de ações de assistência ao escolar, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.27 ENCAMINHAMENTO DE ALUNO AO OAE*			Valor Escalar Médio**	
	(2) Realiza sistematicamente	(1) Realiza eventualmente	(0) Não realiza	(0 e 2)***	(0 e 100)***
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-	2	100
Caçapava (n=11)	90,9	9,1	-	1,9	95
Catanduva (n=42)	90,5	9,5	-	1,9	95
São Roque (n=33)	93,9	-	6,1	1,9	94
Araçatuba (n=81)	81,5	17,3	1,2	1,8	90
Praia Grande (n=60)	78,4	18,3	3,3	1,8	88
Registro (n=30)	73,4	23,3	3,3	1,7	85
Franca (n=87)	71,3	26,4	2,3	1,7	84
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	63,0	37,0	-	1,6	82
Arujá (n=16)	62,5	25,0	12,5	1,5	75
Cotia (n=63)	57,2	36,5	6,3	1,5	75
Presidente Venceslau (n=45)	62,3	24,4	13,3	1,5	74
Echaporã (n=5)	20,0	80,0	-	1,2	60

* OAE - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

** Calculado a partir dos números entre parênteses.

*** Limites da escala.

C = 0,34

TABELA 44

Encaminhamento de aluno com problema de saúde a serviço de saúde, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.28 ENCAMINHAMENTO DE ALUNO A SERVIÇO ASSISTENCIAL			Valor Escalar Médio*	
	(2) Realiza sistemática _{mente}	(1) Realiza eventual _{mente}	(0) Não realiza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-	2	100
Caçapava (n=11)	90,9	9,1	-	1,9	95
Catanduva (n=42)	88,1	11,9	-	1,9	94
Araçatuba (n=81)	72,8	21,0	6,2	1,7	83
São Roque (n=33)	75,8	6,0	18,2	1,6	79
Praia Grande (n=60)	65,0	25,0	10,0	1,6	78
Franca (n=86)	60,5	27,9	11,6	1,5	74
Registro (n=29)	58,6	27,6	13,8	1,5	72
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	45,7	52,2	2,1	1,4	72
Arujá (n=15)	53,3	20,0	26,7	1,3	67
Cotia (n=64)	46,9	39,1	14,0	1,3	66
Presidente Venceslau (n=44)	45,5	38,6	15,9	1,3	65
Echaporã (n=5)	20,0	80,0	-	1,2	60

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,35

TABELA 45

Orientação a aluno sobre seu problema de saúde, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍ PIO	Q.29 ORIENTAÇÃO A ALUNO SOBRE SEU PROBLEMA DE SAÚDE			Valor Escalar Médio*	
	(2) Realiza sistematicamente	(1) Realiza eventualmente	(0) Não realiza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Caçapava (n=11)	100,0	-	-	2	100
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-	2	100
Catanduva (n=42)	90,5	9,5	-	1,9	95
Arujá (n=16)	81,2	18,8	-	1,8	91
Araçatuba (n=81)	76,5	23,5	-	1,8	88
Presidente Venceslau (n=44)	77,3	18,2	4,5	1,7	86
São Roque (n=33)	75,8	21,2	3,0	1,7	86
Franca (n=88)	73,8	23,9	2,3	1,7	86
Praia Grande (n=60)	76,7	13,3	10,0	1,7	83
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	65,2	34,8	-	1,7	83
Cotia (n=64)	60,9	32,8	6,3	1,5	77
Registro (n=30)	60,0	23,3	16,7	1,4	72
Echaporã (n=5)	40,0	60,0	-	1,4	70

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,31

TABELA 46

Orientação à família sobre problema de saúde do aluno, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.30 ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA SOBRE PROBLEMA DE SAÚDE DO ALUNO			Valor Escalar Médio*	
	(2) Realiza sistematicamente	(1) Realiza eventualmente	(0) Não realiza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-	2	100
Catanduva (n=42)	83,3	14,3	2,4	1,8	90
Caçapava (n=11)	81,8	9,1	9,1	1,7	86
São Roque (n=33)	75,8	21,2	3,0	1,7	86
Praia Grande (n=59)	72,9	22,0	5,1	1,7	84
Araçatuba (n=81)	66,6	30,9	2,5	1,6	82
Arujá (n=16)	68,7	25,0	6,3	1,6	81
Franca (n=88)	63,6	34,1	2,3	1,6	81
Cotia (n=64)	54,7	42,2	3,1	1,5	76
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	47,8	52,2	-	1,5	74
Presidente Venceslau (n=45)	60,0	22,2	17,8	1,4	71
Echaporã (n=5)	40,0	60,0	-	1,4	70
Registro (n=30)	53,3	26,7	20,0	1,3	67

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,34

TABELA 47

Registro do problema de saúde do aluno, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.31 REGISTRO DO PROBLEMA DE SAÚDE DO ALUNO			Valor Escalar Médio*	
	(2) Realiza sistematicamente	(1) Realiza eventualmente	(0) Não realiza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	90,9	9,1	-	1,9	95
Catanduva (n=42)	90,5	7,1	2,4	1,9	94
Araçatuba (n=79)	76,0	21,5	2,5	1,7	87
Presidente Venceslau (n=44)	72,8	13,6	13,6	1,6	80
São Roque (n=31)	67,7	22,6	9,7	1,6	79
Arujá (n=16)	75,0	-	25,0	1,5	75
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	50,0	43,5	6,5	1,4	72
Cotia (n=64)	57,8	26,6	15,6	1,4	71
Praia Grande (n=59)	57,6	18,6	23,8	1,3	67
Franca (n=88)	56,8	18,2	25,0	1,3	66
Caçapava (n=11)	54,5	9,1	36,4	1,2	59
Registro (n=30)	50,0	13,3	36,7	1,1	57
Echaporã (n=5)	40,0	20,0	40,0	1	50

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,36

TABELA 48

Seguimento de caso encaminhado, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.32 SEGUIMENTO DE CASO			Valor Escalar Médio	
	(2) Realiza sistematicamente	(1) Realiza eventualmente	(0) Não realiza	(0 e 2)**	(0 e 100)**
	%	%	%		
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-	2	100
Catanduva (n=42)	90,5	7,1	2,4	1,9	94
Araçatuba (n=80)	73,7	25,0	1,3	1,7	86
São Roque (n=31)	77,4	16,1	6,5	1,7	85
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	60,9	34,8	4,3	1,6	78
Praia Grande (n=59)	62,7	22,0	15,3	1,5	74
Presidente Venceslau (n=43)	62,8	18,6	18,6	1,4	72
Echaporã (n=5)	40,0	60,0	-	1,4	70
Arujá (n=16)	62,5	12,5	25,0	1,4	69
Caçapava (n=11)	63,6	9,1	27,3	1,4	68
Franca (n=88)	56,8	21,6	21,6	1,4	68
Cotia (n=64)	53,1	29,7	17,2	1,4	68
Registro (n=30)	50,0	26,7	23,3	1,3	63

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,32

TABELA 49

Solicitação de providências à direção da escola para afastamento de aluno com doença transmissível, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.33 SOLICITAÇÃO DE PROVIDÊNCIAS PARA AFASTAMENTO DE ALUNO COM DOENÇA TRANSMISSÍVEL			Valor Escalar Médio*	
	(2) Solicita sistematicamente	(1) Solicita eventualmente	(0) Não solicita	(0 e 2)**	(0 e 100)**
PIO	%	%	%		
Catanduva (n=42)	90,5	9,5	-	1,9	95
Lençóis Paulista (n=11)	81,8	18,2	-	1,8	91
Presidente Venceslau (n=41)	80,5	17,1	2,4	1,8	89
Praia Grande (n=58)	77,6	15,5	6,9	1,7	85
Franca (n=87)	74,8	17,2	8,0	1,7	83
Caçapava (n=11)	72,7	18,2	9,1	1,6	82
Araçatuba (n=79)	72,1	19,0	8,9	1,6	82
São Roque (n=31)	80,6	-	19,4	1,6	81
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	67,4	19,6	13,0	1,5	77
Arujá (n=16)	68,7	6,3	25,0	1,4	72
Echaporã (n=5)	40,0	60,0	-	1,4	70
Cotia (n=64)	56,3	23,4	20,3	1,4	68
Registro (n=27)	33,3	40,8	25,9	1,1	54

* Calculado a partir dos números entre parênteses.

** Limites da escala.

C = 0,33

TABELA 50

Média das posições ocupadas pelos municípios nas distribuições referentes à realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde dos alunos. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.25/33 MÉDIA DAS POSIÇÕES OCUPADAS
Lençóis Paulista	1,2 H
Catanduva	2,2
Araçatuba	5
São Roque	5
Caçapava	5,3
Praia Grande	6,4
Franca	7,6
Arujá	8,1
Presidente Venceslau	8,4
Sta. Bárbara D'Oeste	8,8
Registro	10
Cotia	10,8
Echaporã	12,1

Medindo-se a intensidade do relacionamento entre variáveis, pelos valores de C, nota-se que as diferentes atividades se relacionam, de maneira semelhante, em todos os municípios. Todavia, os valores escalares médios, ordenados decrescentemente, indicam possível variação da intensidade de realização dessas atividades pelos professores, conforme a localidade.

- Opinião do Professor

As Tabelas 51 a 54 fornecem informações sobre a opinião dos professores em relação à incumbência e necessidade dos procedimentos de encaminhamento e controle de casos, segundo os municípios estudados.

TABELA 51

Opinião sobre quem deveria providenciar o encaminhamento de aluno triado pelo professor, segundo o município. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.38 OPINIÃO SOBRE QUEM DEVERIA PROVIDENCIAR O ENCAMINHAMENTO DE ALUNO TRIADO PELO PROFESSOR (continua)							Valor Escalar Médio**	
	(+1) OAE*	(+2) Professor da classe	(+2) OAE* e professor da classe	(-1) Outro funcionário da escola	(-1) Alguem da escola, não importa quem	(-2) Ninguem da escola e sim a família	Nao tem opinião	(+2 e -2)***	(+100 e -100)***
	%	%	%	%	%	%	%		
Echaporã (n=5)	-	100,0	-	-	-	-	-	2	100
Caçapava (n=11)	18,2	-	81,8	-	-	-	-	1,8	91
Catanduva (n=42)	16,6	4,8	71,4	-	2,4	4,8	-	1,6	79
Registro (n=30)	40,0	-	56,7	-	-	3,3	-	1,5	73
Praia Grande (n=60)	26,6	1,7	63,3	-	-	6,7	1,7	1,5	73
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	6,5	-	76,0	4,4	-	8,7	4,4	1,4	72

Q.1 MUNICÍ PIO	Q.38 OPINIÃO SOBRE QUEM DEVERIA PROVIDENCIAR O ENCAMINHAMENTO DE ALUNO TRIADO PELO PROFESSOR (conclusão)							Valor Escalar Médio**	
	(+1) OAE*	(+2) Profes sor da classe	(+2) OAE* e professor da classe	(-1) Outro funcioná rio da escola	(-1) Alguém da escola, não importa quem	(-2) Ninguem da escola e sim a fa mília	Nao tem opi nião	(+2 e -2)***	(+100 e -100)***
	%	%	%	%	%	%	%		
Arujá**** (n=16)	12,5	6,2	68,8	-	6,2	6,2	-	1,4	72
Cotia (n=63)	17,5	3,2	65,0	1,6	-	9,5	3,2	1,4	69
Araçatuba (n=77)	28,6	1,3	59,7	-	2,6	6,5	1,3	1,4	68
Lençóis Paulista (n=11)	45,5	-	45,5	-	-	9,0	-	1,2	59
Franca (n=88)	23,9	-	59,1	-	-	15,9	1,1	1,1	56
Presidente Venceslau (n=43)	14,0	-	60,4	2,3	-	23,3	-	0,9	43
São Roque (n=33)	12,1	-	45,5	-	-	39,4	3,0	0,3	13

* OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

** Calculado a partir dos números entre parênteses.

*** Limites da escala.

**** Não foi possível o arredondamento para 100,0 em virtude da distribuição (aproximação até centésimo) ser a seguinte: 12,50; 6,25; 68,75; 6,25 e 6,25.

TABELA 52

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro dos casos triados pelo professor, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍ PIO	Q.44 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE DE REGISTRAR O CASO			OPINIÃO SOBRE INCUMBÊNCIA DO REGISTRO DO CASO (continua)				Valor Escalar Médio**		
	(-) Há neces- sidade	(-2) Não há neces- sidade	(-) Não tem opinião	(+2) Pro- fessor	(-0,5) OAE*	(-1) Outro funcioná- rio da escola	Não tem Opinião			
	%	%	%	%	%	%	%	%	(+2 e -2)***	(+100 e -100)***
Arujá (n=15)	93,3	6,7	-	64,3	35,7	-	-	-	0,9	45
Catanduva (n=41)	100,0	-	-	48,8	51,2	-	-	-	0,7	36
Presidente Venceslau (n=41)	97,6	-	2,4	45,0	55,0	-	-	-	0,6	31
Araçatuba (n=81)	100,0	-	-	43,2	53,1	-	3,7	-	0,6	31
Registro (n=30)	100,0	-	-	36,7	60,0	-	3,3	-	0,4	22
Sta. Bárbara D'Oeste (n=43)	95,3	4,7	-	39,1	56,1	2,4	2,4	-	0,4	18

Q.1 MUNICÍ PIO	Q.44 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE DE REGISTRAR O CASO			OPINIÃO SOBRE INCUMBÊNCIA DO REGISTRO DO CASO (conclusão)				Valor Escalar Médio**	
	(-) Ha neces sidade	(-2) Nao ha neces- sidade	(-) Não tem opinião	(+2) Pro fessor	(-0,5) OAE*	(-1) Outro funcionã rio da escola	Não tem opinião	(+2 e -2)***	(+100 e -100)***
	%	%	%	%	%	%	%		
São Roque (n=33)	100,0	-	-	33,3	66,7	-	-	0,3	17
Cotia (n=64)	98,4	-	1,6	26,9	69,9	-	3,2	0,2	10
Franca (n=83)	92,8	3,6	3,6	26,0	71,4	1,3	1,3	0,1	3
Praia Grande (n=56)	96,4	-	3,6	16,7	81,4	-	1,9	-0,1	-4
Lençóis Paulista (n=11)	90,9	9,1	-	20,0	80,0	-	-	-0,2	-9
Echaporã (n=5)	100,0	-	-	-	100,0	-	-	-0,5	-25
Caçapava (n=11)	81,8	18,2	-	11,1	88,9	-	-	-0,5	-27

* OAE - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

** Calculado a partir dos números entre parênteses.

*** Limites da escala.

TABELA 53

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de dados para seguimento de casos, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍ PIO	Q.45 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE DE REGISTRAR DADOS		OPINIÃO SOBRE INCUMBÊNCIA DE REGISTRO PARA SEGUIMENTO (continua)				Valor Escalar Médio**	
	(-) Há neces sidade	(-2) Não há neces sidade	(+2) Pro fessor	(-0,5) OAE*	(-1) Outro funcioná rio da escola	Não tem opinião	(+2 e -2)***	(+100 e -100)***
	%	%	%	%	%	%		
Arujá (n=14)	100,0	-	42,9	50,0	7,1	-	0,5	27
Sta. Bárbara D'Oeste (n=40)	100,0	-	40,0	57,5	2,5	-	0,5	24
Catanduva (n=41)	100,0	-	31,7	68,3	-	-	0,3	15
Caçapava (n=8)	100,0	-	25,0	75,0	-	-	0,1	6
Cotia (n=61)	100,0	-	23,0	77,0	-	-	0,1	4
Presidente Venceslau (n=40)	100,0	-	22,5	77,5	-	-	0,1	3

Q.1 MUNICÍ PIO	Q.45 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE DE REGISTRAR DADOS		OPINIÃO SOBRE INCUMBÊNCIA DE REGISTRO PARA SEGUIMENTO (conclusão)				Valor Escalar Médio**	
	(-) Há necessidade	(-2) Não há necessidade	(+2) Professor	(-0,5) OAE*	(-1) Outro funcionário da escola	Não tem opinião		
	%	%	%	%	%	%	(+2 e -2)***	(+100 e -100)***
Araçatuba (n=77)	98,7	1,3	15,8	84,2	-	-	-0,1	-6
São Roque (n=33)	100,0	-	12,1	84,9	-	3,0	-0,2	-9
Praia Grande (n=53)	100,0	-	11,3	84,9	-	3,8	-0,2	-10
Lençóis Paulista (n=9)	100,0	-	11,1	88,9	-	-	-0,2	-11
Registro (n=29)	96,6	3,4	10,7	89,3	-	-	-0,3	-15
Franca (n=75)	100,0	-	5,3	94,7	-	-	-0,4	-18
Echaporã (n=5)	100,0	-	-	100,0	-	-	-0,5	-25

* OAE - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

** Calculado a partir dos números entre parênteses.

*** Limites da escala.

TABELA 54

Média das posições ocupadas pelos municípios nas distribuições referentes à opinião sobre incumbência do encaminhamento de aluno triado pelo professor e sobre necessidade e incumbência do registro de dados. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.38, 44 e 45 MÉDIA DAS POSIÇÕES OCUPADAS
Catanduva	2,7
Arujá	3
Sta. Bárbara D'Oeste	4,7
Araçatuba	6,3
Caçapava	6,3
Registro	6,7
Presidente Venceslau	7
Cotia	7,3
Praia Grande	8
Echaporã	8,7
São Roque	9,3
Lençóis Paulista	10,3
Franca	10,7

O tratamento matemático aplicado aos dados, atribuindo-se valores consentâneos com as diretrizes da programação, permitiu retratar a divergência entre esta e as opiniões dos professores, nas várias localidades.

No que respeita à incumbência do encaminhamento de aluno a recurso assistencial (Tabela 51), observa-se a disparidade de opiniões, revelada nos VEMs que variam desde o valor máximo (100) até o valor 13. Cumpre ressaltar, no entanto, a ausência de valores negativos, demonstrando que, nos diferentes municípios, o professor parece aceitar, embora, em alguns casos fracamente, as diretrizes estabelecidas.

O mesmo não se verifica com as opiniões sobre a incumbência do registro de casos mostrada nas Tabelas 52 e 53, onde, em vários locais, apresentam-se valores negativos, bem como redução geral dos VEMs, se confrontados aos obtidos em outras tabelas.

A Tabela 54 mostra, em ordem decrescente, a posição média ocupada pelos municípios de acordo com as opiniões a respeito das atividades de encaminhamento e registro de dados. Assim, os que ocupam os últimos lugares constituem-se nos municípios onde se localizam os professores que mais discordam quanto a assumir as ações em pauta.

As Tabelas 55, 56, 57 e 58, apresentadas a seguir, mostram como se comportam as opiniões dos professores sobre as demais atividades que lhes são solicitadas pela programação de educação em saúde, nos diferentes municípios em estudo.

TABELA 55

Opinião sobre a observação de saúde como atribuição do professor, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.34 OPINIÃO SOBRE A OBSERVAÇÃO DE SAÚDE COMO ATRIBUIÇÃO DO PROFESSOR		
	Considera ser atribuição	Considera não ser atribuição	Não tem opinião
	%	%	%
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-
Arujá (n=16)	93,7	-	6,3
Araçatuba (n=81)	91,4	7,4	1,2
Presidente Venceslau (n=44)	90,9	2,3	6,8
Praia Grande (n=60)	88,3	6,7	5,0
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	84,8	15,2	-
Franca (n=87)	83,9	13,8	2,3
Catanduva (n=42)	83,3	16,7	-
Registro (n=30)	83,3	16,7	-
Cotia (n=63)	81,0	11,1	7,9
São Roque (n=33)	75,7	15,2	9,1
Caçapava (n=11)	72,7	27,3	-
Echaporã (n=5)	40,0	60,0	-

C= 0,28

TABELA 56

Opinião sobre se o professor deve fazer o levantamento de recursos previdenciários dos alunos para seu encaminhamento, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.39 OPINIÃO SOBRE SE O PROFESSOR DEVE FAZER LEVANTAMENTO DE RECURSOS PREVIDENCIÁRIOS DOS ALUNOS		
	Sim	Não	Não tem opinião
	%	%	%
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-
Catanduva (n=42)	92,9	7,1	-
Caçapava (n=11)	90,9	9,1	-
Arujá (n=16)	87,5	12,5	-
Presidente Venceslau (n=45)	84,5	13,3	2,2
Araçatuba (n=81)	84,0	12,3	3,7
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	78,2	19,6	2,2
Franca (n=88)	67,1	31,8	1,1
Praia Grande (n=59)	66,1	30,5	3,4
Registro (n=30)	63,3	36,7	-
São Roque (n=33)	54,6	42,4	3,0
Echaporã (n=5)	-	100,0	-

C = 0,35

TABELA 57

Opinião sobre se compete ao professor orientar a família a respeito de problema de saúde do aluno, segundo o município. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.41 OPINIÃO SOBRE SE COMPETE AO PROFESSOR ORIENTAR A FAMÍLIA DO ALUNO		
	Sim	Não	Não tem opinião
	%	%	%
Arujá (n=16)	100,0	-	-
Caçapava (n=11)	100,0	-	-
Lençóis Paulista (n=11)	100,0	-	-
Catanduva (n=42)	92,8	4,8	2,4
Presidente Venceslau (n=41)	91,1	2,2	6,7
Cotia (n=64)	89,1	7,8	3,1
Franca (n=87)	88,5	11,5	-
Praia Grande (n=60)	86,6	11,7	1,7
Araçatuba (n=81)	83,9	9,9	6,2
São Roque (n=33)	81,8	18,2	-
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	78,2	19,6	2,2
Registro (n=30)	70,0	30,0	-
Echaporã (n=5)	-	100,0	-

C=0,35

TABELA 58

Opiniãõ sobre se o professor deve verificar seguimento de tratamento prescrito ao aluno, segundo o município. Professores da 1a. sêrie do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.1 MUNICÍPIO	Q.43 OPINIÃO SOBRE SE O PROFESSOR DEVE VERIFICAR SEGUIMENTO DE TRATAMENTO		
	Sim %	Não %	Não tem opiniãõ %
Caçapava (n=10)	100,0	-	-
Echaporã (n=5)	100,0	-	-
Lençõis Paulista (n=11)	100,0	-	-
Catanduva (n=41)	97,6	2,4	-
Arujá (n=16)	87,4	6,3	6,3
Sta. Bárbara D'Oeste (n=46)	84,8	15,2	-
Praia Grande (n=60)	83,3	15,0	1,7
Presidente Venceslau (n=43)	81,4	11,6	7,0
Cotia (n=64)	78,1	14,1	7,8
Araçatuba (n=81)	77,8	16,0	6,2
Franca (n=87)	73,6	26,4	-
Registro (n=30)	73,3	26,7	-
São Roque (n=33)	69,7	27,3	3,0

C = 0,27

As localidades sofreram uma ordenação de acordo com os valores obtidos nas respostas afirmativas, de sorte que, aquelas a ocuparem os primeiros lugares reúnem os respondentes que revelam maior concordância com o proposto pela programação e vice-versa.

O "C" é semelhante nas referidas tabelas, indicando que a possível associação é de mesma ordem.

As diferenças observadas podem ser atribuídas a fatores locais ligados ao responsável pela orientação, ou aos próprios docentes, tais como: personalidade, estímulo para o trabalho, preparo técnico e condições administrativas para realização das tarefas⁷⁶, que mereceriam confirmação posterior.

Tanto os resultados concernentes à opinião (Tabelas 55 a 58) como aqueles referentes à conduta (Tabelas 41 a 50), reforçam a necessidade da busca de explicação "a posteriori", em fatores locais que seriam responsáveis pelas diferenças observadas.

b) Idade

A Tabela 59 reúne os cruzamentos referentes à conduta do professor face às atividades propostas pela programação de educação em saúde, segundo a idade.

TABELA 59

Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, segundo a idade. Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.3 IDADE (Anos) (continua)			
	19 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60
Observação de saúde	n = 66	n = 219	n = 195	n = 29
(2) Realiza sistematicamente	68,2	70,8	78,5	96,6
(1) Realiza eventualmente	31,8	28,3	20,0	3,4
(0) Não realiza	-	0,9	1,5	-
Valor escalar médio*	1,7 (84)	1,7(85)	1,8(88)	2,0(98)
Tau C = T = 0,09	C = 0,17			
Levantamento de recursos previdenciários de alunos	n = 66	n = 218	n = 192	n = 29
(2) Realiza sistematicamente	54,5	63,7	72,4	89,7
(1) Realiza eventualmente	39,4	30,3	23,4	10,3
(0) Não realiza	6,1	6,0	4,2	-
Valor escalar médio*	1,5(74)	1,6(79)	1,7(84)	1,9(95)
T = 0,12	C = 0,17			

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.3 IDADE (Anos) (continua)			
	19 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60
Encaminhamento de <u>a</u> luno ao OAE**	n = 66	n=219	n=193	n = 29
(2) Realiza sistema <u>a</u> ticamente	63,6	71,7	77,7	89,7
(1) Realiza event <u>u</u> almente	30,3	23,3	20,2	10,3
(0) Não realiza	6,1	5,0	2,1	-
Valor escalar médio* T = 0,15	1,6(79) C = 0,10	1,7(83)	1,8(88)	1,9(95)
Encaminhamento de <u>a</u> luno a serviço <u>as</u> sistencial	n = 65	n =218	n =192	n = 29
(2) Realiza sistema <u>a</u> ticamente	53,8	56,8	68,7	86,2
(1) Realiza event <u>u</u> almente	35,4	31,7	22,4	13,8
(0) Não realiza	10,8	11,5	8,9	-
Valor escalar médio* T = 0,13	1,4(72) C = 0,18	1,5(73)	1,6(80)	1,9(93)
Orientação a aluno sobre seu problema de saúde	n = 66	n =218	n = 195	n = 29
(2) Realiza sistema <u>a</u> ticamente	71,2	71,1	76,9	93,1
(1) Realiza event <u>u</u> almente	25,8	25,2	19,0	6,9
(0) Não realiza	3,0	3,7	4,1	-
Valor escalar médio* T = 0,07	1,7(84) C = 0,13	1,7(84)	1,7(86)	1,9(97)

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.3 IDADE (Anos) (continua)			
	19 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60
Orientação à família do aluno	n = 66	n = 219	n = 194	n = 29
(2) Realiza sistematicamente	66,7	58,4	69,6	79,3
(1) Realiza eventualmente	30,3	36,1	24,7	20,7
(0) Não realiza	3,0	5,5	5,7	-
Valor escalar médio*	1,6(82)	1,5(76)	1,6(82)	1,8(90)
T = 0,07	C = 0,14			
Registro do problema de saúde do aluno	n = 64	n = 219	n = 194	n = 28
(2) Realiza sistematicamente	65,6	58,9	67,0	85,7
(1) Realiza eventualmente	23,5	26,5	13,9	3,6
(0) Não realiza	10,9	14,6	19,1	10,7
Valor escalar médio*	1,5(77)	1,4(72)	1,5(74)	1,8(88)
T = 0,04	C = 0,19			
Seguimento de caso	n = 64	n = 219	n = 194	n = 28
(2) Realiza sistematicamente	62,5	63,5	66,0	78,6
(1) Realiza eventualmente	29,7	24,2	19,6	14,3
(0) Não realiza	7,8	12,3	14,4	7,1
Valor escalar médio*	1,5(77)	1,5(76)	1,5(76)	1,7(86)
T = -0,03	C = 0,11			

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.3 IDADE (Anos) (conclusão)			
	19 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60
Solicitação de provi dências para afasta mento de aluno com doença transmissível	n = 65	n = 212	n = 191	n = 29
(2) Realiza sistema ticamente	67,7	71,7	70,7	79,4
(1) Realiza eventual mente	18,5	18,9	18,3	10,3
(0) Não realiza	13,8	9,4	11,0	10,3
Valor escalar médio*	1,5(77)	1,6(81)	1,6(80)	1,7(84)
T = 0,02	C = 0,07			

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

** OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

Verifica-se que, com o aumento da idade, parece aumentar também a proporção de professores que realizam a maior parte das atividades assinaladas. Observando-se, por exemplo, a conduta manifestada pelos docentes com respeito à observação de saúde, o grupo constituído pelos professores mais idosos (51 a 60 anos) apresenta-se distanciado, aparentemente, dos outros grupos. Por sua vez, os valores de "T" sugerem discreta associação positiva em apenas alguns dos estudos relacionais apresentados. Os valores semelhantes de "C" indicam que a possível associação entre as variáveis é de mesma ordem.

É plausível aceitar-se que, geralmente, a idade se associa de maneira direta à experiência profissional,

ou seja, no caso em questão os professores de mais idade teriam mais facilidade em lidar com problemas de saúde do escolar. Nesse sentido, vale lembrar que professores mais jovens, formados após reformas ocorridas em 1968 e 1971 no sistema de ensino, podem apresentar sérias deficiências curriculares³⁷, que provavelmente incluiriam a área de saúde. Estudo realizado em 1975, em cursos normais de escolas públicas do Estado de São Paulo, já verificou a insuficiência da orientação recebida pelos normalistas no tocante à saúde¹⁴⁰. Dessa forma, pode-se supor que os professores mais jovens sintam mais dificuldade para se conduzir nesse campo. Acredita-se ser este um assunto de interesse para investigação posterior.

c) Ter/não ter filhos cursando classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau

A introdução da variável "ter/não ter filhos cursando classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau" teve por finalidade verificar se o fato de o professor ter filho cursando série semelhante àquela que leciona, estaria relacionado à sua conduta em problemas de saúde do escolar. Especificando melhor, pretendeu-se averiguar se o professor daria mais assistência à saúde dos seus alunos, por apresentarem idades semelhantes às de seus filhos.

TABELA 60

Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, se gundo a situação de ter ou não filho cursando clas se de 1a. a 4a. série do 1º grau. Valores em %.

Professores da 1a. série do 1º grau de escolas esta duais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.4 SITUAÇÃO (continua)	
	Tem algum filho em classe de 1a. a 4a. série	Não tem filho em classe de 1a. a 4a. s <u>é</u> rie
Observação de saúde	n = 166	n = 345
(2) Realiza <u>sistematica</u> mente	75,3	73,3
(1) Realiza eventualmente	23,5	25,5
(0) Não realiza	1,2	1,2
Valor escalar médio*	1,7(87)	1,7(86)
Levantamento de recursos previdenciários do aluno	n = 165	n = 342
(2) Realiza <u>sistematica</u> mente	66,7	66,1
(1) Realiza eventualmente	29,7	28,1
(0) Não realiza	3,6	5,8
Valor escalar médio*	1,6(82)	1,6(80)
Encaminhamento do aluno ao OAE**	n = 165	n = 344
(2) Realiza <u>sistematica</u> mente	77,0	72,1
(1) Realiza eventualmente	18,8	24,1
(0) Não realiza	4,2	3,8
Valor escalar médio*	1,7(86)	1,7(84)

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.4 SITUAÇÃO (continua)	
	Tem algum filho em classe de la. a 4a. série	Não tem filho em classe de la. a 4a. série
Encaminhamento de aluno a serviço assistencial	n = 165	n = 341
(2) Realiza sistematicamente	62,5	61,9
(1) Realiza eventualmente	24,8	29,0
(0) Não realiza	12,7	9,1
Valor escalar médio*	1,5(75)	1,5(76)
Orientação a aluno sobre seu problema de saúde	n = 166	n = 344
(2) Realiza sistematicamente	73,5	74,7
(1) Realiza eventualmente	22,3	21,8
(0) Não realiza	4,2	3,5
Valor escalar médio*	1,7(85)	1,7(86)
Orientação à família do aluno	n = 166	n = 344
(2) Realiza sistematicamente	69,3	62,8
(1) Realiza eventualmente	24,7	32,8
(0) Não realiza	6,0	4,4
Valor escalar médio*	1,6(82)	1,6(79)

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.4 SITUAÇÃO (conclusão)	
	Tem algum filho em classe de 1a. a 4a. série	Não tem filho em classe de 1a. a 4a. série
Registro do problema de saúde do aluno	n = 164	n = 341
(2) Realiza sistematicamente	60,4	66,0
(1) Realiza eventualmente	20,1	20,5
(0) Não realiza	19,5	13,5

Valor esalar médio*	1,4(70)	1,5(76)
Seguimento de caso	n = 164	n = 341
(2) Realiza sistematicamente	62,8	65,7
(1) Realiza eventualmente	23,8	22,3
(0) Não realiza	13,4	12,0

Valor esalar médio*	1,5(75)	1,5(77)
Solicitação de providências para afastamento de aluno com doença transmissível	n = 160	n = 338
(2) Realiza sistematicamente	73,7	69,8
(1) Realiza eventualmente	16,3	18,9
(0) Não realiza	10,0	11,2

Valor esalar médio*	1,6(82)	1,6(79)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

** OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

Tudo indica que os resultados não comprovam a aquela expectativa. Os VEMs não mostram diferenças entre os grupos, qualquer que seja a atividade de saúde focalizada. Consideradas todas as questões, a maior diferença encontrada foi cerca de 10% - referente ao registro de problema de saúde - podendo-se interpretar isto, provavelmente, como erro casual.

d) Jornada de trabalho docente

Existem diferentes tipos de jornada semanal de trabalho docente no magistério estadual de primeiro grau, a saber: parcial (20 horas), completa (30 horas) e integral (40 horas)⁶⁴.

Em decorrência da perda gradual do seu poder aquisitivo¹¹², o professor I (das quatro séries iniciais) procura aumentar o ganho mensal lecionando a outras classes. Assim, pode ingressar em jornada integral assumindo a docência de outra classe de 1a. a 4a. séries, ou completar o trabalho semanal ministrando aulas a classes de 5a. a 8a. séries (jornada completa). Há que se considerar a sobrecarga e o desgaste provenientes de ambas as situações.

A esse respeito, pesquisa sobre características e condições do mercado de trabalho na área do ensino de primeiro grau, da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, apontou cansaço, fadiga nervosa e queda do nível do desempenho profissional do professor, como consequências do fato de dobrar o período de trabalho¹¹⁰.

Isto posto, poder-se-ia supor a existência de uma relação inversa entre o tipo de carga horária do professor e seu desempenho em atividades da programação de educação em saúde.

Dessa forma, para os cruzamentos da variável "jornada de trabalho docente", foram selecionados aspectos das variáveis dependentes "conduta" e "opinião" que, possivelmente, receberiam influência do número de horas de trabalho do professor. Optou-se, assim, por investigar atividades da programação que poderiam exigir contato com a família do aluno, realizado, muitas vezes, em horário extra-classe. Esses dados são apresentados nas Tabelas 61 a 64.

TABELA 61

Utilização de informação dada pela família para identificar aluno com problema de saúde, segundo a jornada de trabalho docente. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.22 INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA	Q.5 JORNADA DE TRABALHO DOCENTE		
	Parcial (20 horas) n = 322	Completa (30 horas) n = 24	Integral (40 horas) n = 168
	%	%	%
(2) Utiliza sistematizada	60,9	50,0	65,5
(1) Utiliza eventualmente	35,4	50,0	31,5
(0) Não utiliza	3,7	-	3,0
Valor escalar médio*	1,6(79)	1,5(75)	1,6(81)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites da escala: 0 e 2; 0 e 100.

T = -0,03

C = 0,09

TABELA 62

Realização de atividades de programação de educação em saúde, segundo a jornada de trabalho docente. Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.26, 30 e 32 ATIVIDADES	Q.5 JORNADA DE TRABALHO DOCENTE		
	Parcial (20 horas)	Completa (30 horas)	Integral (40 horas)
Levantamento de recursos previdenciários de alunos	n = 330	n = 25	n = 168
(2) Realiza sistematicamente	66,0	44,0	70,8
(1) Realiza eventualmente	28,8	52,0	24,4
(0) Não realiza	5,2	4,0	4,8
Valor escalar médio* T = 0,02 C = 0,13	1,6(80)	1,4(70)	1,7(83)
Orientação à família	n = 333	n = 25	n = 169
(2) Realiza sistematicamente	64,3	48,0	69,8
(1) Realiza eventualmente	30,9	48,0	24,3
(0) Não realiza	4,8	4,0	5,9
Valor escalar médio* T = 0,00 C = 0,13	1,6(80)	1,4(72)	1,6(82)
Seguimento de caso	n = 331	n = 24	n = 167
(2) Realiza sistematicamente	64,6	50,0	68,2
(1) Realiza eventualmente	22,1	37,5	20,4
(0) Não realiza	13,3	12,5	11,4
Valor escalar médio* T = -0,02 C = 0,09	1,5(76)	1,4(69)	1,6(78)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

O exame conjunto das Tabelas 61 e 62 mostra que, aparentemente, não há concordância entre os valores de "T" e os expressos pelos VEMs. Enquanto os primeiros indicam ausência de associação, os VEMs não apresentam regularidade correspondente. Em outras palavras, estaria ocorrendo alguma discrepância entre os valores de "T" e os VEMs. Exame mais atento, contudo, evidencia que a categoria referente à jornada completa apresenta um valor de n relativamente reduzido e bastante inferior ao das duas outras categorias. Se esta categoria for suprimida, mediante agrupamento com a categoria referente a 40 horas de trabalho, esses valores se aproximam dos valores da categoria "jornada parcial". Assim, a discrepância entre os valores de "T" e os VEMs desaparece, conforme se demonstra a seguir.

<u>Questão</u>	<u>Jornada Parcial</u>	<u>Jornada Completa + Integral</u>
22	1,6 (79)	1,6 (80)
26	1,6 (80)	1,6 (81)
30	1,6 (80)	1,6 (82)
32	1,5 (76)	1,5 (77)

Dessa maneira, face à coincidência dos resultados ora comparados, admite-se a conveniência, pelo menos para os dados registrados nas tabelas em apreço, de dicotomizar-se a variável "jornada de trabalho docente" na forma retro-indicada.

TABELA 63

Opinião sobre atribuições conferidas ao professor na programação de educação em saúde, segundo a jornada de trabalho docente. Valores em %. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.39 e 43 OPINIÃO SOBRE ATRIBUIÇÕES DO PROFESSOR NA PROGRAMAÇÃO	Q.5 JORNADA DE TRABALHO DOCENTE					
	Parcial (20 horas)		Completa (30 horas)		Integral (40 horas)	
	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*
Levantamento de recursos previdenciários de alunos	n = 333		n = 25		n = 167	
O professor deve fazer	77,2	79,1	56,0	58,3	75,4	78,3
O professor não deve fazer	20,4	20,9	40,0	41,7	21,0	21,7
Não tem opinião	2,4	-	4,0	-	3,6	-
C = 0,11						
Verificação de seguimen to de tratamento	n = 332		n = 24		n = 166	
O professor deve fazer	82,5	85,1	70,8	73,9	79,5	82,0
O professor não deve fazer	14,5	14,9	25,0	26,1	17,5	18,0
Não tem opinião	3,0	-	4,2	-	3,0	-
C = 0,07						

* NTO = Não tem opinião

A observação dos resultados da Tabela 63, verificados os valores de "C", indica que as distribuições resultantes dos dois cruzamentos efetuados apresentam alto grau de semelhança. Todavia, são os docentes em jornada completa os que menos concordam com as solicitações da programação. Este fato insere-se na mesma linha das considerações anteriores quanto à diversificação de trabalho do professor, ocasionando insatisfação agravada pelo cansaço.

TABELA 64

Opinião sobre incumbência de atividades da programação de educação em saúde, segundo a jornada de trabalho do docente. Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.38 e 45 OPINIÃO SOBRE INCUM BÊNCIA DE ATIVIDADES	Q.5 JORNADA DE TRABALHO DOCENTE					
	Parcial (20 horas)		Completa (30 horas)		Integral (40 horas)	
	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*
Encaminhamento cabe a:	n = 328		n = 25		n = 167	
(+1) OAE*	19,2	19,5	32,0	32,0	22,8	23,3
(+2) Professor da classe	0,9	0,9	4,0	4,0	1,8	1,8
(+2) OAE e professor da classe	65,0	65,8	52,0	52,0	61,6	63,3
(-1) Outro funcionário da escola	0,9	0,9	-	-	0,6	0,6
(-1) Alguém da escola, não importa quem	0,6	0,6	-	-	1,2	1,2
(-2) Ninguém da escola e sim a família	12,2	12,3	12,0	12,0	9,6	9,8
Não tem opinião	1,2	-	-	-	2,4	-
-----	Valor escalar médio***		1,3(63)		1,2(60)	
-----	1,3(66)		-----		-----	
Registro de dados para seguimento de caso cabe a:	n = 307		n = 24		n = 149	
(+2) Professor	18,8	19,0	8,3	8,3	19,5	19,6
(-0,5) OAE**	79,1	79,6	91,7	91,7	79,8	80,4
(-1) Outra pessoa da escola	0,7	0,7	-	-	-	-
Não tem opinião	0,7	-	-	-	0,7	-
(-2) Não há necessidade de registro	0,7	0,7	-	-	-	-
-----	Valor escalar médio***		0,0(-2)		-0,3(-15)	
-----	0,0(-1)		-----		-----	

* NTO = Não tem opinião

** OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

*** Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

Na Q.38 praticamente inexistiu relação entre as variáveis, ao passo que na Q.45 sobressai o resultado referente à jornada de 30 horas, indicativo, provavelmente, da menor disposição do professor desse regime de trabalho de realizar a atividade em foco.

e) Tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau

Considerando-se que, no decurso dos anos, os conhecimentos se ampliam, supunha-se que os docentes com mais tempo de serviço constituir-se-iam também naqueles que adotariam condutas mais acertadas na programação. De outro lado, análise realizada por SCHIEFELBEIN & SIMMONS¹⁰⁹ a respeito de resultados de pesquisas sobre determinantes do desempenho cognitivo do estudante em países em desenvolvimento, apontou que o tempo de experiência do professor aparecia expressivamente em apenas sete de 19 estudos.

Houve, pois, interesse em verificar o comportamento da referida variável na presente pesquisa.

TABELA 65

Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau. Valores em %. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25/32 ATIVIDADES	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos) (continua)					
	≤ 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 33
Observação de saúde	n=101	n=108	n=103	n=83	n=93	n=43
(2) Realiza sistematizadamente	71,3	64,8	80,6	80,7	64,5	97,7
(1) Realiza eventualmente	27,7	33,3	18,4	19,3	33,3	2,3
(0) Não realiza	1,0	1,9	1,0	-	2,2	-
Valor escalar médio*	1,7(85)		1,8(90)		1,6(81)	
T = 0,07 C = 0,22		1,6(82)		1,8(90)		2,0(99)
Levantamento de recursos previdenciários dos alunos	n=100	n=107	n=102	n=83	n=92	n=43
(2) Realiza sistematizadamente	58,0	61,7	70,6	71,1	59,8	93,0
(1) Realiza eventualmente	38,0	29,9	23,5	25,3	35,9	7,0
(0) Não realiza	4,0	8,4	5,9	3,6	4,3	-
Valor escalar médio*	1,5(77)		1,6(82)		1,6(78)	
T = 0,10 C = 0,22		1,5(77)		1,7(84)		1,9(97)
Encaminhamento de aluno ao OAE**	n=100	n=108	n=102	n=83	n=93	n=43
(2) Realiza sistematizadamente	72,0	63,9	82,4	75,9	66,7	93,0
(1) Realiza eventualmente	27,0	28,7	12,7	20,5	30,1	7,0
(0) Não realiza	1,0	7,4	4,9	3,6	3,2	-
Valor escalar médio**	1,7(86)		1,8(89)		1,6(82)	
T = -0,05 C = 0,22		1,6(78)		1,7(86)		1,9(97)

Q.25/32 ATIVIDADES	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos) (continua)					
	≤ 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 33
Encaminhamento de <u>alu</u> no a serviço de saúde	n=100	n=107	n=101	n=83	n=93	n=42
(2) Realiza <u>sistemati</u> camente	58,0	55,2	67,3	59,0	61,3	90,5
(1) Realiza <u>eventual</u> mente	32,0	33,6	21,8	26,5	32,2	7,1
(0) Não realiza	10,0	11,2	10,9	14,5	6,5	2,4
Valor escalar médio* T = 0,09 C = 0,21	1,5(74)	1,4(72)	1,6(78)	1,5(72)	1,5(77)	1,9(94)
Orientação a <u>aluno</u> sobre seu problema de saúde	n=101	n=108	n=103	n=82	n=93	n=43
(2) Realiza <u>sistemati</u> camente	71,2	69,4	80,5	71,9	67,7	95,3
(1) Realiza <u>eventual</u> mente	24,8	25,0	14,6	24,4	30,1	4,7
(0) Não realiza	4,0	5,6	4,9	3,7	2,2	-
Valor escalar médio* T = 0,05 C = 0,19	1,7(84)	1,6(82)	1,8(88)	1,7(84)	1,7(83)	2,0(98)
Orientação à <u>família</u> sobre problema do <u>a</u> luno	n=101	n=108	n=102	n=83	n=93	n=43
(2) Realiza <u>sistemati</u> camente	64,3	57,4	68,6	67,5	61,3	81,4
(1) Realiza <u>eventual</u> mente	30,7	35,2	26,5	27,7	34,4	16,3
(0) Não realiza	5,0	7,4	4,9	4,8	4,3	2,3
Valor escalar médio* T = 0,05 C = 0,14	1,6(80)	1,5(75)	1,6(82)	1,6(81)	1,6(78)	1,8(90)

Q.25/32 ATIVIDADES	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos) (conclusão)					
	≤ 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 33
Registro do problema de saúde do aluno	n=98	n=108	n=101	n=83	n=92	n=43
(2) Realiza sistemati camente	68,3	54,6	65,4	61,4	62,0	90,7
(1) Realiza eventual mente	18,4	27,8	18,8	19,3	21,7	2,3
(0) Não realiza	13,3	17,6	15,8	19,3	16,3	7,0
Valor escalar médio*	1,6(78)	1,5(75)	1,5(73)	1,5(73)	1,5(73)	1,8(92)
T = 0,05 C = 0,19		1,4(69)	1,4(71)			
Seguimento de caso	n=98	n=108	n=101	n=83	n=92	n=43
(2) Realiza sistemati camente	61,2	63,0	66,3	62,6	62,0	86,0
(1) Realiza eventual mente	29,6	23,1	18,8	20,5	25,0	9,3
(0) Não realiza	9,2	13,9	14,9	16,9	13,0	4,7
Valor escalar médio*	1,5(76)	1,5(76)	1,5(76)	1,5(74)	1,5(74)	1,8(91)
T = 0,05 C = 0,17		1,5(75)	1,5(73)			

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

** OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

De acordo com a Tabela 65, não há regularidade no comportamento dos VEMs. A fim de verificar se essa ausência de associação entre as variáveis em estudo poderia ser determinada, em parte, pela "hiper"-sensibilidade discriminatória da variável "tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau", esta foi reduzida a três categorias, agrupando-se duas categorias em uma. Se realizados esses cálculos, percebe-se claramente que persiste a evidência de falta de relação entre as variáveis em apreço.

Pode-se afirmar, então, que o tempo de magistério não influi na realização das atividades mencionadas na tabela.

Apesar da restrição à capacidade discriminatória da variável independente, verifica-se, contudo, que a categoria constituída pelos professores com mais tempo de magistério (26 a 33 anos) apresenta valores elevados, podendo admitir-se que os professores de mais ampla experiência sejam os que mais realizam as atividades propostas.

As considerações expendidas a respeito dos resultados constantes da Tabela 65 são aplicáveis às Tabelas 66 a 70.

TABELA 66

Opinião quanto à observação de saúde como atribuição do professor, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. à 4a. séries do 1º grau. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.34 OPINIÃO QUANTO À OBSERVAÇÃO DE SAÚDE COMO ATRIBUIÇÃO DO PROFESSOR	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos)					
	≤ 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 33
	n=99	n=107	n=103	n=83	n=93	n=43
	%	%	%	%	%	%
Considera ser atribuição	84,8	87,0	87,4	78,3	82,8	95,3
Considera não ser atribuição	10,1	9,3	9,7	18,1	14,0	4,7
Não tem opinião	5,1	3,7	2,9	3,6	3,2	-

TABELA 67

Opinião sobre quem deveria providenciar o encaminhamento de aluno triado pelo professor, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. à 4a. séries do 1º grau. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.38 OPINIÃO SOBRE QUEM DEVERIA PROVIDENCIAR O ENCAMINHAMENTO DE ALUNO TRIADO PELO PROFESSOR	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos)					
	≤ 5 n=100	6 a 10 n=106	11 a 15 n=103	16 a 20 n=80	21 a 25 n=93	26 a 33 n=42
	%	%	%	%	%	%
(+1) OAE*	20,0	13,2	26,2	20,0	21,5	33,3
(+2) Professor da classe	2,0	-	1,0	1,3	1,1	4,8
(+2) OAE* e professor da classe	62,0	72,7	57,3	61,2	65,5	50,0
(-1) Outro funcionário da escola	2,0	0,9	1,0	-	-	-
(-1) Alguém da escola, não importa quem	1,0	-	-	1,3	1,1	2,4
(-2) Ninguém da escola e sim a família	11,0	12,3	12,6	12,4	10,8	9,5
Não tem opinião	2,0	0,9	1,9	3,8	-	-
Valor escalar médio**	1,3(63)	1,3(67)	1,2(59)	1,2(59)	1,3(66)	1,2(61)

* OAE - Orientador de ações de assistência ao escolar.

** Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

TABELA 68

Opinião sobre se o professor deve verificar o seguimento de tratamento prescrito ao aluno, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. à 4a. séries do 1º grau. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.43 OPINIÃO SOBRE SE O PROFESSOR DEVE VERIFICAR SEGUIMENTO DE TRATAMENTO	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos)					
	≤ 5 n=98	6 a 10 n=108	11 a 15 n=103	16 a 20 n=83	21 a 25 n=91	26 a 33 n=43
	%	%	%	%	%	%
Sim	76,5	82,4	80,6	79,5	80,2	90,7
Não	19,4	15,7	18,4	14,5	15,4	9,3
Não tem opinião	4,1	1,9	1,0	6,0	4,4	-

TABELA 69

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro dos casos triados pelo professor, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. à 4a. séries do 1º grau. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.44 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE E INCUMBÊNCIA DO REGISTRO DE CASOS	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos)					
	≤ 5 n=96	6 a 10 n=103	11 a 15 n=103	16 a 20 n=81	21 a 25 n=88	26 a 33 n=42
	%	%	%	%	%	%
(-) Há necessidade do registro	99,0	95,2	98,1	93,9	96,6	100,0
(-2) Não há necessidade do registro	-	2,9	-	4,9	2,3	-
Não tem opinião	1,0	1,9	1,9	1,2	1,1	-

Há necessidade do registro, caben do sua execução:						
(+2) ao professor	34,7	36,8	31,7	27,6	32,9	42,9
(-0,5) ao OAE*	63,2	61,2	65,3	69,8	64,7	57,1
(-1) a outro funcionário da escola	-	-	1,0	-	1,2	-
não tem opinião	2,1	2,0	2,0	2,6	1,2	-

Valor escalar médio**	0,4(19)	0,4(18)	0,3(15)	0,1(5)	0,3(14)	0,6(29)

* OAE - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

** Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

TABELA 70

Opinião sobre necessidade e incumbência do registro de dados para seguimento de casos, segundo o tempo de magistério em classes de 1a. à 4a. séries do 1º grau. Professores da 1a. série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.45 OPINIÃO SOBRE NECESSIDADE E INCUMBÊNCIA DO REGISTRO DE DADOS PARA SEGUIMENTO DE CASOS	Q.7 TEMPO DE MAGISTÉRIO (Anos)					
	≤ 5 n=93	6 a 10 n=96	11 a 15 n= 98	16 a 20 n=73	21 a 25 n=82	26 a 33 n=42
	%	%	%	%	%	%
(-) Há necessidade do registro	100,0	100,0	99,0	100,0	98,8	100,0
(-2) Não há necessidade do registro	-	-	1,0	-	1,2	-

Há necessidade do registro, caben						
do sua execução:						
(+2) ao professor	22,6	25,0	16,5	11,0	12,3	23,8
(-0,5) ao OAE*	76,3	74,0	81,4	89,0	86,5	76,2
(-1) a outro funcionário da						
escola	-	-	2,1	-	-	-
não tem opinião	1,1	1,0	-	-	1,2	-

Valor escalar médio**	0,0(2)	0,1(5)	-0,1(-5)	-0,2(-11)	-0,2(-10)	0,1(5)

*OAE - Orientador de Ações de Assistência ao Escolar.

**Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: +2 e -2; +100 e -100.

f) Recebimento e leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar"

TABELA 71

Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar", segundo seu recebimento e leitura. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.10 AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O MANUAL	Q.9 RECEBEU O MANUAL		NÃO RECEBEU O MANUAL		
	Leu totalmente n=173	Leu parcialmente n=132	Leu totalmente n=12	Leu parcialmente n=17	
	%	%	%	%	
(4) Conhece muito bem	27,7	2,3	16,7	5,9	
(3) Conhece bem	48,0	22,7	58,3	17,6	
(2) Conhece mais ou menos	23,1	72,7	25,0	53,0	
(1) Conhece mal	1,2	1,5	-	17,6	
(0) Conhece muito mal	-	0,8	-	5,9	
VEM*	para a categoria	3(76)	2,2(56)	2,9(73)	2(50)
	\bar{x}	2,7(67)		2,4(59)	

* VEM = Valor Escalar Médio. Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 4; 0 e 100.

$$T = 0,34$$

TABELA 72

Observação de condições de saúde dos alunos, segundo o recebimento e a leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25 OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	Q.9 RECEBEU O MANUAL			NÃO RECEBEU O MANUAL		
	Leu to- talmen- te n=174	Leu parci- almen- te n=133	Não leu n=26	Leu to- talmen- te n=12	Leu parci- almen- te n=17	Não leu n=159
	%	%	%	%	%	%
(2) Realiza sistema- ticamente	89,7	73,6	61,5	91,7	52,9	59,7
(1) Realiza eventua- lmente	9,2	25,6	38,5	8,3	41,2	39,0
(0) Não realiza	1,1	0,8	-	-	5,9	1,3
VEM*	para a categoria	1,9(94)	1,6(81)	1,5(74)	1,9(96)	1,6(79)
	\bar{x}	1,7(86)	1,8(90)	1,6(80)		

* VEM = Valor Escalar Médio. Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2, 0 e 100.

T = 0,20

Os valores de "T" indicam a existência de fraca associação positiva entre os fatos de ter recebido ou não e de ter lido ou não o manual e as duas variáveis constantes das Tabelas 71 e 72. Assim, é possível afirmar-se que, em ambas as tabelas, as relações ocorrem com intensidade semelhante (ambas são fracas), sendo que, na Tabela 71, ainda com discreta associação, o valor de "T" indica um relacionamento ligeiramente mais intenso.

TABELA 73

Opinião sobre a observação de saúde como atribuição do professor, segundo o recebimento e a leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar". Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.34 OPINIÃO	Q.9 RECEBEU O MANUAL						NÃO RECEBEU O MANUAL					
	Leu total _{mente}		Leu parci _{almente}		Não leu		Leu total _{mente}		Leu parci _{almente}		Não leu	
	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*	In clui NTO*	Ex clui NTO*
	n=174		n=131		n=26		n=12		n=17		n=158	
Considera ser atribuição	94,3	96,5	88,5	90,6	65,4	73,9	91,7	100,0	88,2	88,2	74,1	77,5
Considera não ser atribuição	3,4	3,5	9,2	9,4	23,1	26,1	-	-	11,8	11,8	21,5	22,5
Não tem opinião	2,3	-	2,3	-	11,5	-	8,3	-	-	-	4,4	-

* NTO = Não tem opinião

Os resultados parecem evidenciar, tanto para os respondentes que receberam o manual como para os que não o receberam, a existência de relação, conquanto discreta, entre a não-leitura do material ou sua leitura parcial ou total e as opiniões sobre a observação de saúde como atribuição do professor. O exame da categoria "não tem opinião" mostra irregularidade na relação com as variáveis independentes. Isto tanto pode significar uma ausência de relação entre essas variáveis, como pode ser consequência da interferência de "confounding variables".

g) Auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar"

TABELA 74

Realização de atividades com vistas à identificação e atendimento de problemas de saúde de alunos, segundo a auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar". Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25, Q.26 e Q.28/33 ATIVIDADES	Q.10 AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS (continua)			
	Conhece muito bem	Conhece bem	Conhece mais ou menos	Conhece mal ou muito mal
Observação de saúde	n=54	n=124	n=149	n=9
(2) Realiza sistematicamente	96,2	92,7	71,2	11,1
(1) Realiza eventualmente	1,9	7,3	26,8	88,9
(0) Não realiza	1,9	-	2,0	-
Valor escalar médio* T**=0,22 C**=0,40	1,9(97)	1,9(96)	1,7(85)	1,1(56)
Levantamento de recursos previdenciários do aluno	n=54	n=124	n=148	n=9
(2) Realiza sistematicamente	90,7	82,3	68,9	33,3
(1) Realiza eventualmente	5,6	16,1	25,7	66,7
(0) Não realiza	3,7	1,6	5,4	-
Valor escalar médio* T = 0,16 C = 0,28	1,9(94)	1,8(90)	1,6(82)	1,3(67)

Q.25, Q.26 e Q.28/33 ATIVIDADES	Q.10 AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS (continua)			
	Conhece muito bem	Conhece bem	Conhece mais ou menos	Conhece mal ou muito mal
Encaminhamento a ser viço assistencial	n=54	n=124	n=148	n=9
(2) Realiza sistemati camente	92,6	78,2	59,4	33,3
(1) Realiza eventual mente	3,7	12,9	31,8	66,7
(0) Não realiza	3,7	8,9	8,8	-
Valor escalar médio* T = 0,20 C = 0,33	1,9(94)	1,7(85)	1,5(75)	1,3(67)
Orientação a aluno sobre seu problema de saúde	n=54	n=124	n=149	n=9
(2) Realiza sistemati camente	96,2	88,7	75,2	33,3
(1) Realiza eventual mente	1,9	9,7	20,8	55,6
(0) Não realiza	1,9	1,6	4,0	11,1
Valor escalar médio* T = 0,16 C = 0,30	1,9(97)	1,9(94)	1,7(86)	1,2(61)
Orientação à família do aluno	n=54	n=123	n=149	n=9
(2) Realiza sistemati camente	90,7	81,3	63,8	22,2
(1) Realiza eventual mente	7,4	17,1	31,5	44,5
(0) Não realiza	1,9	1,6	4,7	33,3
Valor escalar médio* T = 0,21 C = 0,35	1,9(94)	1,8(90)	1,6(80)	0,9(44)

Q.25, Q.26 e Q.28/33 ATIVIDADES	Q.10 AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS (conclusão)			
	Conhece muito bem	Conhece bem	Conhece mais ou menos	Conhece mal ou muito mal
Registro do problema de saúde do aluno	n=54	n=122	n=148	n=9
(2) Realiza sistematicamente	90,7	81,2	64,2	44,5
(1) Realiza eventualmente	3,7	9,0	24,3	22,2
(0) Não realiza	5,6	9,8	11,5	33,3
Valor escalar médio* T = 0,17 C = 0,28	1,9(93)	1,7(86)	1,5(76)	1,1(56)
Seguimento de caso	n=54	n=122	n=148	n=9
(2) Realiza sistematicamente	92,6	83,6	65,5	33,3
(1) Realiza eventualmente	3,7	12,3	25,0	33,3
(0) Não realiza	3,7	4,1	9,5	33,3
Valor escalar médio* T = 0,20 C = 0,31	1,9(94)	1,8(90)	1,6(78)	1,0(50)
Solicitação de providências para afastamento de aluno com doença transmissível	n=54	n=119	n=146	n=9
(2) Realiza sistematicamente	90,7	85,7	65,0	44,5
(1) Realiza eventualmente	1,9	10,1	19,2	33,3
(0) Não realiza	7,4	4,2	15,8	22,2
Valor escalar médio* T = 0,19 C = 0,30	1,8(92)	1,8(91)	1,5(75)	1,2(61)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

** Valores originais de "Tau C" e de "C" calculados a partir de tabela completa, onde as categorias "conhece mal" e "conhece muito mal" eram distintas.

Os valores de "T" indicam fraca associação positiva entre auto-avaliação de conhecimentos sobre o conteúdo do manual e realização das atividades preconizadas pela programação de educação em saúde.

Este fato não isenta a necessidade de se justificar que a apreciação diz respeito à variável "auto-avaliação de conhecimentos", quando seria desejável utilizar-se um julgamento objetivo. Na verdade, pretendia-se recorrer a medida objetiva de conhecimentos dos professores sobre o manual, não se tendo assim procedido em vista da impraticabilidade de sua viabilização. Aceitou-se, portanto, a auto-avaliação como um indicador possível da medida objetiva. Conhecidos os resultados, ademais, pretendia-se verificar se essa suposição teria alguma consistência.

Os resultados parecem confirmar os pressupostos iniciais, o que pode ser evidenciado mediante o seguinte raciocínio: se a auto-avaliação apresenta, aproximadamente, os mesmos resultados com um grupo de variáveis dissimilares, porém do mesmo gênero, isto indicaria que ela estaria cumprindo a função discriminatória que se espera de uma variável independente. Como os resultados observados se dirigem sistematicamente para um mesmo sentido, isto deve ocorrer porque seu mecanismo de ação provavelmente coincide com a medida objetiva do conhecimento.

Auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde, segundo a auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.37 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	Q.10 AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE O MANUAL			
	Conhece muito bem n=54	Conhece bem n=123	Conhece mais ou menos n=149	Conhece mal ou muito mal n=9
	%	%	%	%
(5) Muito bem preparado	48,1	17,1	4,7	-
(4) Bem preparado	31,5	51,2	26,2	11,1
(3) Mais ou menos preparado	20,4	30,9	65,1	44,5
(2) Mal preparado	-	0,8	2,7	22,2
(1) Muito mal preparado	-	-	-	22,2
(0) Sem nenhum preparo	-	-	1,3	-
Valor escalar médio* T** = 0,36	4,3(86)	3,8(77)	3,3(66)	2,4(49)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 5; 0 e 100.

** Valor original de "Tau C" calculado a partir de tabela completa, onde as categorias "conhece mal" e "conhece muito mal" eram distintas.

O "T" indica associação positiva entre a auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual e a auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde. Esse resultado vem ao encontro das expectativas, levando-se em conta que, comumente, existe correspondência entre os dois fatos, ou seja, o conteúdo do manual deve fornecer informações técnicas ao professor que o auxiliem a observar o estado de saúde de seus alunos. E, parece que os dados confirmam essa versão.

- h) Recebimento de explicações do OAE sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar"

TABELA 76

Auto-avaliação do preparo para realizar a observação da saúde dos alunos, segundo o recebimento de explicações do orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar". Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.37 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA REALIZAR A OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	Q.11 RECEBIMENTO DE EXPLICAÇÕES	
	Sim n=425	Não n=98
	%	%
(5) Muito bem preparado	12,9	6,1
(4) Bem preparado	34,1	15,3
(3) Mais ou menos preparado	48,5	63,3
(2) Mal preparado	2,8	13,3
(1) Muito mal preparado	1,2	1,0
(0) Sem nenhum preparo	0,5	1,0

Valor escalar médio*	3,5(71)	3,1(62)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 5; 0 e 100.

Os resultados expressos pelos VEMs parecem indicar uma relação entre as duas variáveis da Tabela 76, como esperado.

Considerando-se que uma das atribuições do OAE consiste em multiplicar a orientação sobre a técnica da observação de saúde aos seus colegas de unidade escolar⁷⁶, tudo leva a crer que essa tarefa esteja sendo razoavelmente cumprida. As diferenças observadas entre as categorias podem ser atribuídas a fatores pessoais - tanto do OAE quanto do professor - a fatores situacionais e/ou ao fato de dispor do referido manual, conforme explicado anteriormente.

A Tabela 77 apresenta aspectos da variável dependente "conduta", selecionados a partir dos resultados obtidos na Tabela 15. Houve interesse em conhecer de que forma a orientação dada pelo OAE estaria influido em determinadas ações da programação de educação em saúde, que apresentaram valores percentuais reduzidos quanto à sua execução regular pelos professores.

TABELA 77

Realização de atividades da programação de educação em saúde, segundo o recebimento de explicações do orientador de ações de assistência ao escolar sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar". Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25, Q.26, Q.31, Q.32 ATIVIDADES	Q.11 RECEBIMENTO DE EXPLICAÇÕES	
	Sim	Não
Observação de saúde	n=427	n=98
(2) Realiza sistematicamente	77,8	58,2
(1) Realiza eventualmente	21,3	39,8
(0) Não realiza	0,9	2,0
Valor escalar médio*	1,8(88)	1,6(78)
Levantamento de recursos previdenciários de alunos	n=424	n=98
(2) Realiza sistematicamente	71,2	44,9
(1) Realiza eventualmente	25,7	41,8
(0) Não realiza	3,1	13,3
Valor escalar médio*	1,7(84)	1,3(66)
Registro de problema de saúde	n=423	n=96
(2) Realiza sistematicamente	70,9	38,5
(1) Realiza eventualmente	17,5	27,1
(0) Não realiza	11,6	34,4
Valor escalar médio*	1,6(80)	1,0(52)
Seguimento de caso	n=423	n=96
(2) Realiza sistematicamente	70,5	42,7
(1) Realiza eventualmente	20,8	27,1
(0) Não realiza	8,7	30,2
Valor escalar médio*	1,6(81)	1,1(55)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

O exame dos dados mostra que, aparentemente, há relação entre o recebimento de explicações ministradas pelo OAE sobre o manual e a realização das atividades as sinaladas. Trata-se de resultado esperado, levando-se em conta ser necessário o provimento de conteúdos de saúde ao professor para capacitá-lo a agir corretamente nesse campo. Mediante esses dados, é possível supor-se válida a orientação transmitida pelo OAE a seus colegas de unidade escolar.

i) Auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde

TABELA 78

Observação da saúde dos alunos, segundo a auto-avaliação do preparo para realizar essa atividade. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25 OBSERVAÇÃO DE SAÚDE	Q.37 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA OBSERVAÇÃO DE SAÚDE				
	Muito bem prepa- rado n=61 %	Bem pre- parado n=163 %	Mais ou menos prepara- do n=271 %	Mal prepa- rado n=26 %	Muito mal ou não pre- parado n=9 %
(2) Realiza sistemati- camente	95,1	89,6	66,1	30,8	22,2
(1) Realiza eventual- mente	3,3	10,4	32,8	65,4	66,7
(0) Não realiza	1,6	-	1,1	3,8	11,1
Valor escalar médio* T = 0,26 C = 0,42	1,9(97)	1,9(95)	1,6(82)	1,3(63)	1,1(56)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100. Valores originais de T e de C calculados a partir de tabela completa, onde as categorias "muito mal preparado" e "sem nenhum preparo" eram distintas.

TABELA 79

Opinião sobre a observação de saúde como atribuição do professor, segundo a auto-avaliação do preparo para realizar essa atividade. Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.34 OPINIÃO SOBRE OBSERVAÇÃO DE SAÚDE COMO ATRIBUIÇÃO DO PROFESSOR	Q.37 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA OBSERVAÇÃO DE SAÚDE									
	Muito bem preparado		Bem prepa rado		Mais ou me nos prepa rado		Mal prepa rado		Muito mal ou não pre parado	
	In c̄lui NTO*	Ex c̄lui NTO*	In c̄lui NTO*	Ex c̄lui NTO*	In c̄lui NTO*	Ex c̄lui NTO*	In c̄lui NTO*	Ex c̄lui NTO*	In c̄lui NTO*	Ex c̄lui NTO*
	n=61		n=163		n=268		n=26		n=9	
Considera ser atribuição	96,8	98,3	94,5	95,7	81,0	83,8	53,9	66,7	55,6	62,5
Considera não ser atribuição	1,6	1,7	4,3	4,3	15,6	16,2	26,9	33,3	33,3	37,5
Não tem opinião	1,6	-	1,2	-	3,4	-	19,2	-	11,1	-

* NTO = Não tem opinião

C = 0,33

Valor original de C calculado a partir de tabela completa, onde as categorias "muito mal preparado" e "não preparado" eram distintas.

O valor de "T" está a indicar que há associação discreta entre as variáveis da Tabela 78, parecendo que os professores que se consideram melhor preparados em observação de saúde, são aqueles que realizam essa atividade de forma sistemática. Esta relação é de intensidade discretamente mais acentuada do que a relação observada na Tabela 79, conforme indicam os valores de "C". Contudo, pode-se notar, de acordo com os dados desta última tabela, a possível relação entre a auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde e o fato de os respondentes considerarem essa tarefa uma atribuição do professor.

- j) Auto-avaliação do preparo para orientar a alunos sobre problemas de saúde mais comuns

TABELA 80

Orientação a aluno sobre seu problema de saúde, segundo a auto-avaliação do preparo para orientar os alunos sobre problemas de saúde mais comuns. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.29 ORIENTAÇÃO A ALUNO	Q.42 AUTO-AVALIAÇÃO DO PREPARO PARA ORIENTAR		CONSIDERA-SE PREPARADO PARA ORIENTAR SOBRE:			
	Considera-se preparado n=513	Considera-se não preparado n=15	todos os problemas n=76	quase todos os problemas n=169	a média dos problemas n=210	poucos problemas n=58
	%	%	%	%	%	%
(2) Realiza sistematicamente	74,7	60,0	89,5	84,6	68,6	48,3
(1) Realiza eventualmente	21,8	26,7	9,2	14,2	28,1	37,9
(0) Não realiza	3,5	13,3	1,3	1,2	3,3	13,8
Valor escalar médio*	1,7(86)	1,5(73)	1,9(94)	1,8(92)	1,7(83)	1,5(67)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

A fim de facilitar a verificação da existência de relação entre as variáveis da Tabela 80, agruparam-se as categorias extremas da auto-avaliação. Assim, a "auto-avaliação do preparo para orientar sobre problemas de saúde" passou a apresentar os seguintes VEMs:

- Considera-se preparado para orientar sobre todos os problemas + quase todos os problemas 1,8(92)
- Considera-se preparado para orientar sobre a média dos problemas 1,7(83)
- Considera-se mal preparado + não preparado para orientar 1,4(68)

Desse modo, evidencia-se ainda mais a existência de relação positiva entre as variáveis estudadas.

Apesar das duas variáveis ora consideradas resultarem de uma apreciação do professor, é possível admitir-se que haja uma razoável aproximação entre as medidas subjetiva e objetiva da realização da orientação. Esta equivalência teria provavelmente como suporte o fato de que o professor, ao responder às questões 29 e 42, não poderia supor que seriam estas submetidas a um cruzamento.

e) Auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos

TABELA 81

Realização de atividades da programação de educação em saúde, segundo a auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos. Valores em %. Professores da 1ª série do 1º grau de escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil - 1983

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.46 AUTO-AVALIAÇÃO (continua)		
	Contribuiu muito	Contribuiu regularmente	Contribuiu pouco ou nada
Observação de saúde	n=226	n=263	n=41
(2) Realiza sistematicamente	89,4	67,3	34,1
(1) Realiza eventualmente	9,3	32,3	61,0
(0) Não realiza	1,3	0,4	4,9
-----	-----	-----	-----
Valor escalar médio* T = 0,23 C = 0,39	1,9(94)	1,7(83)	1,3(65)
Levantamento de recursos previdenciários dos alunos	n=224	n=262	n=41
(2) Realiza sistematicamente	85,7	56,9	24,4
(1) Realiza eventualmente	11,2	38,5	58,5
(0) Não realiza	3,1	4,6	17,1
-----	-----	-----	-----
Valor escalar médio* T = 0,28 C = 0,38	1,8(91)	1,5(76)	1,1(54)

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.46 AUTO-AVALIAÇÃO (continua)		
	Contribuiu muito	Contribuiu regularmen te	Contribuiu pouco ou nada
Encaminhamento ao OAE**	n=225	n=263	n=41
(2) Realiza sistemati camente	89,3	66,6	34,1
(1) Realiza eventual mente	8,0	30,4	51,3
(0) Não realiza	2,7	40,0	14,6
Valor escalar médio* T = 0,24 C = 0,36	1,9(93)	1,6(82)	1,2(60)
Encaminhamento de alu no a serviço assisten cial	n=224	n=260	n=41
(2) Realiza sistemati camente	78,6	54,3	29,3
(1) Realiza eventual mente	15,6	34,2	48,8
(0) Não realiza	5,8	11,5	21,9
Valor escalar médio* T = 0,23 C = 0,30	1,7(86)	1,4(71)	1,1(54)
Orientação a aluno so bre seu problema de saúde	n=226	n=262	n=41
(2) Realiza sistemati camente	89,0	66,0	43,9
(1) Realiza eventual mente	9,7	30,2	39,0
(0) Não realiza	1,3	3,8	17,1
Valor escalar médio* T = 0,22 C = 0,34	1,9(94)	1,6(81)	1,3(63)

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.46 AUTO-AVALIAÇÃO (continua)		
	Contribuiu muito	Contribuiu regularmen te	Contribuiu pouco ou nada
Orientação à família do aluno	n=226	n=262	n=41
(2) Realiza sistemati camente	82,8	55,3	31,7
(1) Realiza eventual mente	15,9	40,5	39,0
(0) Não realiza	1,3	4,2	29,3
Valor escalar médio* T = 0,27 C = 0,45	1,8(91)	1,5(76)	1,0(51)
Registro de problema de saúde	n=225	n=259	n=40
(2) Realiza sistemati camente	82,2	56,4	22,5
(1) Realiza eventual mente	12,0	24,7	30,0
(0) Não realiza	5,8	18,9	47,5
Valor escalar médio* T = 0,28 C = 0,38	1,8(88)	1,4(69)	0,8(38)
Seguimento de caso	n=225	n=259	n=40
(2) Realiza sistemati camente	85,8	54,0	22,5
(1) Realiza eventual mente	10,2	29,0	45,0
(0) Não realiza	4,0	17,0	32,5
Valor escalar médio* T = 0,31 C = 0,39	1,8(91)	1,4(69)	0,9(45)

Q.25/33 ATIVIDADES	Q.46 AUTO-AVALIAÇÃO (conclusão)		
	Contribuiu muito	Contribuiu regularmen te	Contribuiu pouco ou nada
Solicitação de provi dências para afasta- mento de aluno com doença transmissível	n=222	n=256	n=38
(2) Realiza sistemati camente	84,2	62,9	55,3
(1) Realiza eventual mente	10,4	23,8	21,1
(0) Não realiza	5,4	13,3	23,6
-----	-----	-----	-----
Valor escalar médio* T = 0,18 C = 0,25	1,8(89)	1,7(83)	1,3(66)

* Calculado a partir dos números entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 2; 0 e 100.

** OAE = Orientador de Ações de Assistência ao Escolar. Valores originais de "T" e de "C" calculados a partir de tabela completa, onde as categorias "contribuiu pouco" e "nada contribuiu" eram distintas.

Os valores de "T" mostram que todas as variáveis constantes da Tabela 81 (Q.25/33) apresentam relação positiva, embora de fraca intensidade, com a variável "auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação e solução de problemas de saúde de alunos".

Este fato, na verdade, confirma as expectativas, considerando-se haver uma apreciável similitude entre os dois tipos de variáveis (dependente e independente). Fica evidenciada, assim, a ocorrência de um aspecto bastante salutar para esta pesquisa - que fala muito a favor da credibilidade dos seus resultados - caracterizado pela consistência das respostas dos professores.

VI. PRINCIPAIS RESULTADOS

Pesquisou-se conduta e opinião de 532 professores da primeira série do primeiro grau de escolas públicas do Estado de São Paulo, quanto à identificação e atendimento de problemas de saúde do escolar. Embora os resultados deste estudo se refiram a uma população que representa treze municípios, supõe-se que fatos semelhantes aos identificados talvez ocorram em outras unidades escolares que apresentem características similares.

Há predominância de mulheres na população (97,7%), a média das idades é 39,6 anos e 32,5% têm filhos cursando classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau. A maior parte dos professores, 63,2%, trabalha em jornada de vinte horas semanais, sendo 14,4 a média de anos de magistério nas quatro séries iniciais.

A. Quanto à preparação para as atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola"

1. A maioria dos professores, 81,3%, recebeu orientação sobre a utilização do manual "Observação de Saúde do Escolar", realizada pelo orientador de ações de assistência ao escolar (OAE).
2. Da população estudada, 74,3% receberam explicações do OAE a respeito da observação de saúde e de medidas para atendimento de problemas de saúde do escolar.

3. Observaram-se diferenças na cobertura de orientação dada aos professores, que variaram entre 70 e 100% nos municípios estudados.
4. Observou-se possível relação positiva, embora discreta, entre:
 - a) recebimento/leitura do manual "Observação de Saúde do Escolar" e realização das atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola";
 - b) auto-avaliação de conhecimentos sobre o manual "Observação de Saúde do Escolar" e realização das atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola";
 - c) auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde e realização dessa atividade;
 - d) auto-avaliação do preparo para orientar alunos sobre problemas de saúde e realização dessa atividade;
 - e) auto-avaliação quanto a ter contribuído para identificação/atendimento de problemas de saúde dos alunos e realização das atividades do projeto "Educação em Saúde na Escola".

5. Observou-se possível relação entre:

- a) o fato de o professor ter recebido explicações do OAE sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar" e a maior regularidade na observação e atendimento de problemas de saúde dos alunos;
- b) o fato de o professor ter recebido explicações do OAE sobre a aplicação do manual "Observação de Saúde do Escolar" e o melhor grau na auto-avaliação do preparo para realizar a observação de saúde.

B. Quanto à conduta

1. Embora a observação de saúde seja realizada sistematicamente por 74,3% dos professores, 24,6% o fazem em caráter eventual.
2. O teste de acuidade visual foi aplicado, em dois anos consecutivos, por 75,2% dos professores e, em apenas um ano, por 21,9%.
3. O levantamento de recursos previdenciários de alunos, com vistas a encaminhamento, deixa de ser executado, nos moldes recomendados, por 33,5% dos respondentes.

4. Nos encaminhamentos de alunos com problemas de saúde, predominam os enviados para o OAE (73,8%) sobre os dirigidos a serviço de saúde (62,6%).
5. Predominam os professores que orientam alunos sobre problemas de saúde (74,2%), em relação aos que ministram essa orientação à família (65,2%).
6. Enquanto 64,6% fazem o registro de dados, 65,0% realizam o seguimento de casos, na forma recomendada.
7. A solicitação de providências para afastamento de aluno com doença transmissível é executada por 89,2% dos professores, de forma sistematica ou eventual.
8. Atendem às recomendações da programação:
 - a) 56,2% dos professores observam as condições de saúde dos alunos, encaminhando-os para o OAE ou para serviço de saúde;
 - b) 51,2% dos professores observam as condições de saúde dos alunos, encaminhando-os a serviço de saúde e acompanhando a evolução dos casos;

- c) 51,0% dos professores encaminham alunos a serviço de saúde, registrando e acompanhando a evolução dos casos.
9. Entre os municípios, foram observadas diferenças na conduta dos professores quanto à identificação e atendimento de problemas de saúde do escolar.
10. Embora a variável "idade" não tenha cumprido a função discriminatória esperada, observou-se que o grupo dos professores mais idosos (51 a 60 anos) é o que mais realiza as atividades propostas.
11. Não se observaram diferenças entre os professores que têm filhos cursando classes de 1ª a 4ª séries do 1º grau e os demais professores, no que respeita à observação e atendimento de problemas de saúde dos alunos.
12. A jornada de trabalho docente não apresentou poder discriminatório em relação às atividades que exigem contato do professor com a família do aluno, contudo, observou-se que os docentes em jornada completa realizam menos essas ações.

13. Apesar de restrição à capacidade discriminatória da variável "tempo de magistério em classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau", observou-se que os professores com mais experiência (26 a 33 anos) constituem o grupo mais realizador.

C. Quanto à opinião

1. A maioria dos professores, 98,9%, declara-se favorável à observação diária das condições de saúde dos alunos.
2. Houve concordância de 88,0% da população quanto ao fato de o professor orientar a família sobre problema de saúde do aluno.
3. Conquanto 63,8% dos professores manifestem a opinião de que o encaminhamento do aluno deva ser compartilhado entre professor e OAE, 21,5% atribuem essa tarefa exclusivamente ao OAE e apenas 1,3% atribuem-na ao professor.
4. No que respeita à incumbência do registro de casos, 65,0% dos professores atribuem-na ao OAE. Quando a finalidade desse procedimento passa a ser a de seguimento de casos, 80,8% dos professores atribuem o registro exclusivamente ao OAE.

5. Observaram-se diferenças entre os municípios quanto às opiniões dos professores sobre a incumbência das atividades da programação. A discordância em relação às diretrizes técnicas é mais acentuada em algumas localidades do que em outras, variando também conforme a atividade focalizada:

	<u>VEM</u>
a) encaminhamento	100 a 13
b) registro de casos	+45 a -27
c) registro de dados para <u>seguimento</u> de casos	+27 a -25

6. O grupo mais discordante em relação ao encaminhamento e registro de dados para seguimento de casos foi constituído pelos professores em jornada completa de trabalho (VEM = 60 e VEM = -15, respectivamente).
7. Os professores com mais anos de magistério (26 a 33 anos) constituem o grupo que manifesta opiniões mais favoráveis a respeito da participação do professor nas ações do projeto "Educação em Saúde na Escola".

VII. CONCLUSÕES

1. A maioria dos professores recebeu preparação para desempenho das atividades propostas no projeto "Educação em Saúde na Escola".
2. O fato de o professor ter sido preparado pelo Orientador de Ações de Assistência ao Escolar (OAE) está relacionado à maior regularidade na observação e atendimento de problemas de saúde de alunos.
3. A variação inter-municipal referente à cobertura na orientação dada pelos OAEs ocorreu dentro de limites aceitáveis.
4. A proporção de docentes que atenderam às recomendações técnicas de forma regular é insatisfatória.
5. A observação de saúde foi a atividade mais frequentemente executada pelos docentes.
6. A observação de saúde foi a atividade mais considerada pelos professores como sua atribuição.
7. A maioria dos professores discordou das atribuições a eles conferidas pela programação, quanto a encaminhar alunos e registrar os respectivos dados.
8. A proporção de professores que concordaram em realizar as atividades de levantamento de recursos previdenciários de alunos, orientação à família e seguimento de casos, é maior do que a proporção de professores que as executaram. Essa inconsistência ocorreu

de forma inversa em relação ao encaminhamento de alunos e registro de dados, atribuídos predominantemente ao OAE pelos professores.

9. Ocorreu ampla variação inter-municipal na conduta dos professores quanto à identificação e atendimento de problemas de saúde dos alunos.
10. Na quase totalidade dos municípios, os professores não concordaram com o proposto pela programação, referente à incumbência de encaminhar alunos e registrar os respectivos dados. Em certos municípios, a proporção de professores discordantes atingiu magnitude elevada.
11. O fato de o professor ter filhos cursando classes de 1a. a 4a. séries do 1º grau não está relacionado à sua conduta referente à observação e atendimento de distúrbios de saúde dos escolares.
12. Os professores mais idosos e com mais tempo de magistério apresentaram maior grau de realização das atividades propostas.
13. Os docentes em jornada completa de trabalho foram os que menos concordaram com as solicitações da programação.

VIII. SUGESTÕES

Tendo em vista os resultados e as conclusões do presente estudo e considerando a importância do papel do professor na identificação e atendimento de problemas de saúde do escolar, apresentam-se algumas sugestões.

1. Manutenção das ações do projeto "Educação em Saúde na Escola", nas unidades de primeiro grau da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, com vistas à detecção e atendimento de problemas de saúde do escolar.
2. Incremento da orientação em serviço a professores, visando a ampliar seus conhecimentos e conseqüente compreensão a respeito do papel que desempenham em ações de saúde na escola.
3. Estudo da operacionalização de atividades do referido projeto, em relação às quais se verificou conduta inadequada e opinião divergente ao proposto.
4. Reformulação de dispositivos legais atinentes à função de OAE, ampliando o número de horas-atividade destinadas às ações de saúde na escola.
5. Apoio das autoridades de ensino dos diversos níveis de atuação às ações de detecção e atendimento de problemas de saúde do escolar, provendo as necessárias condições para a participação efetiva do professor nesse processo.

6. Realização de estudos avaliativos a fim de obter in formações sobre fatores limitantes dessa programação nas escolas da rede estadual de ensino.
7. Realização de estudos longitudinais com vistas a me dir o benefício para o aluno das ações de saúde execu^u tadas na escola.
8. Reformulação do currículo do curso de formação do ma gistério, melhor preparando o futuro professor para agir face a necessidades, interesses e problemas de saúde do escolar.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, N.P. Cuidados primários de saúde no controle das doenças transmissíveis. Rev. Esc. Enferm. USP, 17 (1): 21-6, 1983.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on School Health. Health education. Pediatrics, 62 (1): 117, 1978.
3. ANDERSON, C.L. & CRESWELL, W.H. School health practice. 6th ed. St. Louis, C.V. Mosby, 1976.
4. AZANHA, J.M.P. Situação atual do ensino de 1º grau: pe-
queno exemplário de desacertos. Cad. Pesq., S. Paulo,
(52): 109-11, 1985.
5. BERTHET, E. La Unión Internacional para la Educación Sa-
nitária. Foro Mund. Salud, 5: 89-91, 1984.
6. BRINK, S.G. & NADER, P.R. Utilization of school and pri-
mary health care resources for common health problems
of schoolchildren. Pediatrics, 68 (5): 700-4, 1981.
7. BRINK, S.G. & NADER, P.R. Comprehensive health screening
in elementary schools: an outcome evaluation. J. Sch.
Hlth, 54 (2): 75-8, 1984.
8. BRITO BASTOS, N.C. de Educação para a saúde na escola.
Rev. Fund. SESP, 24 (2): 35-49, 1979.
9. CADMAN, D. et al. Assessing the effectiveness of communi-
ty screening programs. J. Amer. med. Ass., 251 (12):
1580-5, 1984.
10. CANDEIAS, N.M.F. Ensino da saúde: interesses na área de
saúde de escolares adolescentes. Cad. Pesq., S. Paulo,
(50): 40-52, 1984.
11. CANDEIAS, N.M.F. & MARCONDES, R.S. Diagnóstico em educa-
ção em saúde: um modelo para analisar as relações entre
atitudes e práticas na área da saúde pública. Rev. Saú-
de públ., S. Paulo, 13: 63-8, 1979.

12. CENTRO INTERNACIONAL DA INFÂNCIA (Paris) Detecção precoce e integração social das pessoas deficientes; documento destinado ao pessoal de enfermagem, parteiras, assistentes sociais, professores e pais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1981. (Informação para a Saúde. Série Textos de Atualização, 4).
13. CERQUEIRA, E.C. et al. Oftalmologia sanitária escolar: aspectos educativos. 2a. ed. São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1981.
14. CHAGAS, V. Educação brasileira: o ensino de 1º e 2º graus - antes; agora; e depois? São Paulo, Saraiva, 1978.
15. CHANG, A. et al. The early periodic screening, diagnosis and treatment program (EPSDT): status of progress and implementation in 51 states and territories. J. Sch. Hlth, 49 (8): 454-8, 1979.
16. CHARLTON, A. Health education and the teacher's role. Int. J. Hlth Educ., 24 (2): 102-12, 1981.
17. COCHRANE, A.L. & HOLLAND, W.W. Validation of screening procedures. Brit. med. Bull., 27: 3-8, 1971.
18. COLLI, A.S. Adolescentes: aspectos globais de saúde. São Paulo, 1972. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]
19. COMPREHENSIVE school health education. J. Sch. Hlth, 54 (8): 312-5, 1984.
20. CONCEIÇÃO, J.A.N. Exame médico do escolar. In: I Curso de Saúde Escolar. São Paulo, Secretaria Municipal de Educação. Departamento de Assistência Escolar, 1978. p. 27-39.

21. CONCEIÇÃO, J.A.N. Aspectos médico-sociais do rendimento escolar. São Paulo, 1979. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]
22. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 1978. Relatório. Brasília, OMS/UNICEF, 1979.
23. COSTA, J. Assistência de enfermagem ao escolar. Rev. paul. Enferm., 3 (5): 159-60, 1983.
24. DANDARE, M.P. & SHAH, U. Agentes de salud de la comunidad: qué utilidad tienen realmente? Foro Mund. Salud, 4 (3): 231-3, 1983.
25. DAVIS, C. et al. Health concerns and teacher training of selected elementary teachers in Michigan. J. Sch. Hlth, 55 (4): 151-3, 1985.
26. DECRETO nº 7510, de 29 de janeiro de 1976: reorganiza a Secretaria de Estado da Educação. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 30 jan. 1976.
27. DECRETO nº 15.023, de 6 de maio de 1980: dispõe sobre a designação de docentes para atuar na assistência ao escolar. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 7 mai. 1980. p. 3
28. DON'T keep school health a secret. J. Sch. Hlth, 48 (8): 459-62, 1978.
29. DOSTER, M.E. Vision screening in schools-why, what, how and when? Clin. Pediatr., 10: 662-5, 1971.
30. DUSHAW, M.L. & HANSEN, S. Current status of statewide school health education programs in Michigan. J. Sch. Hlth, 53 (8): 472-5, 1983.

31. EISNER, V. & OGLESBY, A. Health assessment of school children II - screening tests. J. Sch. Hlth, 41 (9): 344-6, 1971.
32. FELDMANN, M.G. Estrutura do ensino de 1º grau - a proposta e a realidade. Petrópolis, Vozes, 1983.
33. FLAHAULT, D. Un equipo integrado y funcional para la asistencia primaria de salud. Cron. OMS, 30 (11): 481-5, 1976.
34. FODOR, J.T. & DALIS, G.T. Health instruction: theory and application. Philadelphia, Lea & Febiger, 1968.
35. FRICKE, I. Inadequate teacher preparation for health education. J. Sch. Hlth, 41 (2): 74, 1971.
36. FUNDAÇÃO IBGE. Normas de apresentação tabular. Rio de Janeiro, 1979. 21p.
37. GATTI, B.A. et al. Um estudo sobre os cursos de formação de professores a nível de 2º grau (antigos cursos normais). Cad. Pesq., S. Paulo, (20): 15-37, 1977.
38. GATTI, B.A. et al. A reprovação na 1ª série do 1º grau: um estudo de caso. Cad. Pesq., S. Paulo, (38): 3-13, 1981.
39. GEPHART, J. et al. Perspectives on health of school-age children: expectations for the future. J. Sch. Hlth, 54 (1): 11-7, 1984.
40. GOULD, J. & KOLB, W.L. (editors) A dictionary of the social sciences. Great Britain, Tavistock Publ., 1964.
41. GREEN, L.W. Some challenges to health services research on children and the elderly. Hlth Serv. Res., 19 (6): 793-815, 1985.
42. GREEN, L.W. et al. Health education planning: a diagnostic approach. Palo Alto, Cal., Mayfield Publ., 1980.

43. GRIFFITH, B.B. & WHICKER, P.H. Teacher-observer of student health problems. J. Sch. Hlth, 51 (6): 428-32, 1981.
44. GUERRA, R.A. & SALAZAR, C.A. Investigación de alteraciones de la agudeza visual en escolares. Bol. med. Hosp. infant., 33: 1453-8, 1976.
45. HAAG, J.H. Observable signs of children's health problems by teacher - how important? J. Sch. Hlth, 44 (7): 371-3, 1974.
46. HOMEM D'EL REY, D.C. Ensino da saúde através de conceitos. São Paulo, 1980. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
47. HUBLEY, J. Principles of health education. Brit. Med. J., 289 (20): 1054-6, 1984.
48. IVERSON, D.C. & KOLBE, L.J. Evolution of the national disease prevention and health promotion strategy: establishing a role for the schools. J. Sch. Hlth, 53 (5): 294-302, 1983.
49. JOINT WHO/UNESCO EXPERT COMMITTEE ON TEACHER PREPARATION FOR HEALTH EDUCATION, Geneva, 1959. Report. Geneva, 1960. (WHO - Techn. Rep. Ser., 193)
50. KARA-JOSÉ, N. & TEMPORINI, E.R. Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de 1ª série do 1º grau. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 14: 205-14, 1980.
51. KÖHLER, L. Physical health of 7-year-old children. Acta paediat. scand., 66: 297-305, 1977.
52. KÖHLER, L. Physical mass examinations in the school health service. Acta paediat. scand., 66: 307-10, 1977.

53. KOLACKI, E.C. How to plan inservice health education for elementary classroom teachers. Hlth Educ., 12 (2):32-4, 1981.
54. KOLBE, L.J. What can we expect from school health education? J. Sch. Hlth, 52 (3): 145-50, 1982.
55. KOLBE, L.J. & IVERSON, D.C. Comprehensive school health education programs. In: MATARAZZO, J.D. et al. Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention. New York, John Wiley & Sons, 1984.
56. KOLBE, L.J. & IVERSON, D.C. Integrating school and community efforts to promote health: strategies, policies, and methods. Hygie Int. J. Hlth Educ., 2 (3): 40 - 7, 1983.
57. KORNFALT, R. & KÖHLER, L. Physical health of ten-year-old children. Acta paediat. Scand., 67: 481-9, 1978.
58. KORT, M. The delivery of primary health care in American public schools, 1890-1980. J. Sch. Hlth, 54 (11): 453-7, 1984.
59. KREUTER, M.W. & GREEN, L.W. Evaluation of school health education: identifying purpose, keeping perspective. J. Sch. Hlth, 48 (4): 228-35, 1978.
60. LAMPE, J.M. A new approach to the delivery of health care to school children as instituted by the Denver, Colorado Public Schools. J. Sch. Hlth, 42 (5): 272-5, 1972.
61. LAMPE, J.M. Preparing school health personnel. J. Sch. Hlth, 41 (2): 109-11, 1971.
62. LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. Medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

63. LEI nº 5692, de 11 de agosto de 1971: fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Documenta (129): 400-16, 1971.
64. LEI COMPLEMENTAR nº 201, de 09 de novembro de 1978: dispõe sobre o estatuto do magistério e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 10 nov. 1978.
65. LIMA, G.Z. de Emergência das propostas de saúde escolar no Estado de São Paulo. São Paulo, 1983. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da USP]
66. LOHSOONTHORN, P. et al. The effect of health surveillance and health education on primary school children. Publ. Hlth, 96 (3): 171-5, 1983.
67. MACHADO, P. de A. Apresentação. In: SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Curso de saúde escolar, 1. São Paulo, 1978.
68. MAHLER, H. Self-care, not "laissez-faire". Educ. for Hlth, 1 (2): 4, 1984.
69. MARCONDES, E. et al. O professor de primeiro grau e a saúde do escolar. In: SEMINÁRIO ALTERNATIVAS DE DESENVOLVIMENTO: INFRA-ESTRUTURA E SERVIÇOS URBANOS, São Paulo, 1977. São Paulo, Secretaria de Economia e Planejamento, 1978. p.233-5. (Série Documentos, 13).
70. MARCONDES, R.S. Educação em saúde na escola. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6: 89-96, 1972.
71. MARCONDES, R.S. Educação sanitária em nível nacional. São Paulo, 1971. [Mimeografado]
72. MARCONDES, R.S. O preparo da professora primária em educação sanitária. São Paulo, 1968. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública, USP]

73. MARCONDES, R.S. (coord); CAVALCANTI, M.L.F.; HOMEM D'EL REY, D.C.; LENCASTRE, E.F.; PILON, A.F.; SANTOS, S. de O. & SOSSAI, J.A. Saúde na escola: 1º grau; livro do professor. São Paulo, IBRASA, 1979.
74. MASCARETTI, L.A.S. et al. Dificuldade no aprendizado escolar: alguns aspectos biopsicossociais. Pediatria, São Paulo, 1: 343-7, 1979.
75. MCGINNIS, J.M. Health problems of children and youth: a challenge for schools. Hlth Educ. Quart., 8 (1): 11-4, 1981.
76. MENDES, D. & TEMPORINI, E.R. Introdução do orientador de ações de assistência ao escolar no campo da educação em saúde na escola. [Apresentado ao II Congresso Paulista de Saúde Pública/ I Congresso Nacional da ABRASCO, São Paulo, 1983]
77. MENDES, D. et al. Observação de saúde do escolar: manual para o professor. São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1978.
78. MILLER, D.F. & SHUNK, S. A survey of elementary school health services with emphasis on preparation for emergency care procedures of sick and injured students. J. Sch. Hlth, 42 (2): 114-7, 1972.
79. MONFRÉ, B.M.M. Aspectos administrativos no campo da saúde de escolar. São Paulo, 1971. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
80. MOWAT, D.L. & WHITE, C. Medical examination of school entrants: later school problems and absenteeism of attenders and no-attenders. Amer. J. publ. Hlth, 75 (4): 395-6, 1985.
81. NAVARRO, M.F. Saúde escolar-evolução e princípios orientadores de actividades. Rev. port. Saúde públ., 2 (2): 10-4, 1984.

82. NECESIDADES sanitárias básicas de los países en desarrollo: posibles soluciones. Cron. OMS, 29 (5): 179-200, 1975.
83. NEMIR, A. The school health program - a textbook for teachers. 3rd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1970.
84. NEWELL, K.W. (ed.) La salud por el pueblo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
85. NEWMAN, I.M. Integrating health services and health education: seeking a balance. J. Sch. Hlth, 52 (8): 498-501, 1982.
86. NOZAWA, M.R. et al. Assistência primária à saúde e a prevenção da doença na comunidade. Rev. Fund. SESP, 25 (2): 100-8, 1980.
87. OBERTEUFFER, D. et al. School health education. 5th ed. New York, Harper & Row Publishers, 1972.
88. ODA, D.S. et al. The resolution of health problems in school children. J. Sch. Hlth, 55 (3): 96-8, 1985.
89. OFOSU-AMAAH, V. Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad - examen de algunas cuestiones y problemas actuales. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1984 (OPAS-Publ. cient., 459).
90. OSMO, A.A. et al. Algumas considerações sobre o aproveitamento escolar. Pediatria, S. Paulo, 2: 251-5, 1980.
91. PARECER nº 2264/74: ensino da saúde (1º e 2º graus); aprovado em 06/08/1974. Documenta (165): 63-83, 1974.
92. PARESCHI, R.C. Reformulação da Lei nº 5692/71 e sua relação com a política de recursos humanos. Cad. FUNDAP, 2 (5): 23-30, 1982.

93. PEREIRA, I.M.T.B. O educador de saúde pública em um sistema de educação. Rev. paul. Hosp., 29 (6): 170-4, 1981.
94. PINTO, V.G. Saúde escolar: a perenização de um programa. [Apresentado ao V Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, Rio de Janeiro, 1984 - mimeografado]
95. PINTO, F.C.F. & GRINSPUN, M.P.S.Z. Os especialistas em educação: subsídios para uma análise do fracasso escolar. Forum educ., 9 (3): 71-81, 1985.
96. PIOVESAN, A. Da necessidade das escolas de saúde pública elaborarem métodos simplificados de investigação social. São Paulo, 1968. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
97. RAHNEMA, H.E. Función del personal sanitario de asistencia primaria. Cron. OMS, 29 (1): 6-10, 1975.
98. RATCLIFF, R.E. Follow-up after physical examinations of the school age child. J. Sch. Hlth, 41 (10): 430-2, 1971.
99. REGIMENTO Comum das Escolas Estaduais de 1º Grau do Estado de São Paulo; decreto nº 10.623. São Paulo, Ed.Nacional, 1978.
100. RITTER, A.M. Using a teacher's health observation form to evaluate school child health. J. Sch. Hlth, 46 (4): 235-7, 1976.
101. RODRIGUES, E.C. et al. Levantamento de condições de saúde de alunos dos estabelecimentos de ensino primário da Secretaria dos Negócios da Educação do Governo do Estado, no Município de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6: 343-59, 1972.
102. ROMEO, S.G. Você e os problemas de linguagem. São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1979.

103. ROMEO, S.G. Você e os problemas de audição. São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1981.
104. RUTTER, M. The role of schools. Wld Hlth, p. 28-9, Aug./Sept., 1985.
105. SALAS, M.E. et al. Estudios de educación para la salud en el ámbito escolar. Salud públ. México, 26 (5): 426-37, 1984.
106. SALISBURY, Z.T. et al. A public health effort to improve school health education. Hygie Int. J. Hlth Educ., 4 (2): 7-12, 1985.
107. SAVASTANO, H. et al. Seu filho de 0 a 12 anos: guia para observar o desenvolvimento e crescimento das crianças até 12 anos. 3a. ed. São Paulo, IBRASA, 1982.
108. SCHAEFER, M. & PIZURKI, H. Human resources for health for all. Wld Hlth statist. Quart., 37 (1): 52-83, 1984.
109. SCHIEFELBEIN, E. & SIMMONS, J. Os determinantes do desempenho escolar: uma revisão de pesquisas nos países em desenvolvimento. Cad. Pesq., S. Paulo, (35): 53 - 71, 1980.
110. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Assessoria Técnica de Planejamento e Controle Educacional. Características e condições do mercado de trabalho na área do ensino de 1º grau. São Paulo, 1979.
111. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Assessoria Técnica de Planejamento e Controle Educacional. Caracterização dos candidatos ao concurso de ingresso de professor I, da rede estadual de ensino, em 1978. São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, s.d.

112. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Assessoria Técnica de Planejamento e Controle Educacional. Educação e desenvolvimento social. Subprojeto 3: representações e expectativas de professores de 1º grau sobre o aluno pobre, a escola e sua prática docente. São Paulo, 1983.
113. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Comunicado conjunto COGSP-CEI-DAE. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 5 jun. 1976.
114. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Comunicado conjunto COGSP-CEI-DAE. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 5 mar. 1977.
115. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Comunicado conjunto nº 105 DAE-COGSP-CEI-DRHU. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 6 ago. 1980.
116. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Comunicado conjunto DAE-COGSP-CEI. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 4 abr. 1981.
117. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Resolução S.E. nº 96: regulamenta a designação de docentes para atuar na área de assistência ao escolar. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 24 jun. 1980. p. 13
118. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Resolução S.E.: cronograma de atividades. Diário Oficial do Estado, S. Paulo, 20 jan. 1982.
119. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Coordenadoria do Ensino Básico e Normal. Serviço de Saúde Escolar. Plano de trabalho. São Paulo, 196?
120. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Projeto: Diagnóstico de Saúde do escolar. São Paulo, 1980. [Mimeografado]

121. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Relatório: afecções diagnosticadas em escolares do Estado de São Paulo, examinados em 1984. São Paulo, 1985.
122. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Assistência Médica. Projeto: atenção médica ao escolar. São Paulo, 1978.
123. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Projeto: orientação sobre necessidades e problemas de saúde do escolar. São Paulo, 1978. [Mimeografado]
124. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Projeto: orientação sobre necessidades e problemas de saúde do escolar. São Paulo, 1979. [Mimeografado]
125. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Projeto: orientação sobre necessidades e problemas de saúde do escolar e ações de saúde na escola. São Paulo, 1980. [Mimeografado]
126. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Projeto: educação em saúde na escola. São Paulo, 1981. [Mimeografado]

127. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Projeto: educação em saúde na escola. São Paulo, 1983. [Mimeografado]
128. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Projeto: treinamento de coordenadores de saúde. São Paulo, 1978. [Mimeografado]
129. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Relatório anual - 1978. São Paulo, 1979. [Mimeografado]
130. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Relatório anual - 1979. São Paulo, 1980. [Datilografado]
131. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Relatório anual - 1980. São Paulo, 1981. [Mimeografado]
132. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Relatório anual - 1981. São Paulo, 1982. [Mimeografado]

133. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Relatório anual - 1982. São Paulo, 1982. [Datilografado]
134. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Treinamento de coordenadores de saúde - 1978; relatório. São Paulo, 1979 [Mimeografado]
135. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Treinamento de orientadores de assistência ao escolar: diretrizes para atuação e atribuições. São Paulo, s.d. [Mimeografado]
136. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Educação em Saúde. Projeto: treinamento de orientadores de assistência ao escolar. São Paulo, 1980. [Mimeografado]
137. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. Equipe Técnica - Higiene Mental. Subsídios para a observação de saúde do escolar nos aspectos de desenvolvimento e saúde mental. São Paulo, 1978. [Mimeografado]
138. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Equipe Técnica de Planejamento e Controle. Programa DAE/1982: assistência ao educando. São Paulo, 1982.

139. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Grupo de Assessoria e Participação. Evasão e repetência escolar no ensino de 1º e 2º graus; relatório. São Paulo, 1981. [Mimeografado]
140. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Serviço de Saúde Escolar. Seção de Educação em Saúde. Aspectos do ensino de biologia aplicada à educação e saúde pública nos cursos colegial normal das escolas oficiais da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. São Paulo, 1975 [Mimeografado]
141. SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. Departamento de Assistência ao Escolar. Manual de saúde escolar. São Paulo, 1976.
142. SIEGEL, S. Estatística não-paramétrica. S. Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975.
143. SILVER, G.A. Redefining school health services: comprehensive child health care as the framework. J. Sch. Hlth, 51 (3): 157-62, 1981.
144. SISTEMA Integrado de Atendimento Médico ao Escolar(SIAME). São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1977? [Mimeografado]
145. SISTEMA Integrado de Atendimento Médico ao Escolar(SIAME): instruções para implantação e execução. São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1982. [Mimeografado]
146. SKEET, M. Community health workers: promoters or inhibitors of primary health care? Wld Hlth Forum, 5 (4):291-5, 1984.

147. SOUZA, C.F.M. de et al. Avaliação das condições de saúde de da população estudantil. In: Encontro de Secretários de Educação e Presidentes de Conselhos de Educação, com a participação dos Secretários de Saúde, 10º, Brasília, 1976. Anais. Brasília, Departamento de Documentação e Divulgação. MEC, 1977. p. 25-52.
148. TEIXEIRA, M.C.S. Aplicação de recursos no desenvolvimento de pessoal da Secretaria de Estado da Educação do Estado de São Paulo. Rev. Fac. Educ., 9 (1/2): 93-106, 1983.
149. TEMPORINI, E.R. Ação preventiva em problemas visuais de escolares. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 18 (3): 259-62, 1984.
150. TEMPORINI, E.R. Educação em saúde na escola de primeiro grau: áreas de atuação. [Apresentado no V Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, Rio de Janeiro, 1984 - mimeografado]
151. TEMPORINI, E.R. O plano de oftalmologia sanitária escolar do Estado de São Paulo: aspectos técnico-administrativos. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
152. TEMPORINI, E.R. et al. Supervisão em oftalmologia sanitária escolar na região da Grande São Paulo. [Apresentado ao 18º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, Fortaleza, 1975 - mimeografado]
153. TEMPORINI, E.R. et al. Validade da aferição da acuidade visual realizada pelo professor em escolares de 1ª a 4ª série do primeiro grau de uma escola pública do Município de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 11: 229-37, 1977.

154. TOLEDO, S. de A. & RODRIGUES, E.C. Morbidade do escolar. São Paulo, Secretaria de Estado da Educação. Coordenação do Ensino Básico e Normal. Serviço de Saúde Escolar. 1975. [Mimeografado]
155. TOWARDS the prevention of blindness. WHO Chron., 32: 299-302, 1978.
156. TRINDADE, J.C. da Testes de triagem para avaliação das acuidades visual e auditiva em escolares ingressantes. Pediat. mod., 20 (9): 478-82, 1985.
157. TURNER, C. et al. School health and health education. 6th ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1970.
158. UNICEF. Una estrategia para los servicios basicos. New York, s.d.
159. VON NOORDEN, G.K. Chronic vision problems of school-age children. J. Sch. Hlth, 46 (6): 334-7, 1976.
160. WARDE, M.J. & BOULOS, Y. A formação do professor das quatro primeiras séries do 1º grau: sua evolução histórica e articulações com as mudanças ocorridas na escola elementar. R. bras. Est. pedag., Brasília, 65(149): 191-2, 1984.
161. WELTON, J. Schools in the welfare network. Child, London, 8 (5): 271-82, 1982.
162. WEITZMAN, M. et al. School absence: a problem for the pediatrician. Pediatrics, 69 (6): 739-46, 1982.
163. WHEATLEY, G.M. & HALLOCK, G.T. Health observation of school children. New York, McGraw-Hill, 1951.
164. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on School Health Services, Geneva, 1951. Report. Geneva, 1951. (Techn.Rep. Ser., 30)

165. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on New Approaches to Health Education in Primary Health Care, Geneva, 1982. Report. Geneva, 1983. (Techn. Rep. Ser., 690)
166. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Relevance of educational planning to health problems; report on a Working Group, Kuopio, 1975. Copenhagen, 1975.
167. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Problems of children of school age (5-9 years); report on a Working Group, Copenhagen, 1975. Copenhagen, 1976.
168. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Evaluation of school health programmes; report on a Working Group, Bucharest, 1977. Copenhagen, 1977.
169. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Health education of children and young people; report on a Working Group, Dublin, 1978. Copenhagen, 1979.
170. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Early detection of handicap in children; report on a Working Group, Faro (Portugal), 1979. Copenhagen, 1980.
171. YANKAUER, A. & LAWRENCE, R.A. A study of periodic school medical examinations. Amer. J. publ. Hlth, 45: 71 - 8, 1955.
172. YANKAUER Jr., A. et al. A study of case-finding methods in elementary schools. Amer. J. publ. Hlth, 52 (4): 656-62, 1962.
173. YOU-LONG, G. & LI-MIN, C. The role of barefoot doctors. Amer. J. publ. Hlth, 72: 59-61, 1982.

174. YUNES, J. A saúde do escolar. São Paulo, Departamento de Assistência ao Escolar da Secretaria de Estado da Educação, 1978. [Mimeografado]

X. ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFESSORES

(Individual ou em grupo)

1. Já leu o Manual de Observação de Saúde do Escolar? Acha aplicável? Há problemas ou dificuldades na sua aplicação? Tem sido útil (tarefa docente, rendimento do aluno)?
2. Acha que a tarefa de observar o estado de saúde dos alunos pode ser atribuída ao professor, tendo em vista os encargos docentes? Você tem tempo para desempenhá-la? Gosta dessa atividade? Você se julga preparado para atuar nesse programa?
3. Já teve oportunidade de aplicar o seu conhecimento sobre observação de saúde? No que, por exemplo?
4. Você teria sugestões de como se deveria proceder para identificar e solucionar problemas de saúde do escolar?
5. Na sua opinião, o trabalho de observação de saúde pode contribuir para a melhoria do rendimento do escolar? Como?
6. Acha que compete ao professor realizar essa tarefa, ou seria preferível entregá-la a outra pessoa? Quem?
7. Quais os problemas de saúde mais frequentes que tem encontrado em seus alunos? Têm tido solução? O que fez? Como foram identificados?
8. De que maneira um programa de observação de saúde na escola pode contribuir para a melhoria do rendimento do escolar?
9. Sugestões sobre como o professor poderia ser preparado.
10. Sugestões sobre como o professor poderia realizar essas tarefas.

São Paulo, setembro de 1982.

ANEXO 2

CARTA INTRODUTÓRIA AO PRÉ-TESTE

São Paulo, 26 de abril de 1983.

Prezado Professor:

Vimos solicitar sua preciosa colaboração no teste prévio de questionário destinado a professores de 1ª série, sobre atividades relacionadas à observação de condições de saúde do escolar. Esse estudo tem por finalidade subsidiar programações de educação em saúde nas escolas da rede estadual de ensino.

Para tanto, pedimos que responda ao questionário anexo e, em folha à parte, anote qualquer falha observada, mencionando o respectivo número da questão. Assim:

- teça comentários, apresentando possíveis críticas e sugestões;
- destaque as questões mais importantes, a seu ver;
- aponte as questões julgadas supérfluas, que poderiam ser eliminadas;
- acrescente aspectos que, a seu ver, foram omitidos;
- evidencie as questões difíceis de serem entendidas.

A sua opinião é muito importante e, sem dúvida, se constituirá em valiosa contribuição para o aperfeiçoamento do questionário.

Agradecendo antecipadamente a sua colaboração, apresentamos nossos cordiais cumprimentos.

Edméa Rita Temporini
Equipe Técnica - Educação em Saúde
DENPAM - DAE

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO

PARTICIPAÇÃO DO PROFESSOR DE 1ª. SÉRIE DE ESCOLAS ESTADUAIS
EM AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO ESCOLAR. SÃO PAULO, 1983.

QUESTIONÁRIO Nº

1 2 3

1. Município _____	<u>4</u> <u>5</u>
2. Sexo: Masculino (1) Feminino (2)	<u>6</u>
3. Idade, em anos completos: _____ anos	<u>7</u>
4. Assinale a alternativa que corresponde ao seu caso: - Não tenho filhos (1) - Tenho filho(s), mas nenhum freqüentando o 1º grau (2) - Tenho filho(s) freqüentando apenas classes de 1ª. a 4ª. séries do 1º grau (3) - Tenho filho(s) freqüentando apenas classes de 5ª. a 8ª. séries (4) - Tenho filho(s) freqüentando classes de 1ª. a 4ª. séries e filho(s) freqüentando classes de 5ª. a 8ª. séries, do 1º grau (5)	<u>8</u>

5. Qual é o tipo de jornada de trabalho docente que você tem?

- Jornada parcial ___ (1)
- Jornada completa ___ (2)
- Jornada integral ___ (3)

9

6. Em 1982, quantos anos você completou de magistério?

_____ anos

10

7. Até 1982, quantos anos você lecionou a classes de la. a 4a. séries?

_____ anos

11

8. Qual o grau de satisfação que você tem em relação à sua carga atual de atividades docentes?

- Muito satisfeito(a) ___ (1)
- Medianamente satisfeito(a) ___ (2)
- Pouco satisfeito(a) ___ (3)
- Nada satisfeito(a) ___ (4)

12

9. Você recebeu e/ou leu o manual "Observação de Saúde do Escolar", sim ou não? Responda abaixo:

- Não recebi e não li o manual "Observação de Saúde do Escolar" ... (PASSE P/ QUESTÃO 11)... ___ (1)
- Não recebi o manual "Observação de Saúde do Escolar", mas li-o, embora não totalmente ... ___ (2)
- Não recebi o manual "Observação de Saúde do Escolar", mas li-o totalmente ___ (3)
- Recebi o manual "Observação de Saúde do Escolar", mas não o li.. (PASSE P/ QUESTÃO 11).. ___ (4)
- Recebi o manual "Observação de Saúde do Escolar" e li-o, embora não totalmente ___ (5)
- Recebi o manual "Observação de Saúde do Escolar" e li-o totalmente ___ (6)

 13

10. Como você avalia os seus conhecimentos sobre o conteúdo do manual "Observação de Saúde do Escolar"?

- Acho que conheço muito bem o conteúdo do manual ___ (1)
- Acho que conheço bem o conteúdo do manual ... ___ (2)
- Acho que conheço mais ou menos o conteúdo do manual ___ (3)
- Acho que conheço mal o conteúdo do manual ... ___ (4)
- Acho que conheço muito mal o conteúdo do manual, praticamente desconheço-o ___ (5)

 14

11. Você recebeu explicações do orientador de ações de assistência ao escolar (OAE) sobre a aplicação, no seu trabalho de classe, do manual "Observação de Saúde do Escolar", sim ou não?

- Sim ___ (1)
- Não (PASSE P/ QUESTÃO 21/23) ___ (2)

 15

12/19. Desde o início do período letivo de 1982 até a presente data, você recebeu explicações do orientador de ações de assistência ao escolar (OAE) sobre:

SIM NÃO

12. como fazer a observação de saúde?	___ (2)	___ (1)		
			<u>16</u>	
13. que problemas de saúde devem ser observados?	___ (4)	___ (1)		
			<u>17</u>	
14. como fazer o levantamento de recursos assistenciais a que tem direito o aluno com problema de saúde?	___ (8)	___ (1)		
			<u>18</u>	
15. como orientar aluno com problema de saúde?	___ (16)	___ (1)		
			<u>19</u>	<u>20</u>
16. como orientar a família de aluno com problema de saúde?	___ (32)	___ (1)		
			<u>21</u>	<u>22</u>
17. como encaminhar o aluno com problema de saúde?	___ (64)	___ (1)		
			<u>23</u>	<u>24</u>
18. como fazer o seguimento do caso encaminhado?	___ (128)	___ (1)		
			<u>25</u>	<u>26</u>
19. como registrar dados relativos ao caso encaminhado?	___ (256)	___ (1)		
			<u>28</u>	<u>29</u>

20. Associação das respostas Q12/19
(Para uso do pesquisador)

31 32 3

21/23. Abaixo você encontra três formas de identificar alunos com problemas de saúde. Ao assinalar sua resposta para cada uma das formas, tenha em vista o período compreendido entre o início de 1982 e a presente data.

21. Observação de sinais, sintomas e comportamentos do aluno

- Venho utilizando sistematicamente ___ (1)
- Venho utilizando eventualmente ___ (2)
- Não venho utilizando ___ (3)

34

22. Informação da família do aluno

- Venho utilizando sistematicamente ___ (1)
- Venho utilizando eventualmente ___ (2)
- Não venho utilizando ___ (3)

35

23. Aplicação de teste de acuidade visual

- Apliquei apenas em 1982 ___ (1)
- Apliquei apenas em 1983 ___ (2)
- Apliquei em 1982 e em 1983 ___ (3)
- Não apliquei nem em 1982 nem em 1983 ___ (4)

36

24. Desde o início do período letivo de 1982 até a presente data, você teve oportunidade de identificar aluno(s) com problema(s) de saúde em sua classe, sim ou não?

- Sim ___ (1)
- Não ___ (2)

37

25/33. Abaixo você encontra um rol de atividades relativas a problemas de saúde do escolar. Ao assinalar sua resposta para cada uma das atividades, tenha em vista o período compreendido entre o início de 1982 e a presente data.

- 25. Observação de sinais, sintomas e comportamentos indicativos de problemas de saúde nos alunos
 - Venho realizando sistematicamente (1)
 - Venho realizando eventualmente (2)
 - Não venho realizando (3)

38

- 26. Levantamento dos recursos assistenciais a que têm direito os alunos com problemas de saúde
 - Venho realizando sistematicamente (1)
 - Venho realizando eventualmente (2)
 - Não venho realizando (3)

39

- 27. Encaminhamento do aluno com problema de saúde ao orientador de ações de assistência ao escolar
 - Venho realizando sistematicamente (1)
 - Venho realizando eventualmente (2)
 - Não venho realizando (3)

40

- 28. Encaminhamento do aluno com problema de saúde a serviço assistencial
 - Venho realizando sistematicamente (1)
 - Venho realizando eventualmente (2)
 - Não venho realizando (3)

41

- 29. Orientação a aluno sobre o seu problema de saúde
 - Venho realizando sistematicamente (1)
 - Venho realizando eventualmente (2)
 - Não venho realizando (3)

42

- 30. Orientação à família sobre o problema de saúde do aluno
 - Venho realizando sistematicamente (1)
 - Venho realizando eventualmente (2)
 - Não venho realizando (3)

43

Continua

31. Registro do problema de saúde do aluno

- Venho realizando sistematicamente (1)
- Venho realizando eventualmente (2)
- Não venho realizando (3)

44

32. Seguimento do caso encaminhado

- Venho realizando sistematicamente (1)
- Venho realizando eventualmente (2)
- Não venho realizando (3)

45

33. Solicitação à direção da escola de providências visando ao afastamento de aluno com doença transmissível

- Venho realizando sistematicamente (1)
- Venho realizando eventualmente (2)
- Não venho realizando (3)

46

34. Alguns professores consideram ser uma de suas atribuições a observação sistemática das condições de saúde de seus alunos. Outros consideram que essa não é uma atribuição do professor. Qual a sua opinião?

- Considero ser uma das atribuições do professor a observação sistemática das condições de saúde de seus alunos (1)
- Considero não ser atribuição do professor a observação sistemática das condições de saúde de seus alunos ... (PASSE P/ QUESTÃO 36)..... (2)
- Não tenho opinião ... (PASSE P/ QUESTÃO 36).... (3)

47

35. Na sua opinião, o professor deve observar as condições de saúde dos seus alunos diariamente, sim ou não?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não tenho opinião (3)

48

36. Tendo em vista as múltiplas atividades que o professor tem que desempenhar em classe, você acha que o acréscimo de mais uma, a da observação sistemática das condições de saúde dos alunos, seria compensada por uma possível melhoria de aprendizagem, sim ou não?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não tenho opinião (3)

49

37. Como você avalia o seu preparo para realizar a observação das condições de saúde dos seus alunos?

- Considero-me muito bem preparado(a) (1)
- Considero-me bem preparado(a) (2)
- Considero-me mais ou menos preparado(a) (3)
- Considero-me mal preparado(a) (4)
- Considero-me muito mal preparado (5)
- Considero-me sem nenhum preparo (6)

50

38. Se, realizada a observação de saúde, o professor descobrir alunos com problemas de saúde física ou de saúde mental, a quem, na sua opinião, caberia providenciar o encaminhamento do caso à devida assistência? Ao professor da classe, ao orientador de ações de assistência ao escolar(OAE), ou a outro funcionário da escola? Ou, você acha que o caso é de competência da família?

- Caberia exclusivamente ao OAE (1)
- Caberia exclusivamente ao professor da classe (2)
- Caberia tanto ao OAE como ao professor da classe (3)
- Caberia a outro funcionário da escola, que não o OAE ou o professor da classe (4)
- Caberia a alguém da escola, não importando quem (5)
- Não caberia a ninguém da escola, pois o caso é de competência da família (6)
- Não tenho opinião (7)

51

39. Na sua opinião, o professor da classe deve fazer o levantamento de recursos previdenciários dos alunos com problemas de saúde, com vistas ao seu encaminhamento, sim ou não?

- Sim (1)
- Não(PASSE P/ QUESTÃO 41)..... (2)
- Não tenho opinião (3)

52

40. Admitindo-se que o professor pretenda realizar o levantamento de recursos previdenciários dos seus alunos, qual seria, na sua opinião, a melhor forma de obter essa informação?

- Consulta ao prontuário do aluno (1)
- Entrevista com o aluno (2)
- Entrevista com a família do aluno (3)
- Solicitação por escrito à família do aluno ... (4)
- Não tenho opinião (5)

53

41. Na sua opinião, quando o professor tem aluno com problema de saúde, compete a ele orientar a família sobre esse problema, sim ou não?

- Compete ao professor orientar a família sobre o problema de saúde do aluno (1)
- Não compete ao professor orientar a família sobre o problema de saúde do aluno (2)
- Não tenho opinião (3)

54

42. Excluindo-se os problemas de saúde mais complexos e mais raros, considero-me preparado(a), em relação aos problemas de saúde mais comuns, para orientar meus alunos so bre:

- todos os problemas (1)
- quase todos os problemas (2)
- a média dos problemas (3)
- poucos problemas (4)
- Não me considero preparado(a) para orientar meus alunos sobre nenhum problema de saúde ... (5)

55

43. Admitindo-se que o professor tenha um aluno com problema de saúde, já encaminhado e com tratamento prescrito, você acha que o professor deve verificar o seguimento desse tratamento, sim ou não?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não tenho opinião (3)

56

44. Admitindo-se que o professor identifique aluno com problema de saúde, você acha que esse caso deve ser registrado, sim ou não? Caso sim, a quem caberia o registro, ao professor, ao orientador de ações de assistência ao escolar (OAE), ou a outro funcionário da escola?

- O caso não deve ser registrado (1)
-(PASSE P/ QUESTÃO 46)..... (1)
- O caso deve ser registrado pelo professor (2)
- O caso deve ser registrado pelo OAE (3)
- O caso deve ser registrado por outro funcionário da escola (4)
- Não tenho opinião sobre se o caso deve ser registrado ou não(PASSE P/ QUESTÃO 46)..... (5)
- Não tenho opinião sobre a quem cabe o registro(PASSE P/ QUESTÃO 46)..... (6)

57

45. E, o registro dos dados para seguimento dos casos, a quem caberia? Ao professor, ao orientador de ações de assistência ao escolar (OAE), ou a outra pessoa da escola? Ou, não há necessidade, além da providência mencionada na questão anterior, de fazer o registro dos dados para seguimento dos casos?

- Caberia ao professor o registro (1)
- Caberia ao OAE o registro (2)
- Caberia a outra pessoa da escola o registro .. (3)
- Não tenho opinião sobre a quem cabe o registro (4)
- Não há necessidade de registro (5)

58

46. Desde o início do período letivo de 1982 até a presente data, como você avalia sua contribuição na identificação e na solução dos problemas de saúde dos seus alunos?

- Contribuí muito (1)
- Contribuí regularmente (2)
- Contribuí pouco (3)
- Em nada contribuí (4)

59

ANEXO 4

INSTRUÇÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO

São Paulo, junho de 1983.

Prezado Orientador de Ações de Assistência ao Escolar:

Estamos realizando pesquisa sobre a participação do professor de la. série na avaliação da saúde do escolar, em escolas estaduais de 13 municípios do Estado de São Paulo, com a finalidade última de obter subsídios para programações de educação em saúde.

Para tanto, solicitamos sua colaboração na aplicação dos questionários, remetidos em anexo, aos professores da la. série do 1º grau da sua escola, observando as seguintes instruções:

1. A aplicação do questionário deverá ser feita no decorrer do mês de junho, em data a ser combinada com a Supervisora Regional de Educação em Saúde.

2. O questionário deverá ser respondido individualmente pelos professores de la. série e ao mesmo tempo. Para isso, os professores podem ser reunidos em um mesmo local, na mesma hora.

3. Cada questionário é acompanhado de instruções para o seu preenchimento, de forma a dispensar qualquer esclarecimento oral para respondê-lo. Desta forma, se surgir alguma dúvida, o professor deverá ler novamente as instruções preliminares. Evite interferir nas respostas.

4. Após responder ao questionário, cada professor deverá colocá-lo num envelope individual para isso destinado e fechá-lo de forma inviolável.

5. Os envelopes deverão ser recolhidos e imediatamente enviados à educadora de saúde pública da sua região.

6. Se algum professor de la. série faltar no dia da aplicação do questionário, este será devolvido em branco, não podendo ser respondido em outro dia.

Da atenção que você dispensar a estas instruções dependem a validade e a fidedignidade do estudo. Contando com a sua preciosa ajuda, agradecemos antecipadamente.

Cordiais cumprimentos,

ANEXO 5 - AGENDA DE REUNIÃO

Reunião com Supervisores Regionais de Educação em Saúde -DAE

Coordenação: Edméa Rita Temporini

Data: 8 de junho, às 8 h

Agenda

1. Apresentação da pesquisa: "Participação do Professor de la. série de Escolas Estaduais em Avaliação da Saúde do Escolar".
 - a) Finalidades
 - b) Instrumento: questionário
 - c) População: 13 municípios-SIAME
 - 149 escolas (com OAE desde 1980)
 - 570 professores da la. série do 1º grau
2. Levantamento de datas de reuniões com OAEs antigos, em junho.
3. Forma de aplicação do questionário
 - a) participação do OAE (carta)
 - b) participação do educador
 - distribuição de carta contendo instruções aos OAEs;
 - distribuição dos envelopes e questionários;
 - fixação de data para aplicação do questionário na reunião;
 - fixação de data para recebimento na DRE.
4. Forma de distribuição dos questionários às DREs, antes da reunião de junho com OAEs.

ANEXO 6

INSTRUÇÕES PARA O APLICADOR

São Paulo, junho de 1983.

Prezado Professor:

Com o presente, estamos lhe entregando um questionário sobre a pesquisa "Participação do Professor de 1ª. série de Escolas Estaduais em Avaliação da Saúde do Escolar".

Esse estudo, que tem por finalidade subsidiar programações de educação em saúde na escola, está sendo realizado com a participação de professores de 1ª. série de escolas estaduais de 13 Municípios do Estado de São Paulo.

Assim sendo, vimos solicitar sua preciosa colaboração no sentido de responder ao questionário anexo. Para tanto, solicitamos que observe as seguintes recomendações:

1. Leia com atenção, não só a pergunta, mas também todas as respostas.
2. Assinale com um X a resposta que você quiser indicar.
3. Use caneta esferográfica.
4. Todas as questões admitem apenas uma resposta. Nunca dê duas respostas numa mesma questão.
5. Cada questão apresenta todas as respostas possíveis. Portanto não deixe nenhuma questão sem resposta.
6. Os números colocados ao lado do lugar destinado às respostas, assim como os que se encontram na coluna à direita, serão utilizados na codificação das questões e computação de dados. Portanto, não os leve em consideração ao responder ao questionário.

Para que esta pesquisa alcance elevado grau de validade e de fidedignidade, é necessário que ela descreva realmente o que você faz e represente sua verdadeira opinião. E, para que você possa se expressar livremente, duas providências lhe são asseguradas:

1. O questionário não é assinado.
2. Respondido, o questionário deve ser colocado em envelope inviolável, conforme instruções nele afixadas.

Atenciosamente,

EDMÉA RITA TEMPORINI
Equipe Técnica - Educação em Saúde