

SHEILA MOTA CAVALCANTE

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

Campinas, 26 de março de 2003.

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

***CAMPANHA DE SAÚDE OCULAR “OLHO NO OLHO”:
PERCEPÇÕES DE PAIS E EDUCADORES,
MACEIÓ-BRASIL, 2000***

CAMPINAS

2003

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

SHEILA MOTA CAVALCANTE

**CAMPANHA DE SAÚDE OCULAR “OLHO NO OLHO”:
PERCEPÇÕES DE PAIS E EDUCADORES,
MACEIÓ-BRASIL, 2000**

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

Orientador: Prof. Dr. Newton Kara José.

Co-orientadora: Prof. Dra. Edméa Rita Temporini Nastari

CAMPINAS

2003

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

C314c Cavalcante, Sheila Mota
Campanha de saúde ocular "olho no olho": percepções de pais
educadores, Maceió-Brasil, 2000. / Sheila Mota Cavalcante.
Campinas, SP : [s.n.], 2003.

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

1. Oftalmologia pediátrica. 2. Saúde escolar. 3. Acuidade
visual. 4. Saúde pública. I. Newton Kara José. II. Edméa Rita
Temporini Nastari. III. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

UNIDADE	Be
Nº CHAMADA	UNICAMP
	C314c
V	EX
TOMBO BCI	55736
PROC.	16-724/03
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	17/09/03
Nº CPD	

CM00188132-7

BIBID. 300998

BANCA EXAMINADORA DE TESE DE MESTRADO

ORIENTADOR: Prof. Dr. Newton Kara José

CO-ORIENTADORA: Profª Dra. Edméa Rita Temporini Nastari

Membros:

1. Prof. Dr. Newton Kara José
2. Profª Dra. Rosane Silvestre de Castro
3. Prof. Dr. Marcos Wilson Sampaio

Curso de Pós Graduação em Ciências Médicas, área de Concentração em Oftalmologia, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/03/2003

200330142

DEDICATÓRIA

Aos meus pais

Pela vida

Pela luz

Pelos ensinamentos

Pelo amor

A Tácio

Luz da minha vida

A Cláudius

Amor da minha vida

Ao Prof. Dr. Newton Kara José, Professor Titular da UNICAMP e da USP, meu orientador, querido mestre, grande incentivador do meu trabalho, de quem recebi conhecimentos nos campos da Medicina, da Ética, do Comportamento. Um exemplo de abnegação, perseverança e lucidez na sua função de médico, educador e homem público.

À Prof. Dra. Edméa Rita Temporini Nastari, Professora Livre Docente – Metodologia de Pesquisa em Saúde da USP, pela co-orientação com suas sugestões, discussões e correções tão claras e tão úteis. Obrigada pelos estímulos para a conclusão deste estudo.

Ao Prof. Dr. Luis Cláudius Coradine (UFAL), querido companheiro, pelo empenho nas longas discussões e orientações sobre o trabalho estatístico, pelo carinho e presença constante em todos os momentos.

Ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), toda a diretoria e seus funcionários que não pouparam esforços no auxílio para a obtenção de dados e ao Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE), pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

À Prof. Dra. Rosane Silvestre de Castro (UNICAMP), querida amiga de tantos anos, que sempre me acolheu com carinho, pelos bons momentos discutindo e organizando este trabalho.

Ao Prof. Dr Antônio Carlos Silva Costa (UFAL), pelas sugestões e auxílio no início desta pesquisa, na elaboração dos Instrumentos.

Aos meus assistentes de pesquisa Michelle Ferreira da Silva, Josilene Araújo, Djalma Bezerra e Thiago Azevedo Peroba, pela dedicação e perseverança na realização das 466 entrevistas que constam nesta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Carlos Arieta, pelo incentivo e apoio.

Aos Profs. Drs. Nilo Holzchuh e José Paulo Vasconcelos pelas sugestões e atenção à qualificação deste trabalho.

Ao Patrick Henrique Silva Brito, pela ajuda na criação do banco de dados juntamente com alunos da graduação do curso de Informática da UFAL e pelo empenho e eficiência na elaboração dos gráficos e tabelas deste estudo.

Aos pais e familiares dos escolares, da 1ª série do ensino fundamental, envolvidos na pesquisa, que se dispuseram a abrir suas casas para conceder entrevistas aos assistentes de pesquisa.

Aos professores e diretores das 72 escolas estaduais da cidade de Maceió envolvidos nesta pesquisa, pela disponibilidade e participação.

A todos das Secretarias de Educação Estadual e Municipal de Maceió, que muito me auxiliaram em todas as Campanhas Olho no Olho.

Aos Colegas Oftalmologistas que participaram no atendimento às crianças durante as Campanhas Olho no Olho, em Alagoas.

Aos funcionários da secretaria do Depto. de Oftalmologia da UNICAMP, Ana Rita de Oliveira Gonçalves, Valtuir Nunes e Sueli Aparecida da Hora, pela dedicação e ajuda valiosas.

Às funcionárias do Núcleo de Prevenção à Cegueira, Antônia Cecília de Campos e Maria Aparecida Pantaleão, pela atenção sempre presente.

Ao amigo Ivan Valim Brisola, pelo carinho e competência na elaboração do *abstract*.

À Márcia Aguiar e Carmem dos Santos, funcionárias da Comissão de Pós-graduação da FCM-UNICAMP pela orientação e atenção nas providências para a conclusão deste estudo.

Às minhas queridas amigas Denise Fornazari de Oliveira e Cláudia Assis Lima, pelo apoio e conselhos em tantos momentos, pela disponibilidade em ajudar em tudo o que preciso fosse para a conclusão desta pesquisa.

À querida Olívia de Almeida, companheira em tantos momentos, em Campinas, pelos conselhos e pela amizade.

À Inbatel e à Pimentel Lopes, especialmente aos grandes amigos Wagner e Glória, Roberto e Leila, pelo suporte na finalização deste trabalho.

À minha colaboradora Cristina, pela presteza e gentileza cuidando da casa para que eu pudesse continuar.

Às grandes amigas, em Maceió, Leila, Luciana, Roberta, Ângela, Robertta e Rosana, por me ouvirem tanto, pelo apoio.

Ao meu querido irmão Rogério (*in memoriam*), que após tantos anos de cumplicidade, certamente estará feliz por mais esta conquista.

À minha mãe Enid, minha orientadora maior, pelas orações, pelos créditos, por não me deixar desistir. E ao meu pai José, pelo apoio e incentivo sempre presentes.

Ao meu filho amado, Tácio, pelos sorrisos, energia que me renova todos os dias. Minha esperança de um mundo melhor.

A Deus, minha maior força. Obrigada Senhor.

*Comece fazendo o necessário,
Depois o que é possível e de repente
você estará fazendo o impossível.*

São Francisco de Assis

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxxix</i>
ABSTRACT	<i>xliii</i>
1. INTRODUÇÃO	47
1.1. Campanha de Saúde Ocular.....	52
1.2. Correção Óptica.....	56
1.3. Participação do Professor.....	59
2. OBJETIVOS	63
3. METODOLOGIA	67
3.1. Tipo de estudo.....	69
3.2. População e amostra.....	69
3.3. Variáveis.....	73
3.4. Instrumentos.....	75
3.5. Coleta e Processamento de Dados.....	76
3.6. Análise estatística.....	77
4. RESULTADOS	79
4.1. Estudo descritivo.....	81
4.2. Estudo Analítico.....	112
5. DISCUSSÃO	147
5.1. Referente ao Instrumento I (pais).....	150
5.2. Referente ao Instrumento II (professores e diretores).....	167

6. CONCLUSÕES.....	177
7. SUGESTÕES.....	181
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	185
9. ANEXOS.....	199

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

<	Menor do que	≤	Menor ou igual
>	Maior do que	≥	Maior ou igual
%	Porcentagem		
AAPOS	American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus		
AL	Alagoas		
BR	Brasil		
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia		
CRE	Coordenadoria Regional de Ensino		
D	Dioptria	DC - Dioptria Cilíndrica	DE - Dioptria Esférica
DIP	Distância Interpupilar		
<i>f</i>	Frequência		
FCM	Faculdade de Ciências Médicas		
Fig.	Figura		
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação		
HC	Hospital das Clínicas		
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística		
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais		
MEC	Ministério da Educação e Cultura		

OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Teste Exato de Fisher
Pág.	Página
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
POSE	Plano de Oftalmologia Sanitária do Escolar
SIAME	Sistema Integrado de Atendimento Médico do Escolar
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabela
UFA	Universidade Federal de Alagoas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization

	<i>Pág.</i>
TABELA 1: Relação entre o motivo do encaminhamento à consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	113
TABELA 2: Relação entre o motivo do encaminhamento dos escolares à consulta e o motivo do absenteísmo à consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	115
TABELA 3: Relação entre a renda familiar e o motivo do absenteísmo à consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	116
TABELA 4: Relação entre o motivo do encaminhamento à consulta e a indicação do uso de óculos, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	117
TABELA 5: Relação entre o comparecimento do escolar à consulta e o grau de escolaridade do entrevistado, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	119
TABELA 6: Relação entre o comparecimento do escolar à consulta na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL), e as rendas familiares referidas pelos pais ou responsáveis.....	120
TABELA 7: Relação entre o comparecimento do escolar à consulta e o uso de óculos pelos pais ou responsáveis entrevistados, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	121
TABELA 8: Relação entre a frequência da presença do pai ou responsável entrevistado no dia da consulta e a sua opinião sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	122
TABELA 9: Relação entre a frequência da presença do pai ou responsável entrevistado no dia da consulta e a sua renda familiar, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	123

TABELA 10:	Relação entre o local onde foi realizada a consulta e a opinião dos pais ou responsáveis sobre a organização da recepção dos escolares no dia da consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	124
TABELA 11:	Relação entre o local onde a consulta foi realizada e a compreensão da informação se houve prescrição de óculos para a criança no dia da consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	125
TABELA 12:	Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis sobre ocorrência de demora na entrega dos óculos e o uso dos óculos pelas crianças, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	126
TABELA 13:	Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis sobre ocorrência de demora na entrega dos óculos e a opinião dos mesmos sobre ocorrência de melhora no rendimento escolar das crianças, após o uso dos óculos, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	127
TABELA 14:	Relação entre o uso dos óculos pelas crianças e o uso de óculos pelos pais ou responsáveis dos escolares da 1ª série do ensino fundamental das escolas públicas estaduais, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	128
TABELA 15:	Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis dos escolares sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 e se esses sabem ler e escrever.....	129
TABELA 16:	Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis dos escolares sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL) e o uso de óculos pelos pais.....	130
TABELA 17:	Relação entre a renda familiar referida pelos pais ou responsáveis dos escolares e o uso de óculos pelos entrevistados, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	131

TABELA 18:	Relação entre a opinião dos professores sobre o treinamento recebido e a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual em escolares da 1- série do ensino fundamental das escolas estaduais na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	132
TABELA 19:	Relação entre a opinião do professor sobre o treinamento recebido e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho 2000 – Maceió (AL).....	133
TABELA 20:	Relação entre o local do atendimento médico e a opinião do professor sobre o local, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	134
TABELA 21:	Relação entre a ocorrência de demora na entrega dos óculos e freqüência do uso dos óculos pelas crianças, segundo professores da 1- série do ensino fundamental, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	135
TABELA 22:	Relação entre a opinião dos escolares sobre os óculos e a freqüência do uso dos óculos pelos mesmos, segundo professores da 1- série do ensino fundamental, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	136
TABELA 23:	Relação entre a opinião dos professores sobre a Campanha (frase que melhor descreve a Campanha) e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	137
TABELA 24:	Relação entre a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual segundo professores da 1- série e opinião sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	138

TABELA 25:	Relação entre a opinião do professor sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL) - (frase que melhor descreve a Campanha) - e o seu grau de escolaridade.....	139
TABELA 26:	Relação entre a frequência da opinião do professor sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 e o uso de óculos pelo mesmo.....	140
TABELA 27:	Relação entre a opinião dos diretores sobre o treinamento recebido e a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual em escolares da 1- série do ensino fundamental das escolas estaduais na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	141
TABELA 28:	Relação entre a opinião do diretor sobre o treinamento recebido e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho 2000 – Maceió (AL).....	142
TABELA 29:	Relação entre a opinião dos diretores sobre a Campanha (frase que melhor descreve a Campanha) e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	143
TABELA 30:	Relação entre a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual segundo diretores da 1- série e opinião sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL)...	144
TABELA 31:	Relação entre a opinião do diretor sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL) - (frase que melhor descreve a Campanha) - e o seu grau de escolaridade.....	145
TABELA 32:	Relação entre a frequência da opinião do diretor sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 e o uso de óculos pelo mesmo.....	146

	<i>Pág.</i>
FIGURA 1: Motivo do encaminhamento à consulta, dos escolares da 1ª série do ensino fundamental das escolas estaduais, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	83
FIGURA 2: Motivo para o absenteísmo de escolares da 1ª série do ensino fundamental das escolas estaduais à consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	84
FIGURA 3: Local de realização das consultas, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	85
FIGURA 4: Opinião dos entrevistados presentes na consulta, sobre o local do atendimento, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	86
FIGURA 5: Indicação do uso de óculos, segundo informação dos entrevistados, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	87
FIGURA 6: Opinião de pais ou responsáveis quanto ao material e aparência dos óculos entregues aos escolares, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	88
FIGURA 7: Opinião dos pais entrevistados sobre melhora no rendimento escolar após o uso dos óculos doados na Campanha Olho no Olho – Maceió (AL) – 2000.....	89
FIGURA 8: Opinião dos pais ou responsáveis entrevistados sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	90

FIGURA 9: Grau de parentesco entre o entrevistado e o escolar, Campanha Olho no Olho –2000- Maceió (AL).....	91
FIGURA 10: Grau da escolaridade dos pais ou responsáveis dos escolares encaminhados para consulta, Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	92
FIGURA 11: Freqüência das rendas familiares dos pais ou responsáveis, entrevistados, Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	93
FIGURA 12: Opinião de professores sobre a qualidade do material recebido para Campanha Olho no Olho –2000- Maceió (AL).....	94
FIGURA 13: Dificuldades referidas pelos professores quanto ao material recebido para Campanha Olho no Olho –2000- Maceió (AL)....	95
FIGURA 14: Opinião dos professores quanto ao treinamento recebido para Campanha Olho no Olho –2000 – Maceió (AL).....	96
FIGURA 15: Dificuldades relatadas pelos professores na aplicação do teste de acuidade visual na Campanha Olho no Olho –2000 – Maceió (AL).....	97
FIGURA 16: Melhora do rendimento escolar observada pelo professor nos escolares que usaram os óculos fornecidos na Campanha Olho no Olho –2000 - Maceió (AL).....	99
FIGURA 17: Opinião do professor sobre a Campanha Olho no Olho –2000- Maceió (AL).....	100
FIGURA 18: Opinião do professor sobre sua participação na Campanha Olho no Olho –2000 – Maceió (AL).....	101

FIGURA 19: Distribuição dos professores entrevistados da Campanha Olho no Olho –2000, segundo idade - Maceió (AL).....	102
FIGURA 20: Opinião dos diretores sobre a qualidade do material recebido para Campanha Olho no Olho – 2000- Maceió (AL).....	105
FIGURA 21: Dificuldades na aplicação do teste de acuidade visual, segundo opinião dos diretores das escolas estaduais da Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	106
FIGURA 22: Opinião dos diretores das escolas estaduais sobre o número de médicos atendendo nos mutirões na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	107
FIGURA 23: Opinião dos diretores das escolas estaduais sobre os óculos fornecidos na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).....	108
FIGURA 24: Opinião dos diretores das escolas estaduais sobre a Campanha Olho no Olho-2000- Maceió (AL).....	109
FIGURA 25: Opinião dos diretores de escolas estaduais sobre a Campanha Olho no Olho-2000- Maceió (AL).....	110
FIGURA 26: Opinião dos diretores de escolas estaduais em relação à sua participação na Campanha Olho no Olho-2000- Maceió (AL).....	111



RESUMO

Avaliou-se Campanha de saúde ocular dirigida aos escolares (Olho no Olho –2000), na perspectiva dos pais dos escolares da 1ª série do ensino fundamental, e dos educadores das escolas públicas estaduais envolvidas, na cidade de Maceió/AL. Realizou-se estudo analítico transversal a respeito das etapas da Campanha e aspectos sociais dos entrevistados, divididos em três grupos: o grupo I constituído por 263 pais dos escolares, escolhidos por amostra aleatória, de um universo de 1996 crianças encaminhadas à consulta médica, após triagem; o grupo II constituído por 141 professores, escolhidos por amostra aleatória de uma população de 364 professores desses escolares; o grupo III constituído por 62 diretores encontrados de uma população de 72 diretores das escolas participantes da Campanha. Na amostra do grupo I, observou-se alto índice de comparecimento dos escolares à consulta (89,35%) e dos seus responsáveis conduzindo-os (82,98% dos que compareceram). As consultas foram realizadas em mutirões em escolas (82,13%), mutirões no Hospital Universitário (15,74%) e em consultórios dos médicos (2,13%), tendo sido aprovada pelos pais a forma de mutirões nas escolas. A população alvo da Campanha apresenta baixo nível econômico e de escolaridade. O principal motivo para o não comparecimento dos escolares à consulta foi a falta de dinheiro para o transporte, referida em 28,57%. A informação sobre a prescrição de óculos foi relativamente bem compreendida (73,85%). A entrega dos óculos foi satisfatória, segundo os pais (87,39% os receberam, 65,77% sem demora e 69,07% dos escolares gostaram dos óculos). Observou-se expressivo número de crianças usando os óculos à época da entrevista (79,38%), 8-10 meses após a consulta. A demora na entrega dos óculos e o uso de óculos pelos entrevistados não influenciaram no uso dos óculos pelos escolares. Os professores e diretores aprovaram o material distribuído e o treinamento recebido, contudo dificuldades foram apontadas: a falta de colaboração dos alunos e de um especialista para a aplicação do teste de triagem. Houve relação direta entre o treinamento considerado bom e a ausência de dificuldades durante a triagem. Professores e diretores gostaram de participar da Campanha, porém os professores demonstraram insatisfação quanto a sua função (triagem). Observado grande aceitação da Campanha por parte dos pais e educadores envolvidos.



ABSTRACT

A Ocular Health Campaign for school children ("Eye to Eye - 2000") was evaluated regarding the parents' and educators' perspective, of first year of elementary school students in public state schools in Maceió (AL). A transversal analytical study was carried out with data from the stages of the campaign and social aspects of the people interviewed, through questionnaires that were submitted to three groups. Group 1 was formed by 263 students' parents, chosen randomly from 1996 children that were referred to medical examination after screening. In group 2 were 141 teachers, chosen randomly from a population of 364 teachers from these schools. Group 3 was formed by 62 school principals, from participating schools. In the sample from group 1 there was a high index of student attendance to medical examination (89,35%), and 82,98% of the responsible adults took them to the tests. Examinations were done mostly through "working bee" in schools (82,13%), and were approved by parents. The target population for this campaign has low economic level and literacy rate. The main reason for student absence was lack of money for transportation (28,57%). Information about eyeglass prescription was reasonably understood (73,85%). Eyeglass delivery was satisfactory, according to parents (87,39% received them; 65,77% without delay and 69,07% of students liked their eyeglasses). A considerable number of children (79,38%) were using glasses at the time of the interview. The delay in delivering the glasses and use of eyeglasses by the people interviewed did not influence use of glasses by students. Teachers and principals approved the printed material and training, although some difficulties were pointed out: lack of collaboration from students, and lack of a specialist to perform the screening test. There was a direct relationship between good training and the absence of difficulties during screening. Teachers and principals liked to be part of the campaign, but teachers weren't satisfied with their assignment (screening). The campaign was greatly accepted by parents and educators.



1. INTRODUÇÃO

Dados mundiais a respeito da prevalência e incidência da cegueira e visão subnormal evidenciam a necessidade da implementação de iniciativas de caráter preventivo e de promoção da saúde ocular (WHO, 1978; 1979).

Dentre os 40 milhões de cegos existentes no mundo, 15-25 milhões poderiam ter sido prevenidos. A prevalência de deficiência visual grave é de 10 a 40 vezes maior em algumas áreas em desenvolvimento do que em países industrializados.(WHO, 1979).

Entre as principais causas de cegueira na América Latina, situam-se os vícios de refração, catarata, glaucoma, retinopatia diabética, degeneração macular senil e retinopatia da pré-maturidade. (VERDAGUER, 1998).

A sociedade paga preço alto pelo cuidado inadequado da visão. As conseqüências da visão deficiente não tratada afetam o comportamento social, causam acidentes de trabalho e roubam a confiança e independência dos idosos (BURNS, 1973).

Distúrbios visuais são a 4ª causa mais comum de incapacidade nos Estados Unidos e a condição mais prevalente na infância (GERALI, 1990).

GILBERT e FOSTER (2001) relataram haver várias razões para que o controle da cegueira na infância seja considerado prioridade em programas da Organização Mundial de Saúde (OMS), pois, várias causas de cegueira na infância são associadas à mortalidade infantil.

Há muitas razões para que se faça prevenção da cegueira na infância. A criança que nasce cega ou torna-se cega poderá apresentar distúrbios emocionais que poderão afetar seu desenvolvimento (DANDONA e DANDONA, 2001).

TODTER (1975), em estudo realizado em pré-escolares, salientou a importância da função visual normal como fator essencial para um bom desenvolvimento do homem, sob o ponto de vista somático, psíquico e mental.

Defeitos oculares ou de visão constituem, provavelmente, a causa mais comum de encaminhamento de crianças pré-escolares para o oftalmologista (WHO, 1976). Na idade escolar, cerca de 20% a 25% das crianças apresentam algum tipo de problema

ocular como vícios de refração (miopia, hipermetropia e astigmatismo) ambliopia e estrabismo (DOSTER, 1971; ALVES e KARA JOSÉ, 2000).

Para alguns autores as conseqüências da dificuldade visual poderiam ser atenuadas ou mesmo evitadas se fossem detectadas a tempo, ou seja, antes do total desenvolvimento da visão, que se completa entre 6 – 7 anos (CATFORD e OLIVER, 1973; VON NOORDEN, 1990; FIGUEIREDO et al., 1993).

Muitos especialistas concordam quanto à importância da visão no processo de aprendizagem, estimando em 60% e 65% tal dependência, bem como quanto à necessidade da descoberta e tratamento precoces dos distúrbios oculares, como formas de minimização e solução desses problemas (BURNS, 1973; VIEIRA, 1995; KARA JOSÉ e TEMPORINI, 1980).

É inegável que a criança em idade escolar encontra-se sujeita a morbidades e agravos decorrentes de fatores pessoais e ambientais com possível repercussão no aprendizado (WHEATTEY e HALLOCK, 1951; WHO, 1976; SOUZA, 1977).

A importância dos problemas visuais como causa de dificuldades no rendimento escolar levou, há mais de 30 anos, ao estabelecimento de programas de teste de acuidade visual nas escolas americanas a fim de se detectar precocemente os problemas visuais (SLOANE e ROSENTHAL, 1960).

Programas efetivos requerem ação comunitária sistemática para eliminar a cegueira e os distúrbios visuais (WHO, 1979).

A abordagem da saúde pública em oftalmologia abrange muitos aspectos, tais como: a investigação de problemas oculares na população; prevenção de cegueira, e a incapacidade visual; promoção de saúde dos olhos, organização de assistência oftalmológica (médica e cirúrgica) e a reabilitação de deficientes visuais cegos, sem esquecer o planejamento para recursos necessários em todos os níveis e a necessidade de novos conhecimentos através de pesquisa (NIZETIC, 1973).

Muitos são os princípios e conceitos que fundamentam a prática da educação em saúde e da promoção de saúde. Sem cair em armadilhas redundantes, a educação em saúde (não confundir com informação em saúde) procura desencadear mudanças no “comportamento individual”, enquanto que a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação (CANDEIAS, 1997).

A “AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS COMMITTEE” (AAPOS, 1991) publicou princípios e recomendações para manter, proteger e melhorar a saúde ocular das crianças na América, que envolvem:

- Eficácia de adequada assistência oftalmológica para todas as crianças;
- Programas de triagem com adequado encaminhamento para tratamento de doenças oculares;
- Prevenção e programa de conscientização de fatores de risco para a visão, tais como traumas, infecções e má formação ocular.
- Qualidade e eficiência no tratamento das doenças oculares;
- Educação e atualização dos médicos;
- Pesquisa para o desenvolvimento de uma melhor assistência oftalmológica.

Idealmente, toda criança deveria ser submetida a exame oftalmológico completo antes do seu ingresso na escola, ainda na idade pré-escolar, de forma a poder corrigir ou minimizar distúrbios visuais que poderão interferir intimamente com a aprendizagem (BLUM, 1959; LIPPMAN, 1962; KARA JOSÉ e TEMPORINI, 1980).

Considerando a limitação de recursos dos países em desenvolvimento, a verificação periódica da acuidade visual, feita em crianças e adultos, é recomendada como parte significativa de programas preventivos. A acuidade visual é o indicador mais pronto da função visual. A aplicação desse teste não requer treinamento prolongado dos

examinadores, nem grande esforço para obter a cooperação ou a compreensão dos pacientes, nem requer o uso de equipamento sofisticado (WHO, 1979).

Nesse enfoque, TEMPORINI et al. (1977) afirmaram que a aplicação de teste de acuidade visual e a observação de sinais e sintomas indicativos de problemas pelo professor em classe, apresentam-se como as formas mais aconselháveis para a detecção de problemas visuais, considerando a realidade do nosso meio.

TEMPORINI (1982) ressaltou a necessidade de realização de programas de triagem visual na escola, tentando preencher uma lacuna e detectar o maior número de crianças necessitadas de cuidado especializado que, por meio do programa, receba tratamento adequado.

Segundo SOMMER (1989), provavelmente o maior obstáculo à prevenção da cegueira não reside na falta de tecnologia adequada, porém na pouca habilidade em criar condições propiciadoras da motivação das pessoas, de acesso aos serviços, de infra-estrutura e organização da assistência oftalmológica.

1.1. CAMPANHAS DE SAÚDE OCULAR

No Brasil, o início da prevenção da cegueira teve início com a fundação das duas primeiras escolas de medicina, no Rio de Janeiro e na Bahia, em 1822. Em 1854, foi criado o “Instituto Imperial dos Meninos Cegos”. Victor Brito, em 1905, iniciou trabalho contra o tracoma no Rio Grande do Sul, que influenciou outros estados. O Comitê Nacional de Prevenção da Cegueira foi criado em 1931 e, a partir desta data, tiveram início vários processos importantes para a prevenção da cegueira, como a instituição obrigatória do Método de Credé em neonatos em 1935, atenção aos acidentes oculares nas indústrias, criação de classes especiais para crianças amblíopes, entre outros (KARA JOSÉ et al, 1987).

No Estado de São Paulo, desenvolveu-se o Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar (POSE), no período de 1973 a 1976, junto às escolas da rede de ensino oficial estadual, que se propunha a detectar distúrbios visuais do escolar, prover a devida

assistência, respaldado por atividades educativas e proceder a levantamento de dados sobre a problemática oftalmológica existente. Mediante mecanismo de descentralização da organização dos serviços de Saúde e de Educação, o trabalho atingiu todas as regiões administrativas do Estado, com participação de grande contingente de pessoal da rede escolar, técnicos e especialistas em saúde, entidades governamentais, particulares e comunidade em geral. O POSE alcançou suas metas, já que a população alvo pré-estabelecida foi beneficiada pela solução de problemas visuais do escolar, mediante a assistência às necessidades detectadas (PLANO, 1976; KARA JOSÉ, FERRARINI, TEMPORINI, 1977; TEMPORINI, 1982).

Em abril de 1986, foi criado o Núcleo de Prevenção da Cegueira, na UNICAMP, formado por um grupo de oftalmologistas, educadores, alunos de graduação e outros profissionais de saúde, reunido na Disciplina de Oftalmologia da FCM-UNICAMP. Entre os objetivos do grupo estão: informação à população sobre as principais patologias oculares, fornecendo noções básicas de prevenção à cegueira, cuidados com os olhos, prevenção de acidentes oculares, orientação a professores, pais e alunos em escolas, realização de campanhas periódicas de detecção de problemas visuais na população e curso de formação de agentes de saúde ocular (KARA JOSÉ et al., 1996).

Em 1992, o Núcleo de Prevenção da Cegueira desenvolveu um modelo simplificado para atendimento de crianças de 0-7 anos, juntamente com 13 municípios da região de Campinas, voltado para estudo de prevalência de distúrbios oculares nesta faixa etária (DELGADO, ARIETA, KARA JOSÉ, 1992).

Segundo dados do MEC, existiam, no país, 5.800.000 (cinco milhões e oitocentas mil) crianças matriculadas na 1ª série de escolas públicas. A quase totalidade das crianças em idade escolar nunca passou por exame oftalmológico. Estima-se que 10% dessas crianças necessitam de óculos e 10% apresentam outro problema oftalmológico (ALVES e KARA JOSÉ, 1998).

O primeiro programa de amplitude nacional, visando os escolares da 1ª série do ensino fundamental, foi realizado em 1998: Campanha Nacional de Prevenção à Cegueira e Reabilitação Visual – Veja Bem Brasil. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO)

organizou e realizou a Campanha, beneficiando um milhão e quinhentos mil escolares, submetidos à triagem visual, com envolvimento de 4 mil oftalmologistas, 40 mil professores e 8 mil escolas. A partir de 1999, as campanhas subseqüentes foram realizadas em parceria com o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), com a finalidade de suprir as deficiências da atenção à saúde ocular das crianças brasileiras, chamada Campanha Nacional de Reabilitação Visual “OLHO NO OLHO”. Em 1999, a Campanha atendeu 2 milhões e 800 mil escolares em 480 municípios com mais de 50 mil habitantes. Em 2000, atendeu a 3 milhões e 100 mil escolares, envolvendo 2.900 oftalmologistas, 90 mil professores, 607 municípios com mais de 40 mil habitantes. Foram encaminhadas, para exame oftalmológico, 300 mil crianças e 206 mil compareceram à consulta, sendo prescritos 85 mil óculos (ALVES e KARA JOSÉ, 2000; KARA JOSÉ e ALVES, 2001; OLIVEIRA, KARA JOSÉ, ARIETA, 2000).

O CBO divulgou dados sobre a Campanha de 2001, com 3 milhões e 100 mil triagens realizadas, 180 mil consultas, 80 mil óculos prescritos. Houve a participação de 2.600 oftalmologistas, em 658 municípios com mais de 40 mil habitantes. (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2002)

No estado de Alagoas (BR), em 1999, dos 45 mil alunos matriculados na 1ª série do ensino fundamental, a Campanha Olho no Olho beneficiou 23 mil (51,11%) crianças em 6 municípios. Na cidade de Maceió (AL), existiam cerca de 21 mil crianças matriculadas e foi realizada triagem em 16 mil (76,19%) alunos. Em 2000, nove municípios do estado de Alagoas foram beneficiados pela campanha. (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2000 e CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2001).

Mesmo existindo leis nacionais que visam a promoção, prevenção e tratamento de todos os indivíduos como direito do cidadão, o atendimento primário ainda é bastante precário. Na maioria das cidades brasileiras e muitas comunidades carentes e distantes só têm atendimento médico quando campanhas de triagem são realizadas. Nas cidades com maior desenvolvimento existe atendimento primário na rede pública municipal ou estadual que se encontra, geralmente, com demanda maior do que é possível atender e não atinge os objetivos da saúde pública que seria investigar, prevenir, promover e organizar o

atendimento médico e a reabilitação dos que procuram e dependem desses serviços (GARRIDO, 2000).

A experiência tem demonstrado que nem sempre o fato de facilitar o acesso a serviços educativo-assistenciais assegura, por si só, um nível de saúde satisfatório de uma população (TEMPORINI, 1984).

Segundo DAVIDSON (1977), pesquisas nos Estados Unidos indicaram que menos de 10% de crianças que iniciaram sua vida escolar recebiam exame ocular profissional.

Os erros refracionais podem ser facilmente detectados por meio de exames de rotina em pacientes que procuram consultórios oftalmológicos ou por meio de programas de triagem visual em grupos populacionais. A primeira forma funciona muito bem em países desenvolvidos, mas a segunda é necessária em países em desenvolvimento porque a maioria da população não tem acesso a serviços oftalmológicos e tratamento (DANDONA e DANDONA, 2001).

KARA JOSÉ, FERRARINI, TEMPORINI (1977) enfatizaram que os problemas oftalmológicos constituem, na idade escolar, uma das prioridades que devem ser consideradas num programa de saúde escolar, evidenciando a necessidade de realização de programas de triagem visual nas escolas, tentando preencher uma lacuna e detectar o maior número de crianças necessitadas de cuidados especializados que, por meio do programa, possam receber tratamento adequado.

HATCH (1998) afirmou que 99% das crianças, nos Estados Unidos, freqüentam a escola, oferecendo uma ótima oportunidade para realizar a triagem visual, já que a prevalência de erros refracionais é alta e aumenta a cada ano escolar, além da triagem para outros problemas de saúde pública como ambliopia e estrabismo.

No Brasil, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (PNAD, 2002), são 16 milhões de analfabetos e cerca de 65 milhões de brasileiros sem o ensino fundamental completo, porém 97% das crianças estão na escola. O Censo Escolar – 2002 do MEC aponta crescimento no ensino infantil e médio, em contraste com a

educação de jovens e adultos que teve o menor crescimento. O número de matrículas de 1ª a 4ª séries em 2002 foi 19.724.684 (MEC/INEP, 2002).

SAID (1969) ressaltou que os padrões de educação e os sócio-econômicos, os hábitos e crenças de uma comunidade são fatores que influenciam na importância que o indivíduo dá a sua visão e estimula o seu grau de cuidado no sentido de protegê-la.

ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ (2000), em estudo sobre aspectos médico-sociais no atendimento oftalmológico de escolares do sistema público de ensino em São Paulo, relataram que, diante de altas taxas de absenteísmo nas consultas de uma Campanha de Saúde Ocular, deve-se analisar se os pais ou responsáveis pelas crianças não foram suficientemente informados pela escola sobre a importância da Campanha ou se não tiveram condições de vencer barreiras que não foram identificadas.

Em países em desenvolvimento, prover a correção óptica é um desafio, pois o acesso ao médico é mais difícil e, em algumas áreas, não se tem disponibilidade de óculos (DANDONA e DANDONA, 2001).

1.2. CORREÇÃO ÓPTICA

Para se ver claramente, os raios luminosos devem ser focalizados na retina. Para que isso ocorra, a córnea e o cristalino têm um importante papel, uma vez que são os principais responsáveis pela refração dos raios luminosos. Alterações no eixo antero-posterior do globo ocular e/ou na curvatura da córnea podem determinar anormalidades na refração dos raios de luz e estes não serão focalizados na retina. A isso se denominou: erros de refração (miopia, hipermetropia e astigmatismo), (ALVES e KARA JOSÉ, 1996).

Os erros de refração se apresentam como causa importante de limitação nas idades pré-escolar e escolar, tendo em vista o processo ensino-aprendizagem. É de reconhecida importância a necessidade de detecção precoce desses problemas visuais, o que

possibilita sua correção ou minimização visando o melhor rendimento da criança (KARA JOSÉ, HOLZCHUH, TEMPORINI, 1984).

Qualquer erro refracional que resulte em diminuição da visão ou alteração na binocularidade pode levar a problemas de aprendizado e interferir no comportamento da criança. Em crianças pré-escolares pode haver diminuição do interesse para as atividades para perto; atraso no desenvolvimento motor, ou ainda, dificuldade em concentração nas atividades para longe (ROSNER e ROSNER, 1987).

A importância de se detectar, precocemente, os erros refracionais se deve a fatores como aspectos sobre o desenvolvimento intelectual e motor da criança e redução da incidência de ambliopia (MOORE, 1997).

DELGADO, ARIETA, KARA JOSÉ (1992), em estudo com finalidade de desenvolver um modelo prático e simplificado de atendimento de crianças entre 0 e 7 anos na UNICAMP, ressaltaram que 90% das crianças que necessitavam de correção óptica não estavam corrigidas de sua ametropia.

Para MOHINDRA e HELD (1981), os erros refracionais passam por um processo dinâmico e complexo de transformações durante os cinco primeiros anos de vida mais do que em qualquer outra fase, sendo imperativo que o médico esteja familiarizado com estas mudanças e entenda quando o erro refracional deve ser prescrito ou quando faz parte do desenvolvimento e deve apenas ser monitorado.

MACCHIAVERNI et al. (1979), examinando 564 escolares, encontraram 45,5% das crianças que precisavam de correção óptica, não haviam sido avaliadas por especialista, previamente.

PRESLAN e NOVAK (1997) encontraram, entre crianças que iniciaram a vida escolar, 2,2% fazendo uso regular de óculos previamente prescritos, sendo que 8,3% necessitavam de correção óptica. Muitas crianças que não utilizavam óculos foram por tê-los perdido ou quebrado e os pais não puderam refaze-los.

PIZZARELLO et al. (1998), em estudo sobre a necessidade de óculos em 5.851 escolares, entre 9-15 anos, em Manhattan, relataram que dentre os que necessitavam de correção óptica, 10% faziam uso prévio, indicando a necessidade de prover óculos para milhares de crianças dessa faixa etária nos Estados Unidos.

Poucos tratamentos médicos para crianças são tão “visíveis” como são os óculos. Nos casos em que seu uso é indicado continuamente, a aceitação por parte da criança e da família é mais difícil (HORWOOD, 1998). Esse estudo, com crianças usando óculos há 6 semanas, concluiu que a adesão ao uso dos óculos estava mais associada à aceitação por parte dos colegas do que à melhora da visão propriamente dita, fato que predominou nas crianças escolares que nas pré-escolares.

Diferentes estratégias têm sido testadas na tentativa de aumentar a oferta dos óculos e torná-los mais acessíveis, principalmente para a população carente, como óculos a baixo custo (WHO, 1995).

A triagem visual é largamente utilizada em países como a Finlândia, Suécia, Grã-Bretanha e Estados Unidos (KAAKINEM e TOMMILA, 1979; SIMONS, 1983,1996; EHRLICH, REINECKE, SIMONS, 1983; INGRAN et al., 1985; AIKINSON et al., 1996).

HATCH (1998) afirmou que a triagem visual propicia benefícios à saúde pública, mas, em geral, é mal interpretada e utilizada. Ela deve ser desenvolvida para populações específicas, baseada na prevalência, características de tratamento e a importância do problema abordado para a saúde pública. Uma intensa propaganda para divulgação e uma grande cobertura da população podem trazer bons resultados. A triagem, se aplicada corretamente, representa uma das melhores intervenções em saúde pública.

Apesar dos testes para medida da acuidade visual serem amplamente utilizados, podem trazer dificuldade de aplicação, principalmente para crianças menores de 4 anos e apresentam um grande número de falsos positivos (SIMONS, 1996).

O teste para medir acuidade visual mais utilizado é a tabela optométrica do “E”, desenhada, inicialmente, por Snellen e aceita como padrão, atualmente. (TOMMILA, 1972; NÉLSON, CALHOUN, HARLEY, 1991).

1.3. PARTICIPAÇÃO DO PROFESSOR

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 (ANDERSON e CRESWELL, 1976).

Há evidências que o professor nem sempre dispõe de conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas no campo da saúde escolar, que, supostamente, deveriam ter sido adquiridos no curso de formação do magistério (JOINT WHO/UNESCO, 1960; GATTI, 1977; CANDEIAS, 1984).

A OMS (WHO, 1978) recomenda prover assistência oftalmológica ao alcance de todos, até os níveis mais periféricos, usando tecnologia simples e apropriada. Preconiza, ainda, o treinamento de agentes de saúde para realizar exames visuais simples, a fim de detectar condições potenciais de cegueira, dar tratamento simples e reconhecer condições oculares que exigem encaminhamento.

Do ponto de vista de saúde pública é muito dispendioso e mesmo inexecutável, pela falta de recursos especializados, a triagem de problemas oculares em crianças por oftalmologistas, em atendimentos intensificados ou mutirões. WICK e RICKER (1976) afirmam que “o especialista deve trabalhar num grau mais alto de competência, avaliando e corrigindo problemas e não pesquisando os normais”.

KARA JOSÉ e TEMPORINI (1980) consideram o exame médico-oftalmológico para investigação de problemas visuais em determinada população, apenas com finalidade de pesquisa, seja para levantamento de dados epidemiológicos, seja para controle das condições de atendimento.

No Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar (POSE), a primeira etapa na unidade escolar era a medida da acuidade visual dos alunos pelo professor, utilizando a tabela optométrica de Snellen. Após o reteste e/ou mediante a observação de sinais e sintomas indicativos de problemas visuais, o professor encaminhava os casos identificados

à assistência médica oftalmológica na comunidade, representada por recursos oficiais ou particulares (SÃO PAULO, 1973).

Em estudo para avaliação dos critérios de triagem visual estabelecidos pelo POSE, KARA JOSÉ e TEMPORINI (1980) concluíram: que houve predominância dos casos falsos positivos (encaminhamentos desnecessários) sobre os falsos negativos (encaminhamentos não realizados); os professores atuaram corretamente em 87,10% dos casos encaminhados; o critério de encaminhamento para o exame foi acuidade visual $\leq 0,7$.

PALLAZZO NETO, LAURETTI Fº, ROMÃO, (1992), em estudo comparativo entre medidas de acuidade visual feitas por um oftalmologista e uma atendente de enfermagem, encontraram boa correlação entre as medidas de ambos, com igualdade nos resultados dessas medidas em 76% dos casos.

O “Sistema Integrado de Atendimento Médico do Escolar” (SIAME) era um sistema que vinha sendo implantado desde 1980, em municípios do estado de São Paulo. Ele previa ações integradas dos setores de saúde e educação com a finalidade de prestação de assistência médica a alunos da rede oficial de ensino, utilizando, ao máximo, os recursos existentes da própria localidade. Para alcançar esse objetivo fazia-se necessário preparar o professor para efetuar a triagem e encaminhamento de alunos, mediante orientações a ele transmitidas (SISTEMA1, 1977¹).

DAVIS et al. (1985), em estudo sobre a percepção de professores sobre o seu preparo e habilidade em reconhecer e lidar com problemas de saúde dos seus alunos, em Michigan, verificaram que 53,7% dos respondentes nunca haviam participado de quaisquer treinamentos ou eventos similares 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.

¹ SISTEMA apud TEMPORINI, E. R. – Percepções de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo sobre seu preparo em saúde do escolar. *Rev Saúde Públ*, 22(5): 411-21, 1988.

Campanhas e projetos, com vistas a promover triagem visual e exame oftalmológico em escolares, têm sido realizados em vários locais no país, mostrando a importância da participação da comunidade (pais, professores e profissionais da área de saúde) (CONSTANTI et al., 1989; PARANHOS et al., 1993; VENTURA, 1998).

É fundamental, que se mantenham vivos os propósitos dos programas de oftalmologia sanitária nas escolas, evitando o desinteresse e o desgaste que podem ocorrer na condição de rotina do serviço já implementado (TEMPORINI, 1984).

Para o planejamento e implementação de ações preventivas em oftalmologia, faz-se necessário unir os conhecimentos científicos disponíveis sobre problemas oftalmológicos ao conhecimento da realidade objeto dessas ações (CANDEIAS, 1997).

Considerando-se as conseqüências adversas da visão deficiente não tratada com relação ao indivíduo e à sociedade, torna-se claro que a luta contra a cegueira se justifica por razões humanitárias, sociais e econômicas. A cegueira é a condição de maior prejuízo econômico dentre as causas de invalidez grave (OMS, 1973).

Com a Campanha “Olho no Olho” se firmando no país é necessária sua avaliação para propostas de mudanças. O propósito desta pesquisa foi conhecer aspectos da Campanha “Olho no Olho” – 2000, na cidade de Maceió/AL, na perspectiva dos pais dos escolares encaminhados para consulta, dos professores da 1ª série do ensino fundamental e dos diretores das escolas envolvidas, observando suas dificuldades no entendimento e na participação na Campanha, possibilitando sugestões para sua maior eficácia.



2. OBJETIVOS

- Identificar barreiras ao comparecimento dos escolares à consulta oftalmológica.
- Identificar barreiras e porcentagem do uso da correção óptica.
- Identificar dificuldades do professor em relação a: material recebido, treinamento e realização da triagem visual nos escolares.
- Verificar a relação entre: treinamento recebido, carga horária de trabalho e uso de óculos pelo professor e sua opinião sobre a Campanha Olho no Olho.
- Verificar opinião de pais, professores e diretores sobre a Campanha Olho no Olho.



3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada através de estudo tipo “survey” descritivo e analítico.

Foram estudadas variáveis a respeito da opinião dos entrevistados sobre a Campanha Olho no Olho – 2000, aspectos sociais e saúde ocular da família.

Pesquisaram-se relações entre as variáveis e a intensidade de associação entre elas.

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Em Maceió, no ano 2000, existiam 72 escolas públicas estaduais e 48 escolas municipais oferecendo 1ª série do ensino fundamental, com 12.702 e 8.770 escolares matriculados nesta série, respectivamente*, que participaram da Campanha Olho no Olho – 2000, promovida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO).

Conforme orientações do CBO, foi realizado treinamento dos professores, orientadores e diretores, ministrado por dois oftalmologistas, oferecido em 6 períodos (2h), sendo 3 pela manhã e 3 à tarde, em dois auditórios localizados em bairros distintos. Contou com mostra do vídeo oficial da Campanha Olho no Olho, distribuído pelo CBO: “Orientação ao Professor”, palestra com esclarecimentos sobre a Campanha – histórico, parcerias, objetivos, logística, cronograma, realçando a importância da participação dos professores e da sociedade e provendo uma simulação de como medir a acuidade visual com a participação dos próprios professores. Houve, ainda, distribuição do material da Campanha.

Nas 72 escolas públicas estaduais foi realizada triagem visual pelos professores em 8.395 (66,09%) escolares matriculados. Dessas crianças, 1996 (23,77%) escolares foram encaminhados para consulta oftalmológica**.

* Dados da Secretaria Estadual de Educação / Coordenadoria Regional de Ensino (CRE).

** Dados do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO).

Desses escolares encaminhados, 1608 (80,56%) compareceram à consulta e foram atendidos por médicos oftalmologistas da cidade de Maceió – AL, em mutirões no Hospital Universitário (UFAL), mutirões em consultórios montados em escolas, abrangendo outras escolas da região e em consultórios particulares de alguns oftalmologistas participantes da Campanha.

Em geral, os mutirões contaram com a participação de 5 a 7 oftalmologistas, que atenderam 120 a 250 crianças, num período de 3 a 5 horas, dependendo do dia. Nesses atendimentos em mutirão, a cada grupo de, aproximadamente, 35-40 crianças que chegavam na sala de consulta, já com ciclopeia, um médico explicava aos pais o porquê e como seria a consulta e que, se fosse necessário a prescrição de óculos, seria informado à criança, e os óculos seriam entregues na escola, num prazo de 30-40 dias. Nas consultas em consultório o médico dizia ao acompanhante (pai ou responsável ou professora) se a criança necessitava de óculos ou não.

As consultas foram realizadas conforme recomendação do CBO para a Campanha, com medida da acuidade visual, ciclopeia, refração automatizada e subjetiva, fundoscopia sob midríase e medida da distância interpupilar (DIP), (ALVES & KARA JOSÉ, 2000).

Foram prescritos 580 óculos (36,07%) às crianças das escolas estaduais examinadas.

Nas 72 escolas públicas estaduais existiam, em 2000, 364 professores da 1ª série do ensino fundamental e 72 diretores*.

3.2.1. População

A população da pesquisa foi formada por 3 grupos (Fig.E1). O grupo I constituído por 1996 pais ou responsáveis de escolares da 1ª série do ensino fundamental das escolas públicas estaduais da cidade de Maceió, que foram encaminhados para consulta

* Dados da Secretaria Estadual de Educação/Coordenadoria Regional (CRE).

oftalmológica, após triagem visual realizada durante a Campanha Nacional Olho no Olho – 2000. O grupo II estudado foi constituído por 364 professores da 1ª série do ensino fundamental das escolas públicas estaduais e o grupo III por 72 diretores dessas escolas, na cidade de Maceió, durante a mesma campanha.

3.2.2. Amostra

A amostra do grupo I foi formada por 263 pais ou responsáveis dos escolares da 1ª série, conforme a população descrita acima.

A amostra do grupo II foi formada por 141 professores destes escolares.

A amostra do grupo III foi formada pelos 72 diretores das escolas estudadas.

3.2.3. Obtenção da amostra

Grupo I (pais)

- Confecção de lista com o nome dos escolares encaminhados para consulta de todas as escolas públicas estaduais da cidade de Maceió – AL na Campanha Olho no Olho – 2000, que receberam, cada nome, um número.
- Sorteio para obtenção de amostra aleatória de 263 números correspondentes aos escolares listados.
- Foi prevista a necessidade de números reservas para substituir algumas crianças que não fossem encontradas, igualmente sorteadas.

Grupo II (professores)

- Confecção de lista com o número de professores da 1ª série do ensino fundamental de cada uma das 72 escolas públicas estaduais estudadas.
- Sorteio para obtenção de amostra aleatória de 141 professores dessas escolas.
- Previsto a necessidade de substituição de alguns professores não encontrados.

Grupo III (diretores)

- Trabalhou-se com a população, no caso constituída por 72 diretores das escolas estudadas.

72 escolas públicas estaduais no município de Maceió – AL em 2000 que participaram da Campanha Olho no Olho.

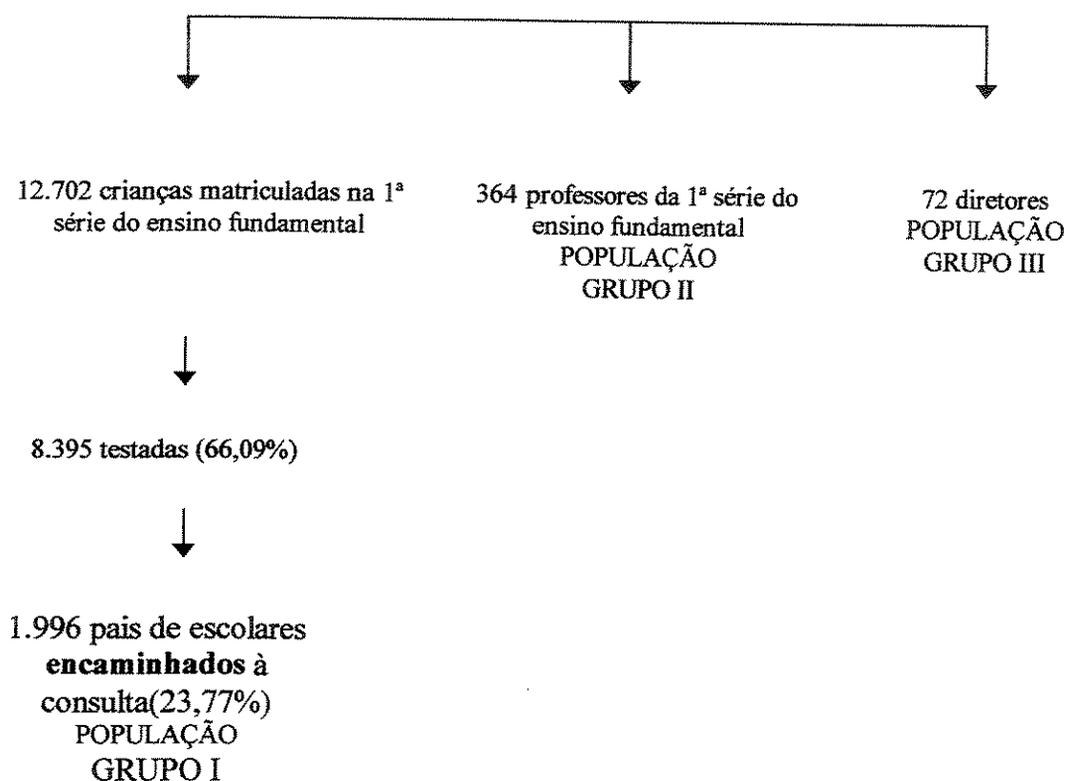


Fig.E1 – Determinação das populações

3.3. VARIÁVEIS

As variáveis foram selecionadas e classificadas conforme descrição a seguir. Dir-se-á questão (Q) seguida de I, II ou III, de acordo com o grupo estudado e depois um número para cada uma, com o objetivo de mensurá-las.

3.3.1. A respeito das diversas etapas da campanha

Grupo I (pais)

- Motivo da indicação à consulta (Q I 1)
- Comparecimento da criança ao exame (Q I 2/3/4)
- O dia do atendimento médico (Q I 5 A/B/C/D/E/F)
(acompanhamento de pais ou responsáveis, local, organização, número de médicos, informação se foi ou não prescrito óculos)
- Indicação de óculos (Q I 6)
- Recebimento dos óculos (Q I 7/8)
- Opinião sobre os óculos (Q I 9/10)
- Uso dos óculos (Q I 11)
- Rendimento escolar com os óculos (Q I 12)
- Opinião geral sobre campanha (Q I 13)

Grupo II e III (professores e diretores)

- Qualidade e problemas do material recebido (Q II/III 1/2)
- Treinamento recebido (Q II 3)
- Dificuldade na aplicação do teste da visão (Q II 4/5)
- Dia do atendimento médico (Q II 6 A/B/C/D/E/F/G)

- Material / estética dos óculos (Q II 7)
- Crianças gostaram dos óculos (Q II 8)
- Recebimento dos óculos (Q II 9/10)
- Uso dos óculos (Q II 11)
- Rendimento escolar com os óculos (Q II 12/13/14)
- Opinião sobre a campanha (Q II 15)
- Própria participação na campanha (Q II 16)

3.3.2. Características pessoais do entrevistado

Grupo I (pais)

- Parentesco com a criança (Q I 14)
- Situação ocupacional (Q I 15)
- Escolaridade (Q I 16/17/18)
- Renda familiar (Q I 19)

Grupo II e III (professores e diretores)

- Idade (Q II 17)
- Escola em que trabalha (Q II 18)
- Função na escola (Q II 19)
- Trabalho em escola privada (Q II 20/21)
- Carga horária de trabalho no serviço público (Q II 22)
- Escolaridade

3.3.3. Saúde Ocular

Grupo I, II e III

- Saúde ocular do entrevistado e seus familiares (Q I 20/21/22/23 e Q II/III 24/25/26/27)

3.3.4. Sugestões para melhorar campanha

- Só para grupo II e III (questão aberta)

3.4 INSTRUMENTOS (ANEXOS 1 e 2)

Foram elaborados instrumentos a partir de estudos exploratórios com entrevistas através de questionários semi-estruturados com algumas perguntas abertas, oferecendo aos entrevistados liberdade de expressão. Os questionários, chamados de instrumento I àquele aplicado aos pais ou responsáveis dos escolares (grupo I), e instrumento II àquele aplicado aos professores (grupo II) e diretores (grupo III), foram aplicados a 39 indivíduos pais de escolares participantes da mesma Campanha, em Joaquim Gomes – AL e a 21 professores da 1ª série da cidade de Maceió – AL, todos com as características da amostra do presente estudo (teste prévio).

Os dados obtidos foram analisados e classificados, fornecendo subsídios para perguntas mais específicas e respostas de múltipla escolha mais abrangentes.

Foram realizadas a 2ª versão dos dois instrumentos, com novos testes prévios em 12 (Instrumento I) e 15 (Instrumento II) indivíduos. Nova análise dos dados originou a terceira versão dos instrumentos (questionário estruturado), sendo essa definitiva, após alguns ajustes de acordo com o entendimento dos entrevistados.

Ambos os instrumentos apresentavam, no início, nota explicativa sobre a entrevista, sua participação e importância em “dizer o que realmente pensava”.

3.5. COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

3.5.1. Procedimentos preliminares à coleta de dados

Foram selecionados 4 estudantes universitários da UFAL (Universidade Federal de Alagoas) como assistentes de pesquisa, que receberam treinamento para a aplicação dos instrumentos (3 assistentes para aplicação do instrumento I e 1 assistente para aplicação do instrumento II).

O treinamento foi dado pela pesquisadora e consistiu em reunião com apresentação do questionário, como aplicá-lo e seu preenchimento adequado, assim como informações sobre a Campanha Nacional de Reabilitação Visual – Olho no Olho – (histórico, objetivos, importância, logística e resultados), com duração de 3 horas. Foram esclarecidas suas dúvidas, feito entrega do material e orientações sobre como se apresentar às escolas e residências dos escolares.

Foi comunicado às escolas (professores e diretores) que seria realizado uma pesquisa sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 e que entrevistadores compareceriam às escolas para aplicação de questionários, solicitando sua atenção e colaboração.

3.5.2. Coleta de dados

As entrevistas do grupo I foram realizadas no período de agosto a outubro de 2001, entre 8 e 10 meses após a data marcada para a consulta médica.

As entrevistas do grupo II e III foram realizadas no período de março a maio de 2001, entre 5 e 7 meses após as datas marcadas para as consultas.

A coleta dos dados foi realizada conforme as fases abaixo:

3.5.2.1. Instrumento I

- Foram marcadas entrevistas com os pais por 2 vezes em 2 escolas diferentes, num sábado pela manhã (15), e numa quinta-feira (15) às 19h, seguindo convites por escrito, explicando o motivo da reunião, levados pelas crianças. Ninguém compareceu.

- Foi elaborada uma lista com os endereços das crianças, colhidos nas fichas de consulta ou nas escolas.
- Cada entrevistador dirigiu-se aos endereços das crianças, em busca do seu responsável, solicitando sua aquiescência à entrevista.
- Os casos em que as crianças haviam se mudado, sido transferidas, não constavam dados na escola, endereço não encontrado ou ausência de pessoas na casa por 3 visitas em dias diferentes foram substituídos por números sorteados, conforme avaliação estatística.

3.5.2.2. Instrumento II

- O entrevistador se dirigiu a escola solicitando a colaboração dos professores e diretores para participarem da entrevista.
- As entrevistas só foram realizadas com profissionais que haviam participado da Campanha no ano anterior (2000).

Em Maceió – AL, a Secretaria Estadual de Educação realizou concurso público no início de 2001, com demissão de vários professores contratados temporariamente, muitos deles professores da 1ª série do ensino fundamental em 2000. Sendo assim, vários professores e alguns diretores já não trabalhavam na escola à época da entrevista, sendo esses professores substituídos por outros, sorteados conforme metodologia estatística.

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Com os resultados dos instrumentos, foram criados 3 bancos de dados no programa SPSS 7.5 for std (Statistical Package for Social Sciences) .

A análise descritiva dos dados foi realizada através de gráficos de frequência .

Para verificar associação e dependência entre as variáveis, foram utilizadas tabelas de cruzamentos, teste Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, quando necessário. (LAPPONI, 1997)

3.6.1. Grupo I (pais)

- A margem de erro foi de 5,5%
- O nível de significância foi de 95%

3.6.2. Grupo II (professores)

- A margem de erro foi de 6,5%
- O nível de significância foi de 95%

3.6.3. Grupo III (diretores)

- A margem de erro foi de 4,5%
- O nível de significância foi de 95%.



4. RESULTADOS

4.1. ESTUDO DESCRITIVO

4.1.1. Detecção da Amostra

Grupo I

Das 1996 crianças da 1ª série do ensino fundamental das escolas estaduais do município de Maceió - AL encaminhadas para exame oftalmológico após triagem pelos professores, na Campanha Olho no Olho – 2000, foram sorteadas 263 (13,17%), as quais foram procuradas pelos entrevistadores em suas casas, para entrevista com o respectivo responsável. **(Fig.E2)**.

Dos 263 pais ou responsáveis procurados, 52 (19,69%) não foram localizados. Os motivos foram: criança mudou-se, criança transferida para outra escola, desistentes, sem dados na escola, endereço incompleto, falecimento, não encontrado morador em 3 visitas em dias diferentes, lugares inacessíveis ou perigosos. Foram substituídos de acordo com a metodologia estatística. Nenhum pai ou responsável convidado se negou a participar da pesquisa.

As entrevistas foram feitas entre 8 e 10 meses após a data marcada para a consulta.

Grupo II

Dos 364 professores da 1ª série nas 72 escolas estaduais estudadas, foram sorteados para entrevista 141 (38,73%). As entrevistas foram feitas entre 5 e 7 meses após as datas das consultas. **(Fig.E2)**

Dos professores procurados, 32 não trabalhavam na escola e foram substituídos, em igual número, através de sorteio já previsto na metodologia.

Grupo III

Dos 72 diretores das 72 escolas estaduais que participaram da Campanha Olho no Olho em 2000, na cidade de Maceió – AL, foram entrevistados aqueles que ainda trabalhavam nas escolas estudadas no momento da pesquisa. Assim o total de diretores entrevistados foi 62 (86,11%). **(Fig.E2)**

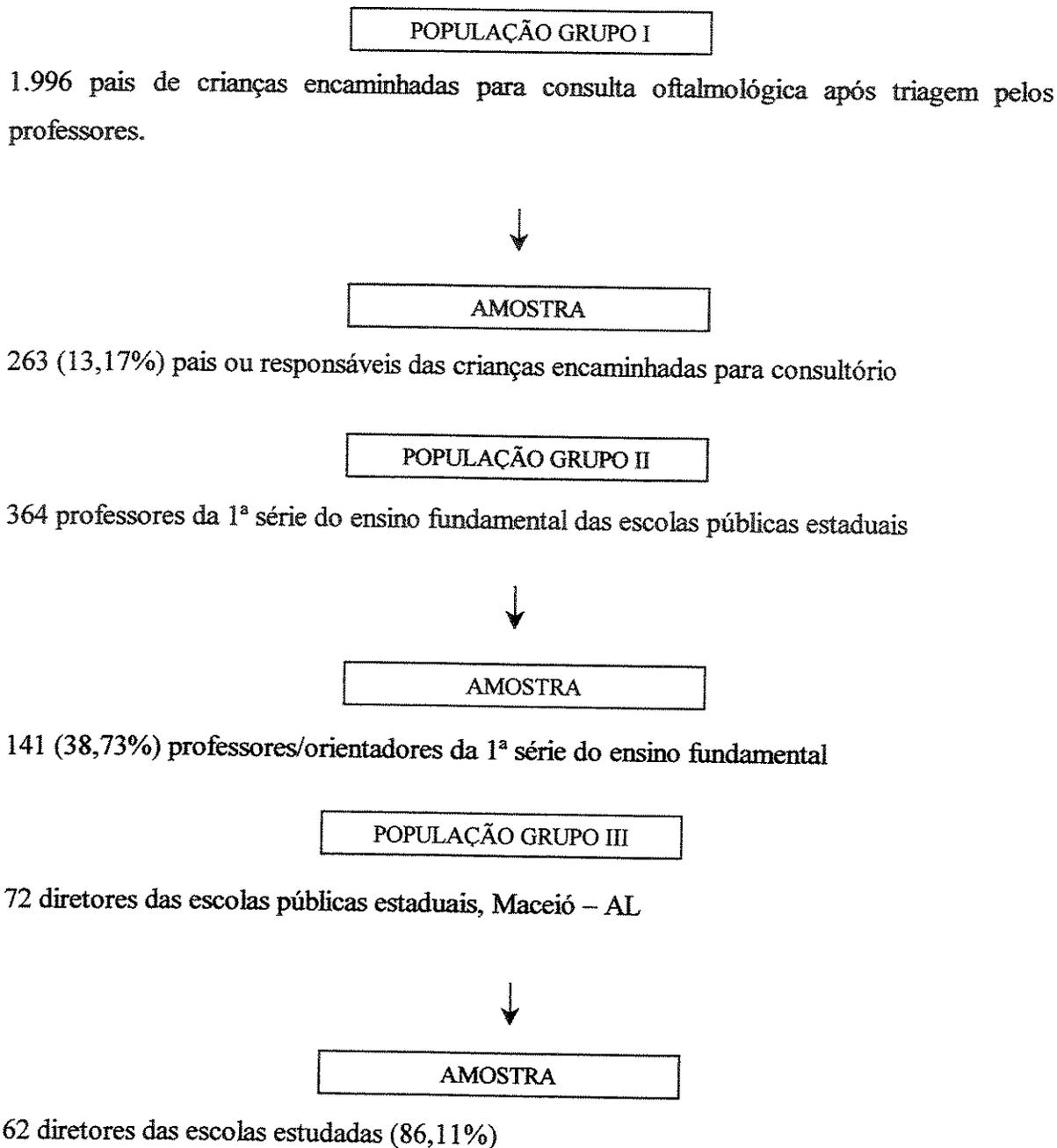


Fig.E2 Composição da amostra

4.1.2. Grupo I

4.1.2.1. Etapas da Campanha

Os motivos do encaminhamento à consulta das 263 crianças foram 59,32% apenas por seleção na escola, 36,12% com queixas visuais, 8,37% dos pais perceberam problemas visuais, 2,66% já usavam óculos e em 1,9% outras pessoas perceberam problemas visuais, havendo possibilidade de respostas múltiplas, exceto na resposta 1.(Figura 1).

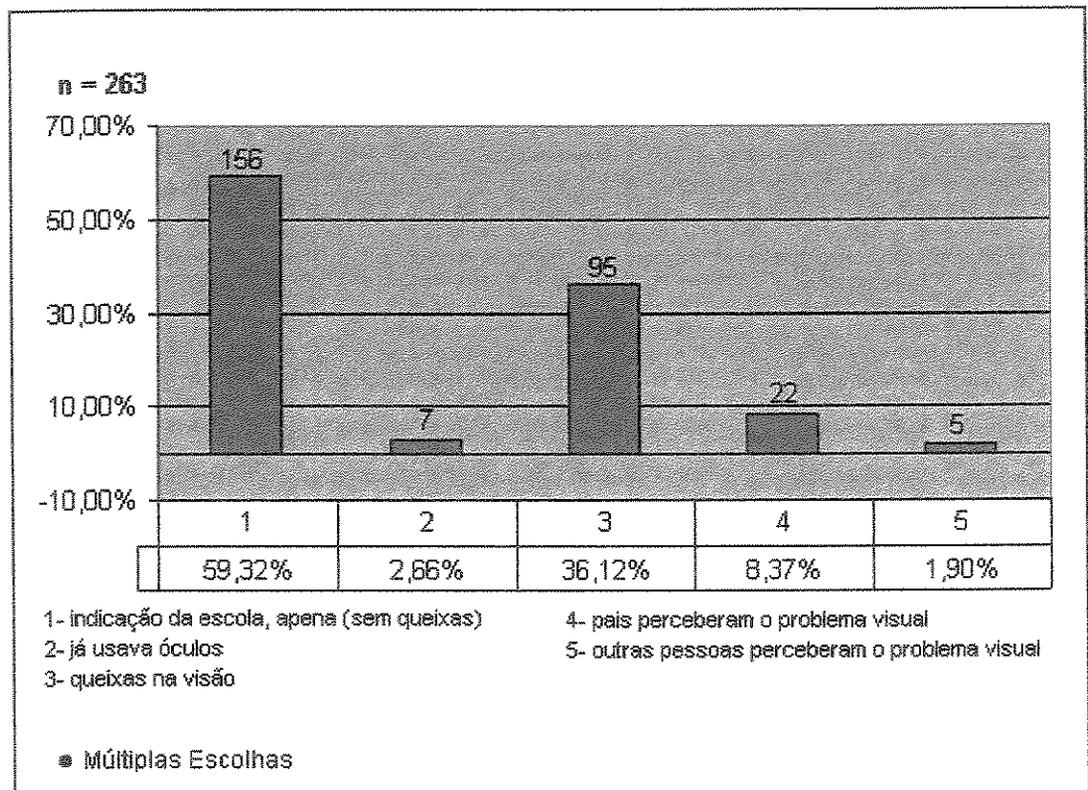


Figura 1 – Motivo do encaminhamento dos escolares da 1ª série do ensino fundamental das escolas estaduais – Maceió (AL) – 2001

Dessas 263 crianças, 89,35% compareceram à consulta.

Os principais motivos para faltar à consulta (10,65% faltaram), foram a falta de dinheiro para transporte em 28,57% e doença da criança em 14,29%. Observa-se, porém, a caracterização de outras causas não citadas em 28,57%.(Figura 2).

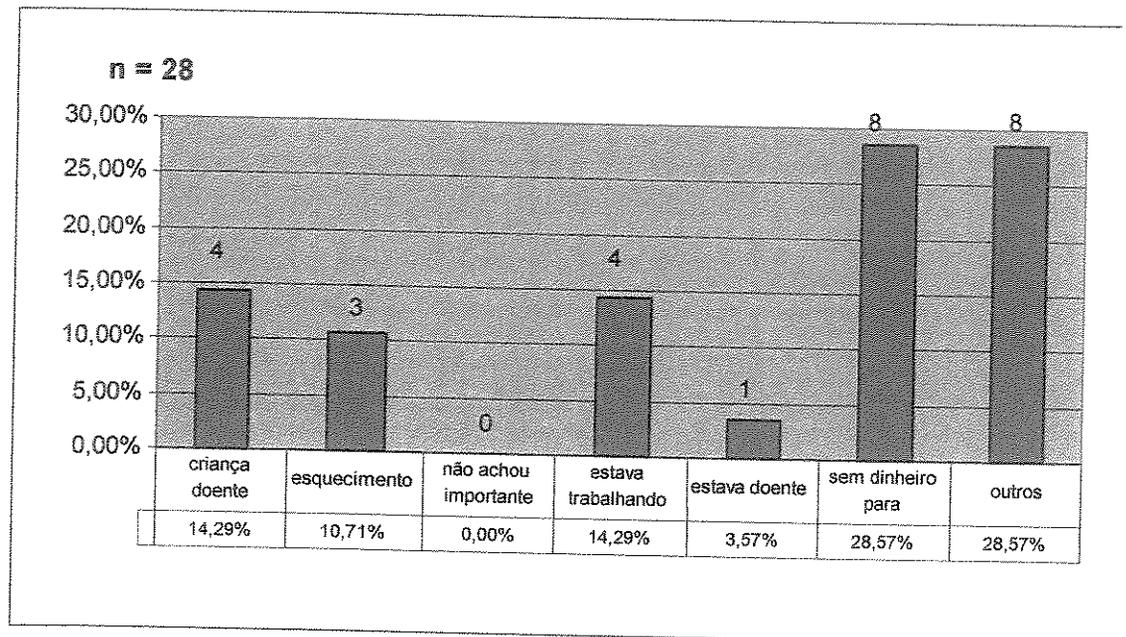


Figura 2 – Motivo para o absentismo de escolares da 1ª série do ensino fundamental das escolas estaduais à consulta, na Campanha Olho no Olho - 2000

Todos os entrevistados (100%), cujas crianças faltaram à consulta (10,69%), disseram que gostariam de uma nova oportunidade.

Das crianças que compareceram à consulta, 82,98% foram acompanhadas pelos entrevistados no dia do exame.

Quanto ao local das consultas, observou-se: 82,13% foram realizadas em mutirões em escolas da região, 15,74% em mutirões no Hospital Universitário e 2,13% em consultórios particulares dos médicos.(Figura 3).

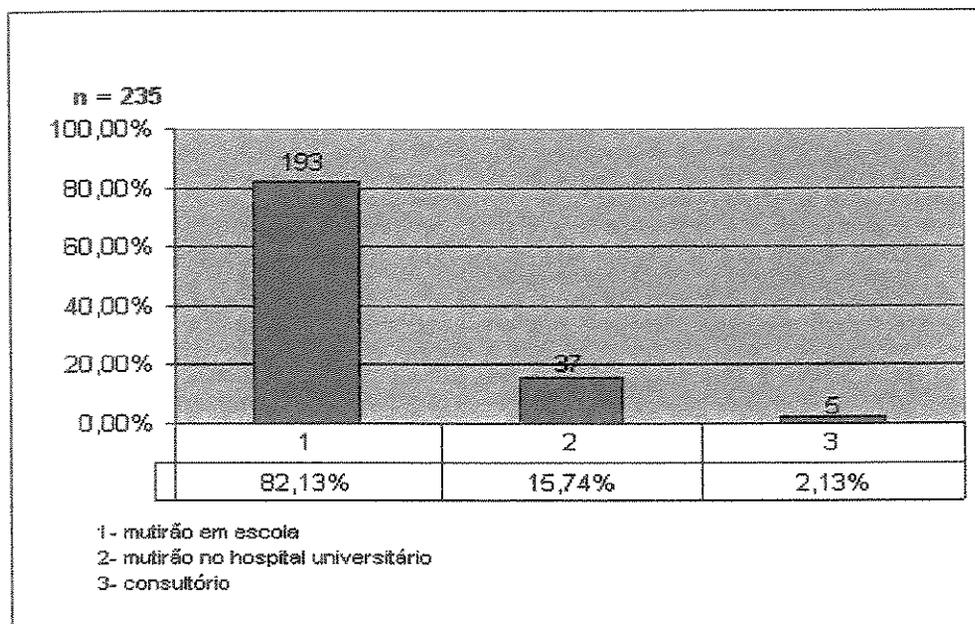


Figura 3 – Local de realização das consultas, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Dentre os entrevistados presentes à consulta, a opinião quanto ao local do atendimento médico foi 5,64% ótimo e 69,74% bom.(Figura 4).

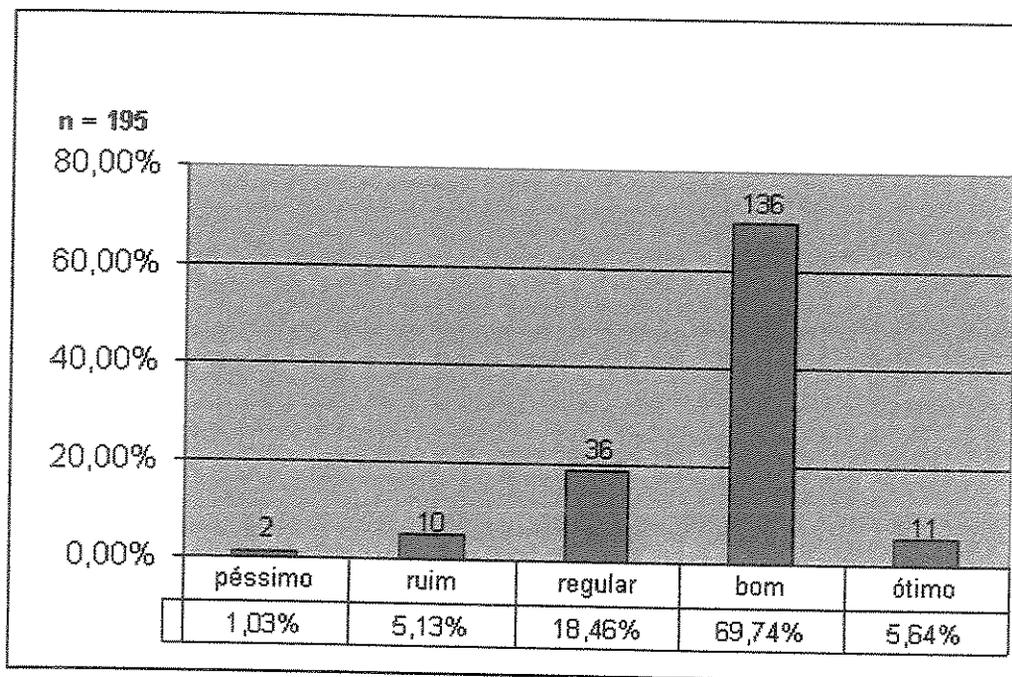


Figura 4 – Opinião dos entrevistados presentes na consulta, sobre o local do atendimento, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

A opinião desses quanto à organização da recepção às crianças no dia da consulta, foi dita como satisfatória em 67,69% dos casos.

Nas consultas feitas em mutirões, 62,11% dos pais acharam que o número de médicos atendendo foi suficiente.

Dos entrevistados que estavam presentes, 73,85% acharam que a informação sobre prescrição ou não de óculos na consulta foi bem compreendida.

Foram prescritos óculos para 47,23% das crianças, sendo que apenas 4,68% dos entrevistados disseram que não sabiam se havia sido prescrito óculos ou não.(Figura 5).

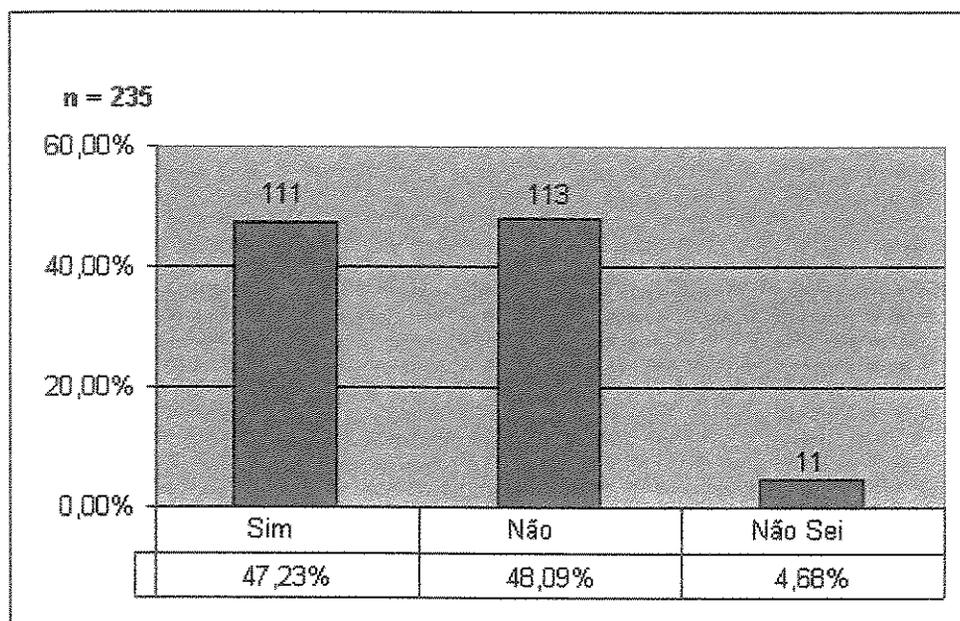


Figura 5 – Indicação do uso de óculos, segundo informação dos entrevistados, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

As crianças receberam óculos em 87,39% dos casos em que houve indicação.

Das crianças com indicação de uso de óculos, 65,77% dos seus responsáveis referiram que não houve demora na entrega dos mesmos.

Quanto ao material e aparência dos óculos, 64,95% dos entrevistados referiram ser bom. (Figura 6).

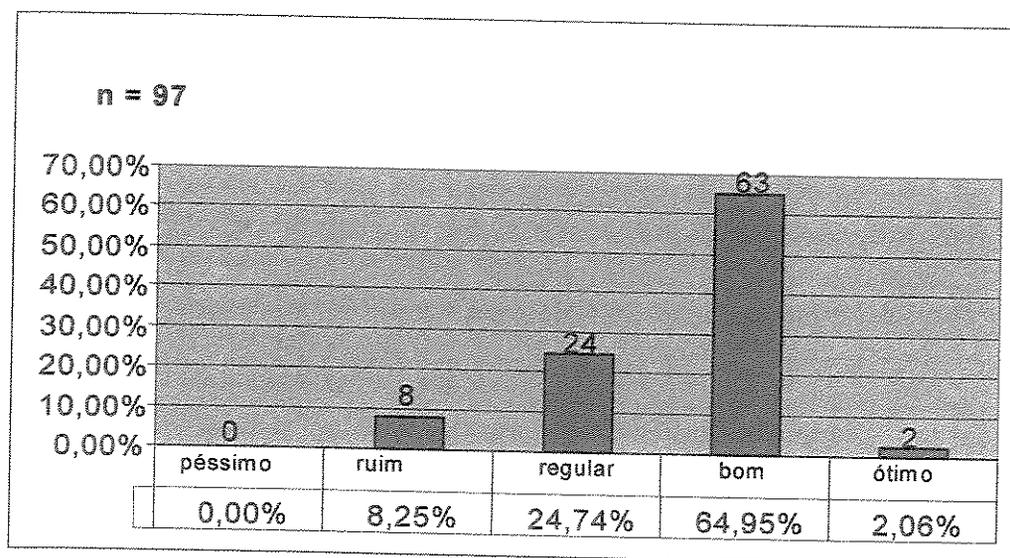


Figura 6 - Opinião de pais ou responsáveis quanto ao material e aparência dos óculos entregues aos escolares, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Ainda considerando essas crianças, 69,07% dos seus responsáveis responderam que elas gostaram dos óculos.

A criança estava usando os óculos em 79,38% dos casos.

Referiram melhora no rendimento escolar 77,32% dos entrevistados.
(Figura 7).

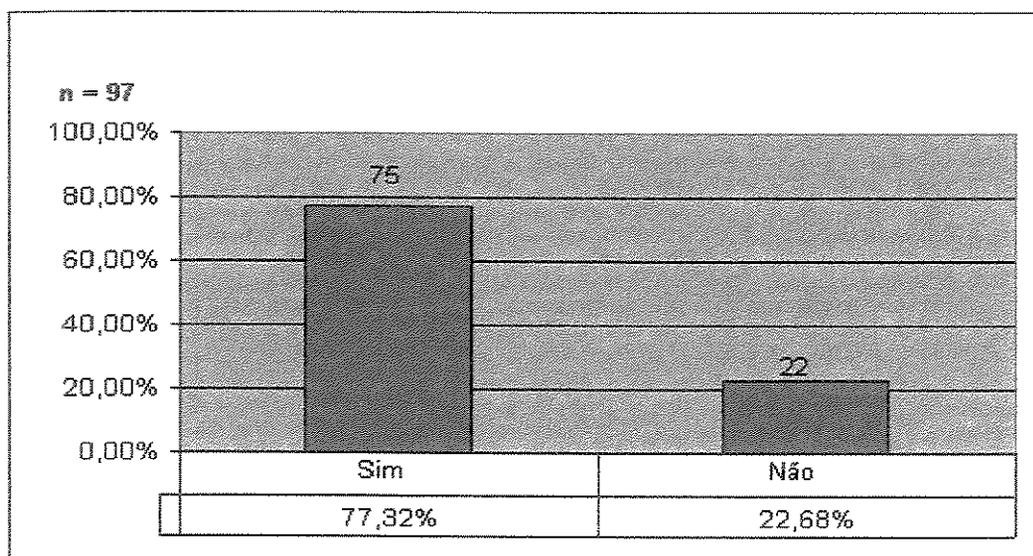


Figura 7 - Opinião dos pais entrevistados sobre melhora no rendimento escolar após o uso dos óculos doados na Campanha Olho no Olho - Maceió (AL) - 2000.

Não responderam as questões sobre a Campanha e características pessoais 10 (3,80%) entrevistados. Para 49,81% dos entrevistados, a Campanha foi considerada boa. (Figura 8).

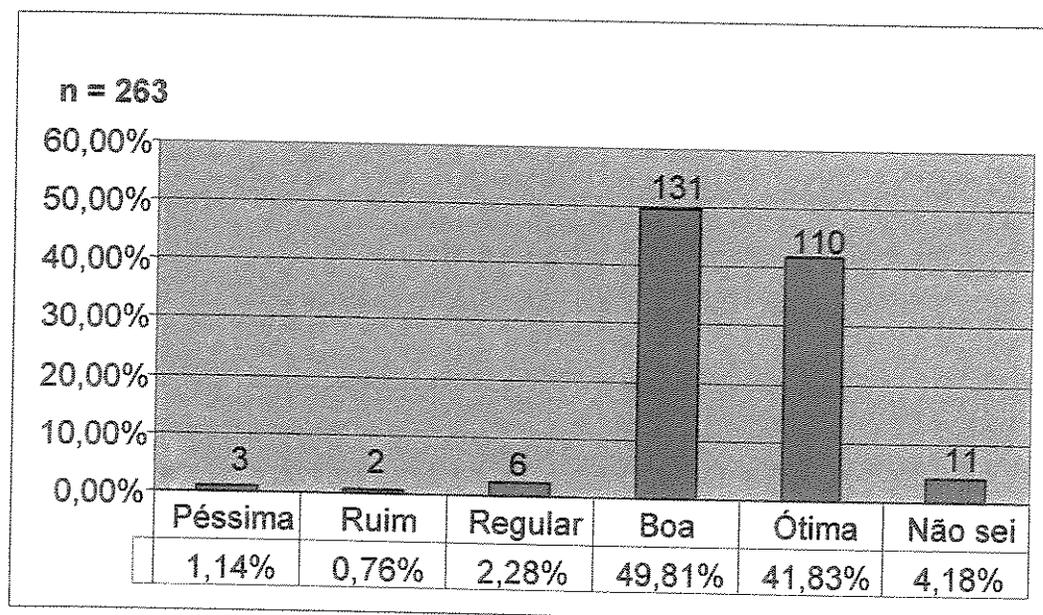


Figura 8- Opinião dos pais ou responsáveis entrevistados sobre a Campanha Olho no Olho - 2000 – Maceió (AL).

4.1.2.2. Características pessoais (Variáveis Independentes)

Dos entrevistados, 69,96% eram mães das crianças e 10,27% eram pais. (Figura 9).

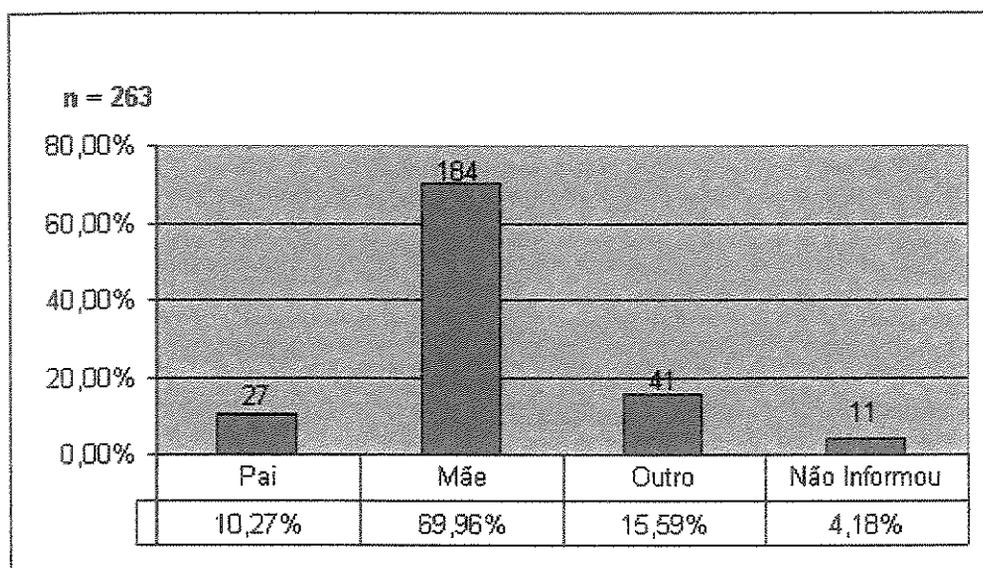


Figura 9 - Grau de parentesco entre o entrevistado e o escolar

Com relação à ocupação desenvolvida pelos entrevistados, observamos que 43,73% eram donas de casa, 22,43% eram trabalhadores manuais especializados ou semi-especializados (classificação de GOUVEIA, 1997), 18,24% pequenos funcionários ou equivalentes e 6,08% de desempregados (ANEXO 3).

Os resultados relativos à escolaridade dos entrevistados mostram que 66,92% sabiam ler e 77,19% haviam freqüentado uma escola e desses 50,74% estudaram até a 4ª série.(Figura 10).

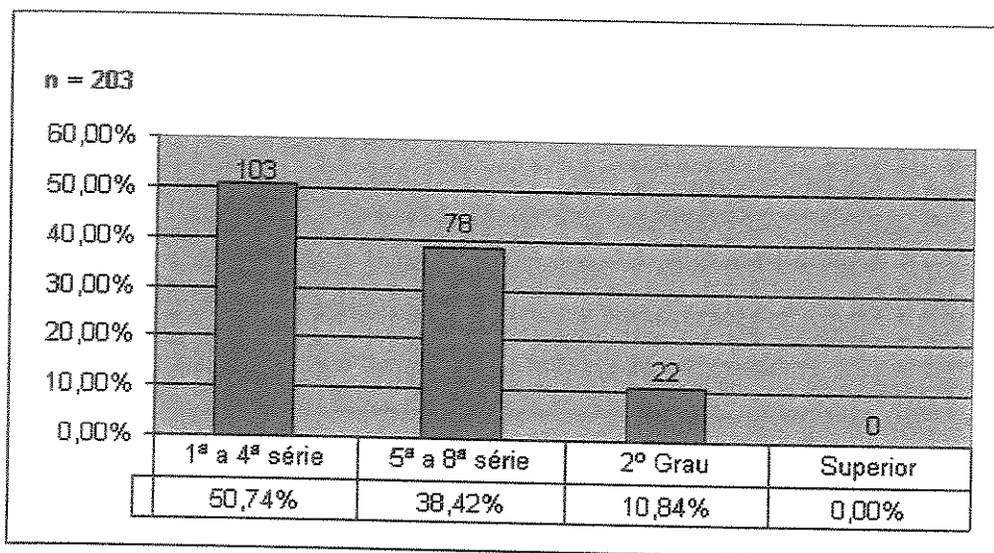


Figura 10 – Grau da escolaridade dos pais ou responsáveis dos escolares encaminhados para consulta, Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Em relação à renda familiar, 20,91% afirmaram ser até R\$ 151,00 (1 salário mínimo na época), 50,95% entre R\$ 152,00 e R\$ 300,00, 22,43% entre 301,00 e R\$ 500,00.(Figura 11).

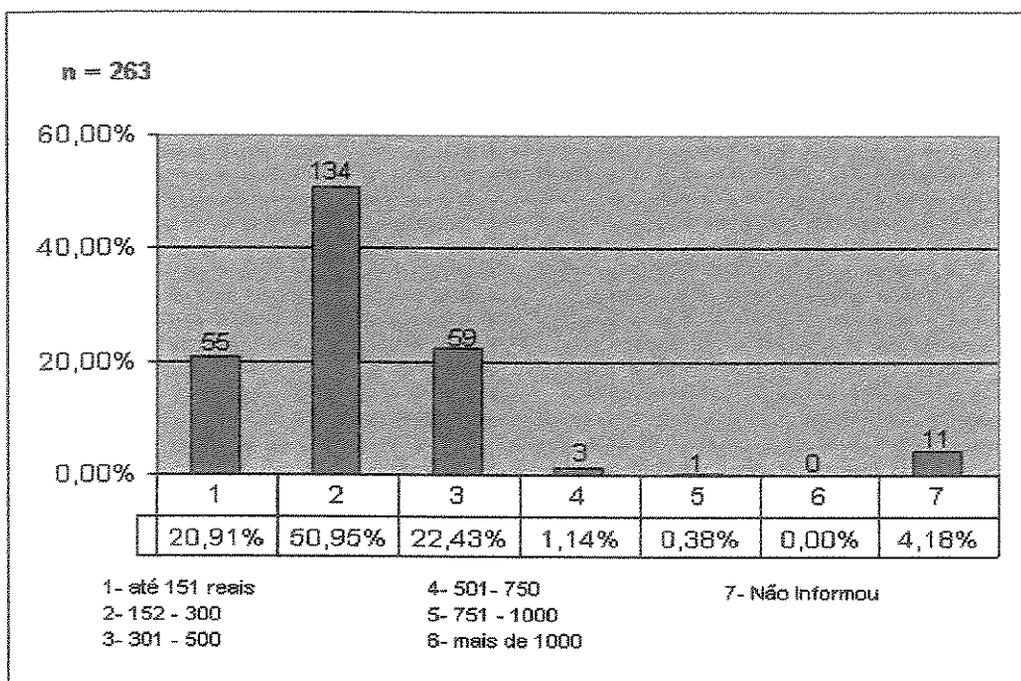


Figura 11 – Frequência da renda familiar dos pais ou responsáveis entrevistados, Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Dos 263 entrevistados, 15,59% referiram fazer uso de correção óptica e desses, 22,81% disseram ter dificuldades visuais mesmo com óculos.

4.1.3. Grupo II

4.1.3.1. Etapas da Campanha

A qualidade do material informativo e para o trabalho na Campanha foi considerada, pelos professores, como boa ou ótima em 77,31%.(Figura 12).

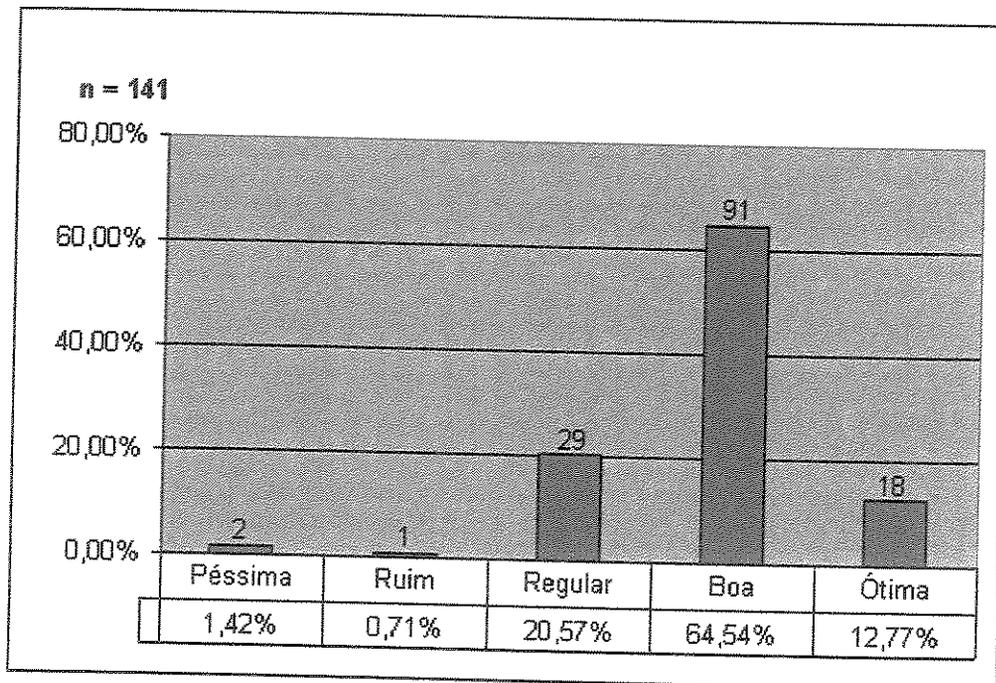


Figura 12 - Opinião de professores sobre a qualidade do material recebido para Campanha Olho no Olho -2000- Maceió (AL).

Dos 141 professores, 24,11% referiram ter tido alguma dificuldade com o material recebido; desses 70,58% referiram como principais causas a quantidade ter sido insuficiente e a falta de informativo para os pais.(Figura 13).

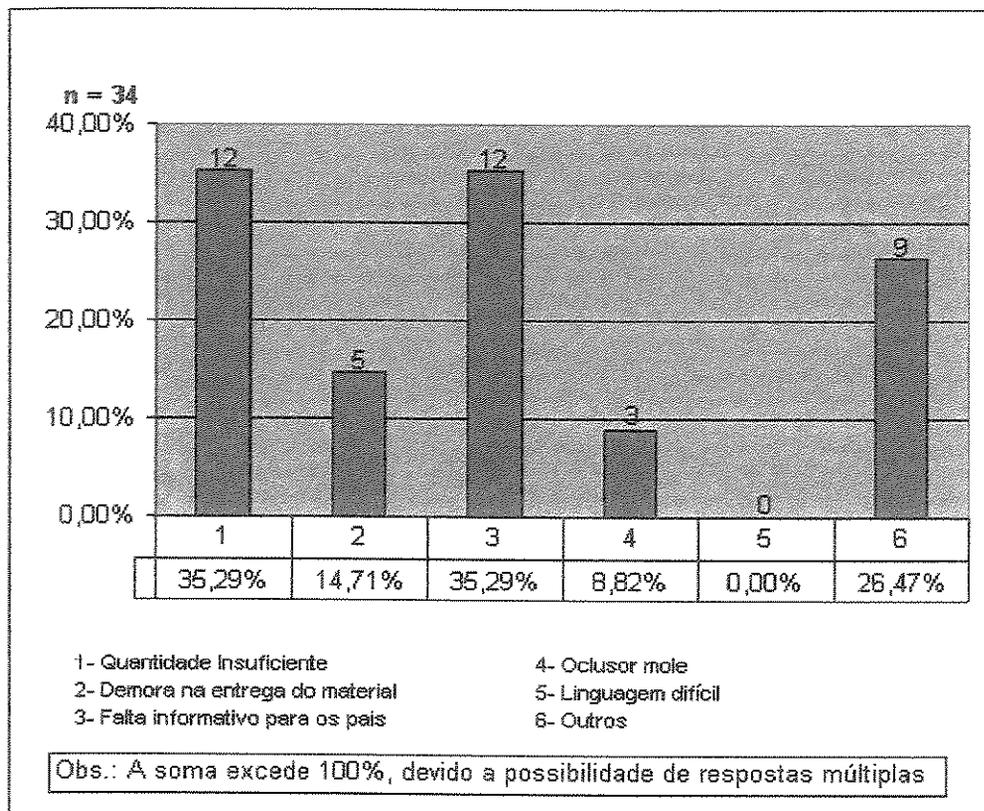


Figura 13 - Dificuldades referidas pelos professores quanto ao material recebido para Campanha Olho no Olho –2000- Maceió (AL).

Sobre o treinamento recebido, 61,70% dos professores referiram ter sido bom ou ótimo. (Figura 14).

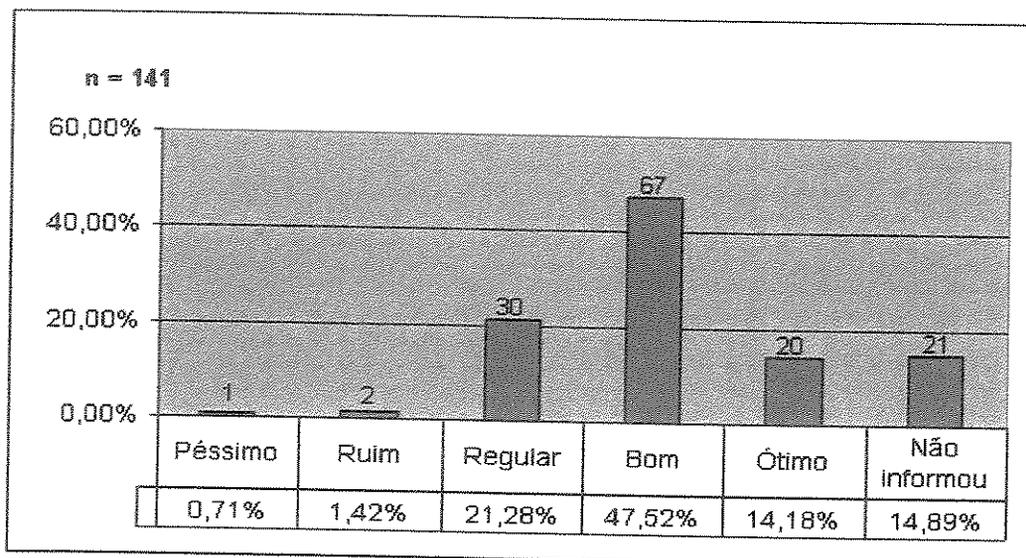


Figura 14 - Opinião dos professores quanto ao treinamento recebido para Campanha Olho no Olho –2000 –Maceió (AL).

Quanto à aplicação do teste da acuidade visual pelos professores 64,54% referiram não ter tido dificuldade.

Daqueles que tiveram dificuldades, as principais causas relatadas foram a colaboração dos alunos em 45% e a falta de um especialista para a aplicação do teste em 42,50%.(Figura 15).

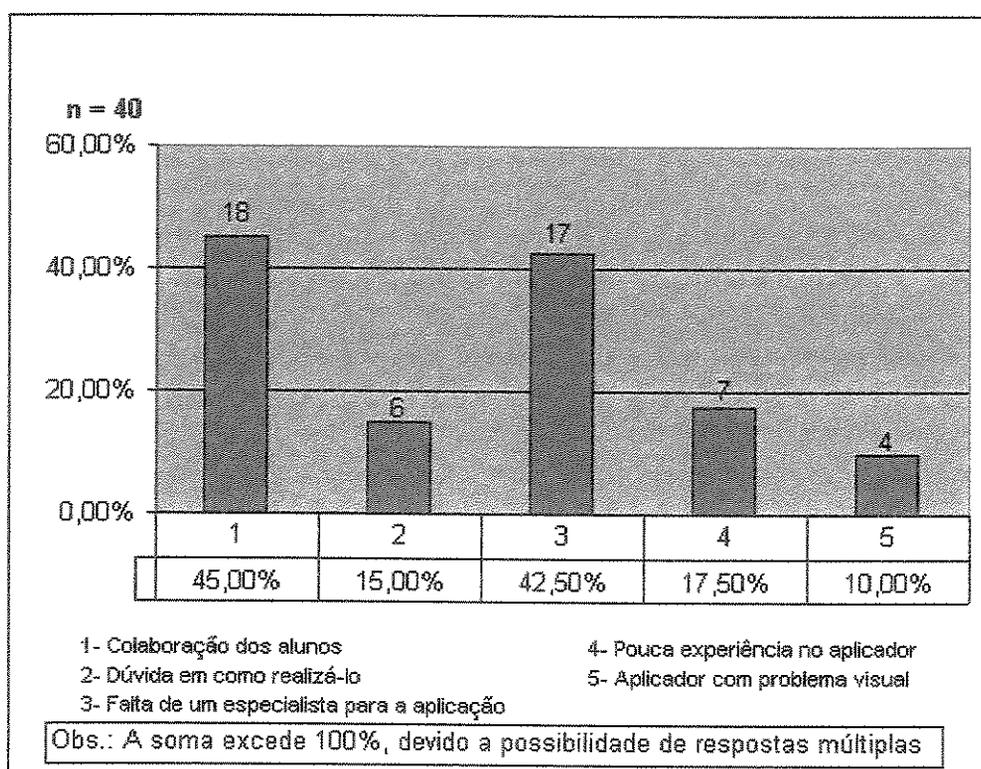


Figura 15 - Dificuldades relatadas pelos professores na aplicação do teste de acuidade visual na Campanha Olho no Olho – 2000 - Maceió (AL).

Em relação ao comparecimento das crianças da sua classe à consulta médica, 32,62% dos professores responderam que todos os escolares foram ao atendimento.

Quanto ao local do atendimento médico, 60,28% disseram as crianças de sua classe foram atendidas em mutirões em escola da região; 20,57% em mutirão no Hospital Universitário e 19,15% em consultório particular dos médicos.

Dos 141 professores, 17,02% estavam presentes no dia da consulta e desses 50,00% referiram ser bom ou ótimo o local do atendimento, 37,50% referiram ser regular, 4,17% ruim e 8,33% péssimo.

Quanto a opinião dos entrevistados, presentes no dia do atendimento, sobre a organização e recepção dos pais e crianças, 58,33% referiram não ter sido satisfatória.

Nos atendimentos em mutirões 70,83% dos professores presentes acharam que o número de médicos não foi suficiente.

A informação se a criança iria ou não usar óculos, após a consulta, foi bem compreendida em 70,83% das respostas, desses professores.

Em relação ao material e estética dos óculos, 24,82% dos 141 entrevistados acharam regular, 35,46% bom e 4,26% ótimo. Não opinaram 24,11%.

Os professores disseram que as crianças gostaram dos óculos em 41,13% dos casos e que não sabiam em 36,17%.

Quanto à entrega dos óculos, 52,48% acharam que houve demora, e 48,94% disseram que todas as crianças da sua classe às quais foi indicado óculos, os receberam e 26,95% não sabiam se as crianças haviam recebido.

Em relação ao uso dos óculos, 26,24% responderam que todas as crianças estavam usando, 26,24% que algumas, 9,93% nenhuma e em 37,59% não sabiam.

Quanto ao rendimento escolar das crianças que receberam os óculos, 61,70% dos professores disseram que não foi possível avaliar se houve mudança. O principal motivo, desses, foi que não acompanharam a criança após a entrega dos óculos em 66,67%.

Dos 38,30% (n=54) dos professores que perceberam diferença no rendimento escolar das crianças da sua classe, 37,04% o fizeram em todas as crianças. (Figura 16).

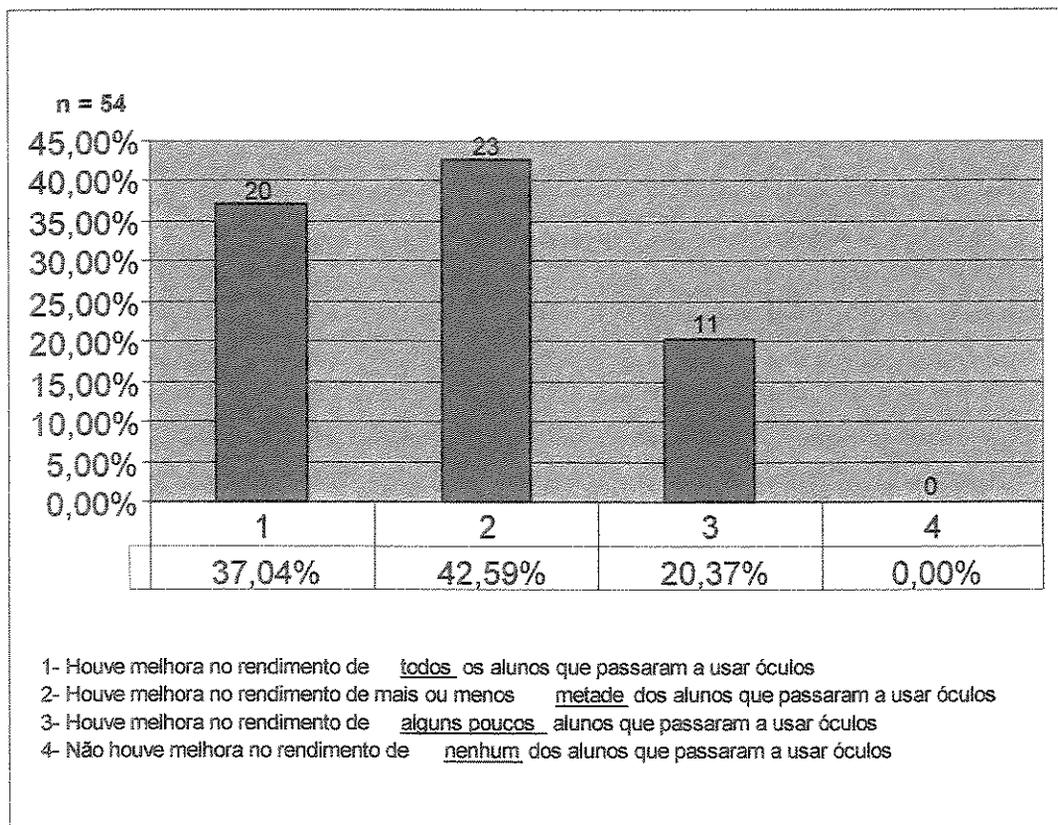


Figura 16 - Melhora do rendimento escolar observada pelo professor nos escolares que usaram os óculos fornecidos na Campanha Olho no Olho – 2000 - Maceió (AL).

Para 73,05% professores, a frase que melhor descreveu a Campanha foi: “Boa, porém necessita de reformulações”. A frase “Maravilhosa, atendendo às expectativas e resolvendo o problema da falta de óculos na população alvo, como se propôs” foi citada por 4,11%. (Figura 17).

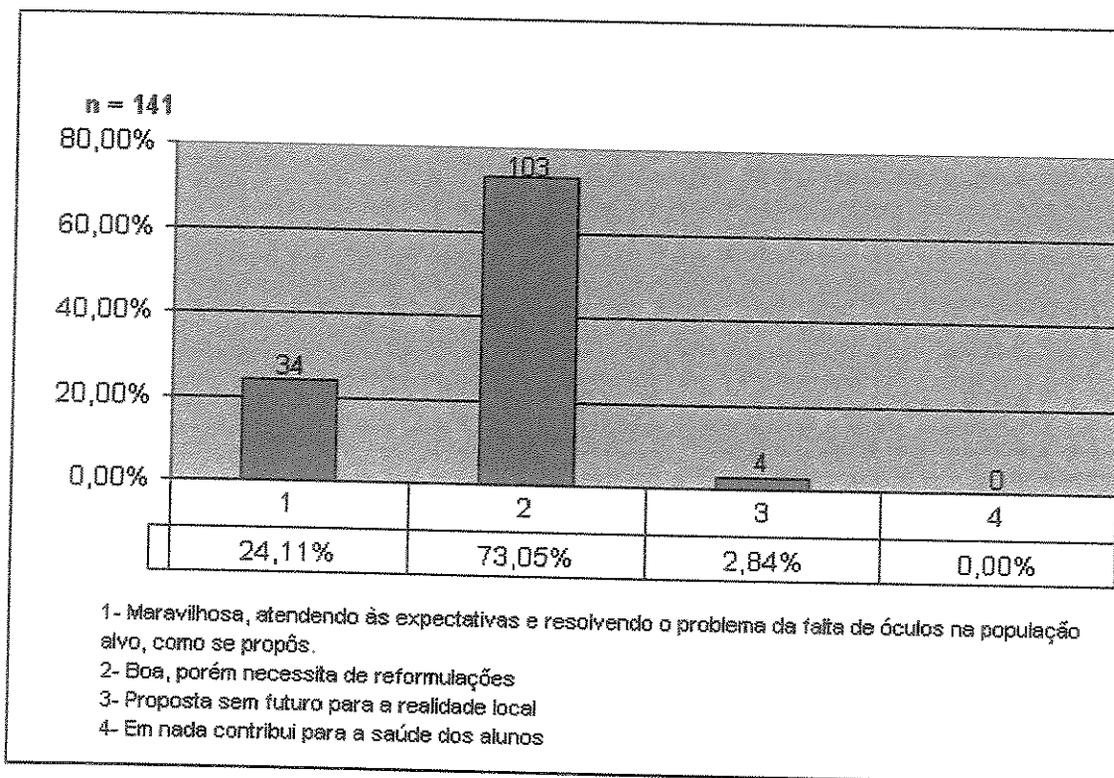


Figura 17 - Opinião do professor sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 - Maceió (AL).

A opinião em relação a sua participação na campanha foi “Gostei muito, senti-me útil com o trabalho realizado, fazendo parte de um esforço coletivo da sociedade em prol da saúde das crianças da rede pública da educação” em 53,90% das citações propostas. (Figura 18).

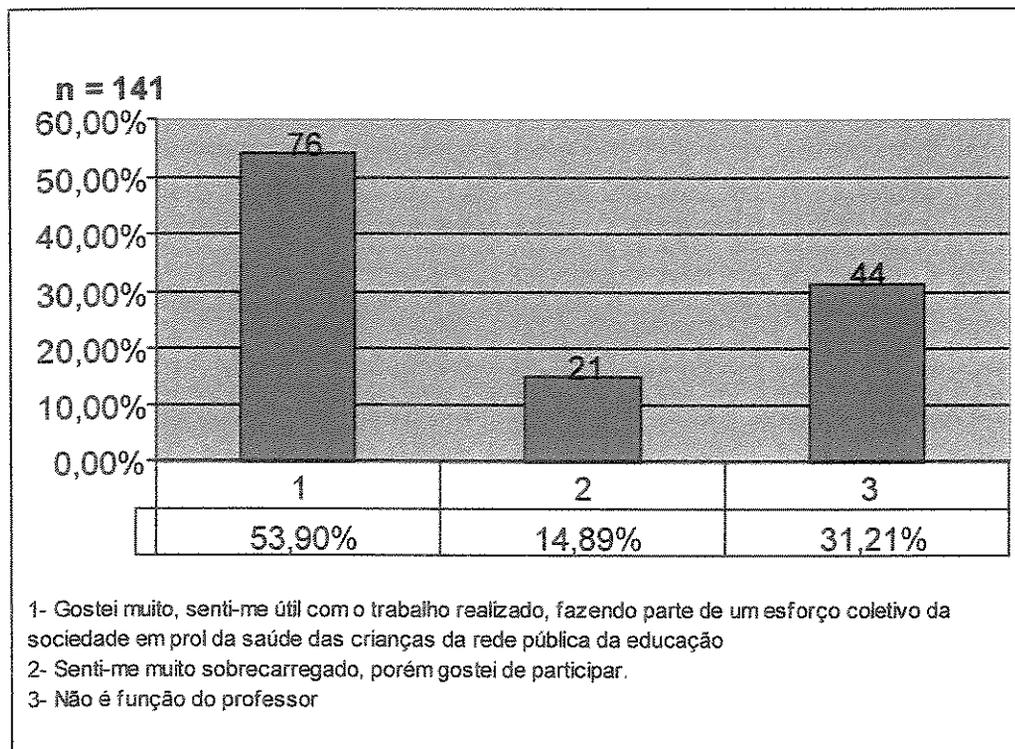


Figura 18 - Opinião do professor sobre sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 - Maceió (AL).

4.1.3.2. Características pessoais

Mais de 80% dos entrevistados tinham entre 30 e 50 anos de idade. (Figura 19).

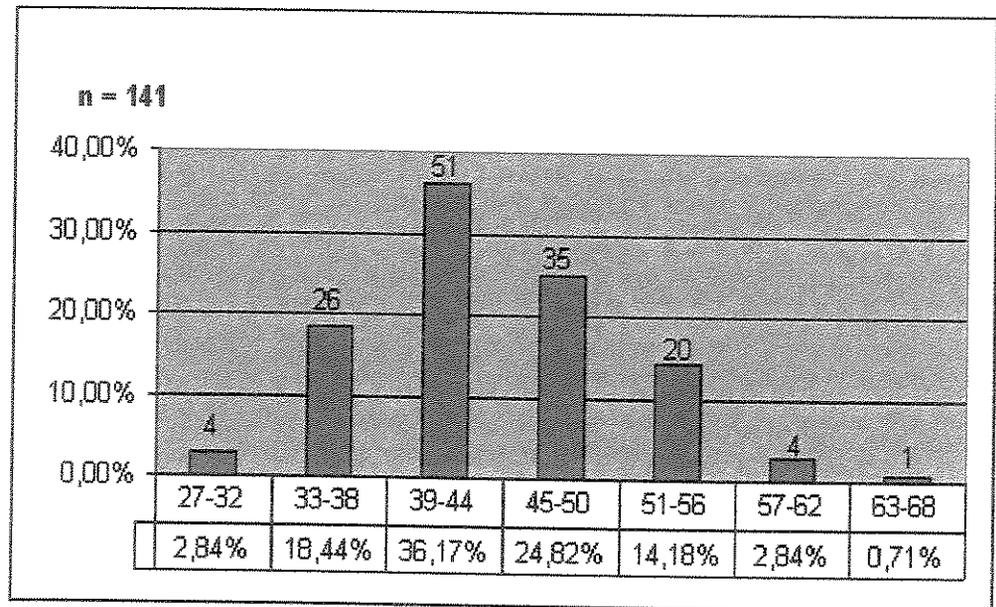


Figura 19 - Distribuição dos professores entrevistados da Campanha Olho no Olho –2000, segundo idade - Maceió (AL).

A grande maioria dos professores entrevistados não trabalha em escola privada (97,16%) e 92,20% têm carga horária semanal de 40 horas.

Em relação à escolaridade, 43,97% têm o 2º grau ou magistério completo e 43,26% têm curso superior completo.

Dos 141 entrevistados, 72,34% responderam que faziam uso de correção óptica e que 38,30% tinham alguma dificuldade para enxergar mesmo com óculos.

Quanto à saúde ocular da família, 34,75% referiram algum filho fazendo uso de correção óptica.

4.1.3.3 . Sugestões

Ao final do Instrumento II, foi feita uma pergunta aberta, sobre as sugestões dos entrevistados para melhorar a Campanha.

Todas as sugestões dadas serão listadas abaixo com o número de vezes que foram citadas:

- Especialista para o teste de triagem – 63 (44,68%)
- Agilidade na entrega dos óculos – 49 (34,75%)
- Campanha abranger todas as séries – 44 (31,2%)
- Melhorar qualidade e estética dos óculos – 26 (18,43%)
- Continuidade da Campanha – 22 (15,60%)
- Melhorar organização no atendimento médico – 21 (14,89%)
- Começar a Campanha no início do ano – 20 (14,18%)
- Maior espaço de tempo entre o treinamento e a entrega do resultado da triagem – 19 (13,47%)

- Estender Campanha aos professores – 16 (11,34%)
- Acompanhamento das crianças que receberam os óculos – 14 (9,93%)
- Atendimento médico ser feito na própria escola – 14 (9,93%)
- Orientação aos pais – 11 (7,80%)
- Treinamento mais longo e eficaz – 11 (7,80%)
- Maior divulgação – 6 (4,25%)
- Transporte para os escolares no dia do mutirão – 6 (4,25%)
- Melhorar locais de atendimento – 6 (4,25%)
- Melhor informação sobre a indicação e entrega dos óculos – 4 (2,83%)
- Melhor informação sobre data e local das consultas – 4 (2,83%)
- Óculos serem entregues na escola – 4 (2,83%)
- Pais receberem os óculos na óptica – 2 (1,41%)
- Segunda chance para a consulta – 2 (1,41%)
- Intercâmbio entre médico e escola – 2 (1,41%)
- Melhor controle para que todas as crianças sejam atendidas – 2 (1,41%)
- Método mais eficiente para triagem – 2 (1,41%)
- Atendimento à comunidade – 2 (1,41%)
- Maior objetividade e eficiência – 2 (1,41%)
- Gratificação para professores – 1 (0,71%)
- Oftalmologista fazer a triagem – 1 (0,71%)
- Material suficiente – 1 (0,71%)
- Melhor local para a triagem – 1 (0,71%)
- Maior engajamento da Secretaria de Educação – 1 (0,71%)
- Comunicar treinamento com antecedência – 1 (0,71%)
- Atender as crianças que não foram consultadas no ano passado – 1 (0,71%)

4.1.4. Grupo III

A pesquisa com os diretores, seguiu a mesma dinâmica que a dos professores.

4.1.4.1. Etapas da Campanha

Para 87,09% dos diretores o material para campanha foi considerado bom ou ótimo.

Para os que relataram problemas com o material recebido (9,67%), referiram como principais causas: quantidade insuficiente, falta de informativo aos pais e demora na entrega do material, em porcentagens equivalentes (33,33%). (Figura 20).

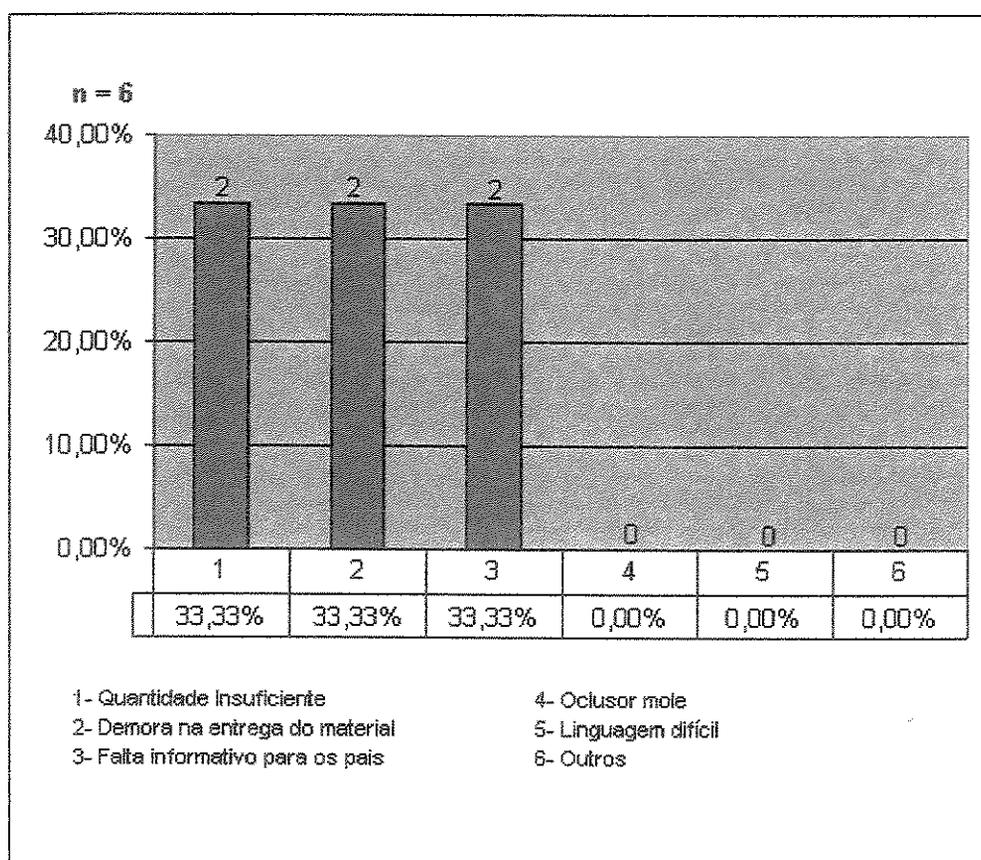


Figura 20 - Opinião dos diretores sobre a qualidade do material recebido para Campanha Olho no Olho – 2000- Maceió (AL).

Sobre o treinamento recebido, os diretores referiram que foi regular em 16,23%, bom em 37,10% e ótimo em 14,52%, sendo que 29,03% não opinaram.

Quanto à aplicação do teste da acuidade visual pelos diretores, 29,03% não aplicaram o teste e 54,84% não referiram dificuldades.

Daqueles 16,13% dos diretores que referiram dificuldades na aplicação do teste, as principais causas foram a colaboração dos alunos em 50% e a falta de um especialista para a triagem em 37,50%. (Figura 21).

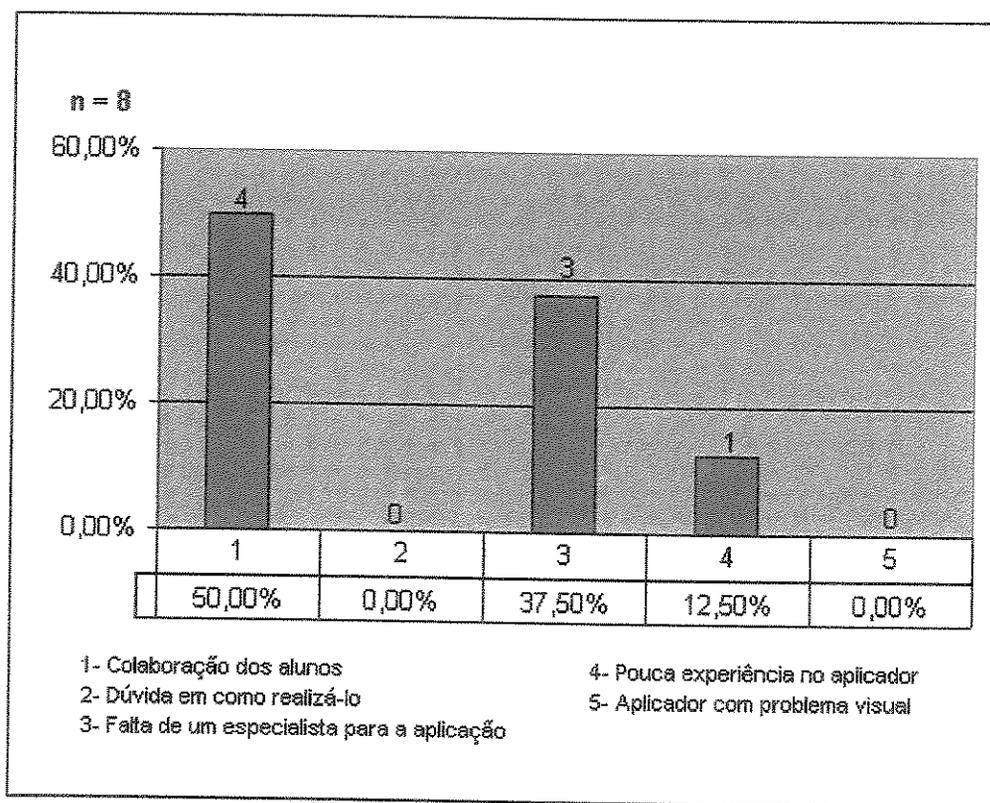


Figura 21 – Dificuldades na aplicação do teste de acuidade visual, segundo opinião dos diretores das escolas estaduais da Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Em relação ao comparecimento das crianças da sua escola à consulta médica, 43,55% responderam que todos os escolares foram ao atendimento, 38,71% alguns, 6,45% nenhum e 11,29% não sabiam.

Quanto ao local do atendimento médico, 54,88% responderam que foi realizado em mutirões em escola da região, 22,58% em mutirão no Hospital Universitário e 22,58% em consultório particular dos médicos.

Dos 62 diretores, 27,42% estavam presentes no local da consulta.

A opinião sobre o local do atendimento desses diretores foi 5,88% péssimo, 5,88% ruim, 11,76% regular, 52,94% bom e 23,53% ótimo.

Sobre a organização da recepção dos pais e crianças, ela foi satisfatória em 76,47% das respostas.

Nos atendimentos em mutirões, 8,33% dos diretores presentes responderam que o número de médicos foi suficiente, 22,92% acharam que não foi e 68,75% não sabiam informar (Figura 22).

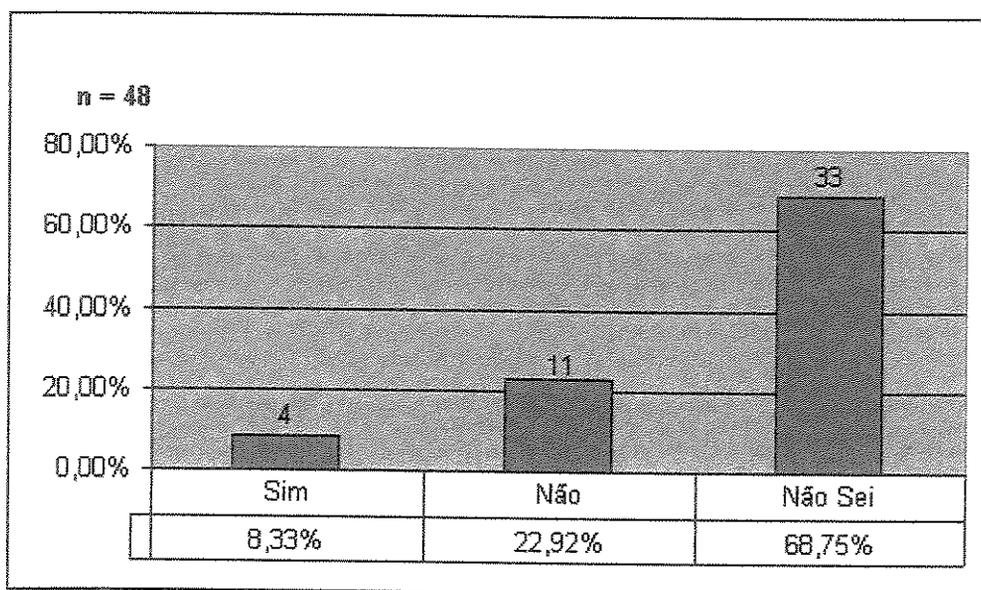


Figura 22 – Opinião dos diretores das escolas estaduais sobre o número de médicos atendendo nos mutirões na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

A informação se a criança iria ou não usar óculos, após a consulta, foi bem compreendida por 64,71% desses diretores.

Em relação ao material e estética dos óculos, 38,7% dos 62 entrevistados acharam bom e ótimo, 25,81% regular e 19,35% não opinaram. (Figura 23).

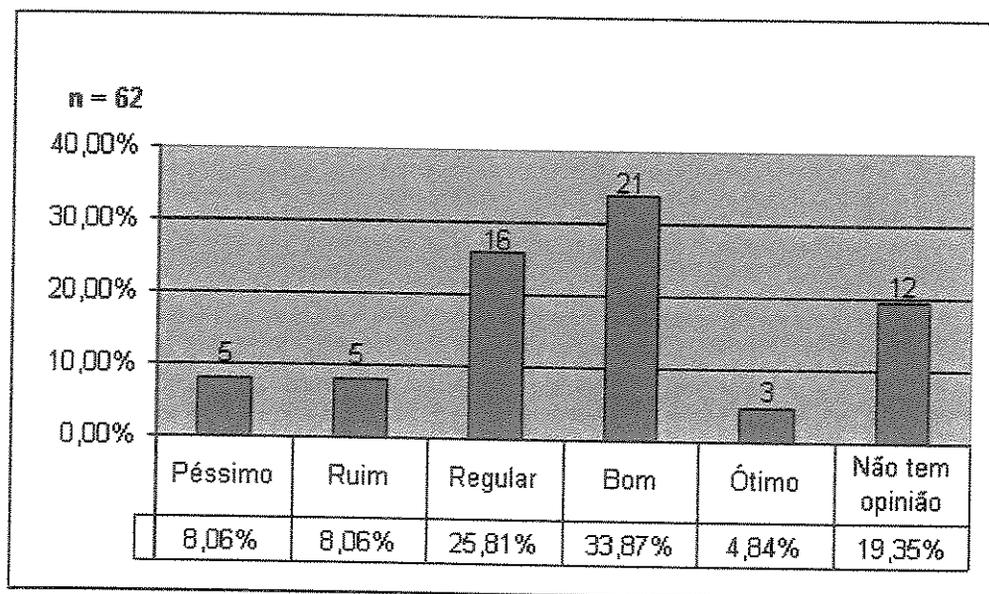


Figura 23 – Opinião dos diretores das escolas estaduais sobre os óculos fornecidos na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Os diretores referiram que as crianças gostaram dos óculos em 54,84% dos casos.

Quanto à entrega dos óculos, 67,74% responderam que houve demora. Porém, 48,39% afirmaram que todas as crianças da sua escola receberam os óculos prescritos, sendo que 22,58% não sabiam informar (Figura 24).

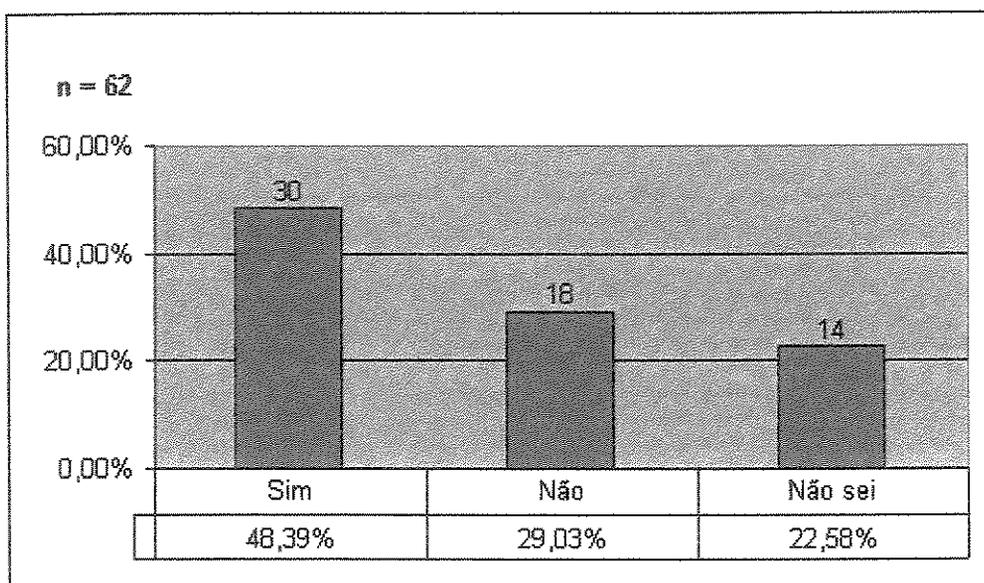


Figura 24 - Recebimento de óculos pelos escolares na Campanha Olho no Olho - 2000, segundo opinião dos diretores de escolas estaduais que participaram da campanha - Maceió (AL).

Aproximadamente 50,00% dos diretores não opinaram sobre questões referentes ao uso dos óculos e melhora no rendimento escolar dos alunos de sua escola.

Para 75,81% dos diretores, a frase que melhor descreveu a Campanha foi: “Boa, porém necessita de reformulações”. A frase “Maravilhosa, atendendo às expectativas e resolvendo o problema da falta de óculos na população alvo, como se propôs” foi citada por 19,85% (Figura 25).

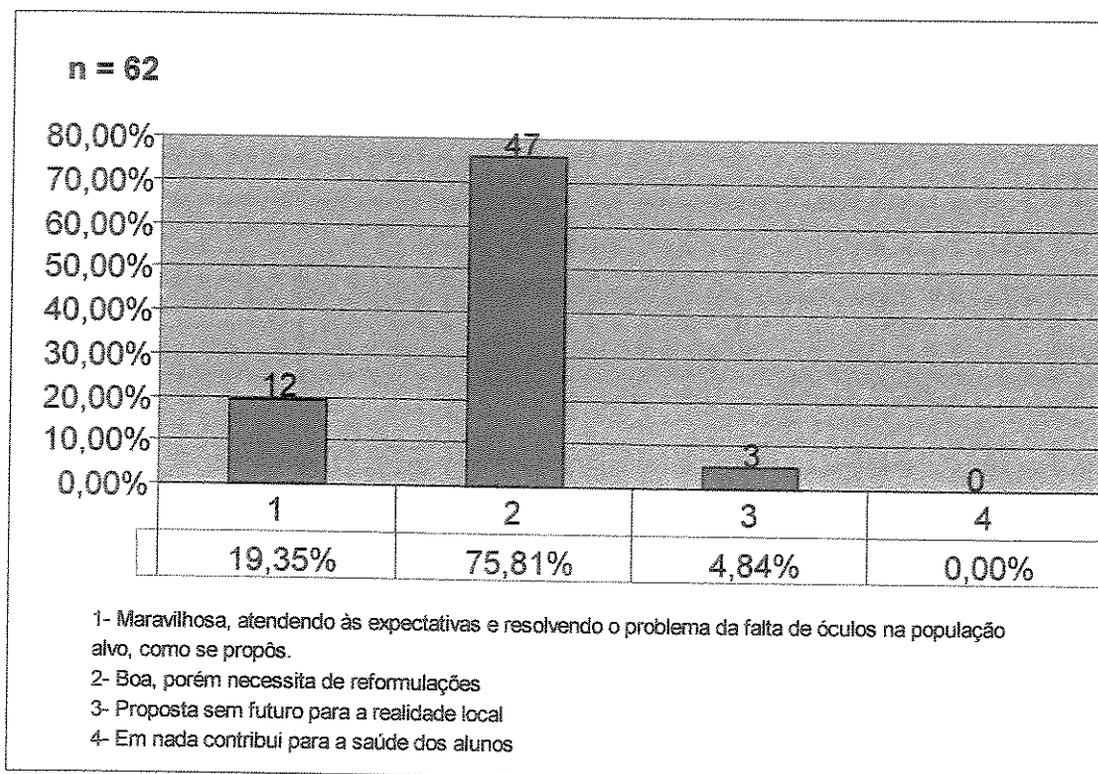


Figura 25 – Opinião dos diretores das escolas estaduais sobre a Campanha Olho no Olho -2000 - Maceió (AL).

A opinião em relação à sua participação na Campanha foi: “Gostei muito, senti-me útil com o trabalho realizado, fazendo parte de um esforço coletivo da sociedade em prol da saúde das crianças da rede pública da educação “ em 72,58% das citações propostas (Figura 26).

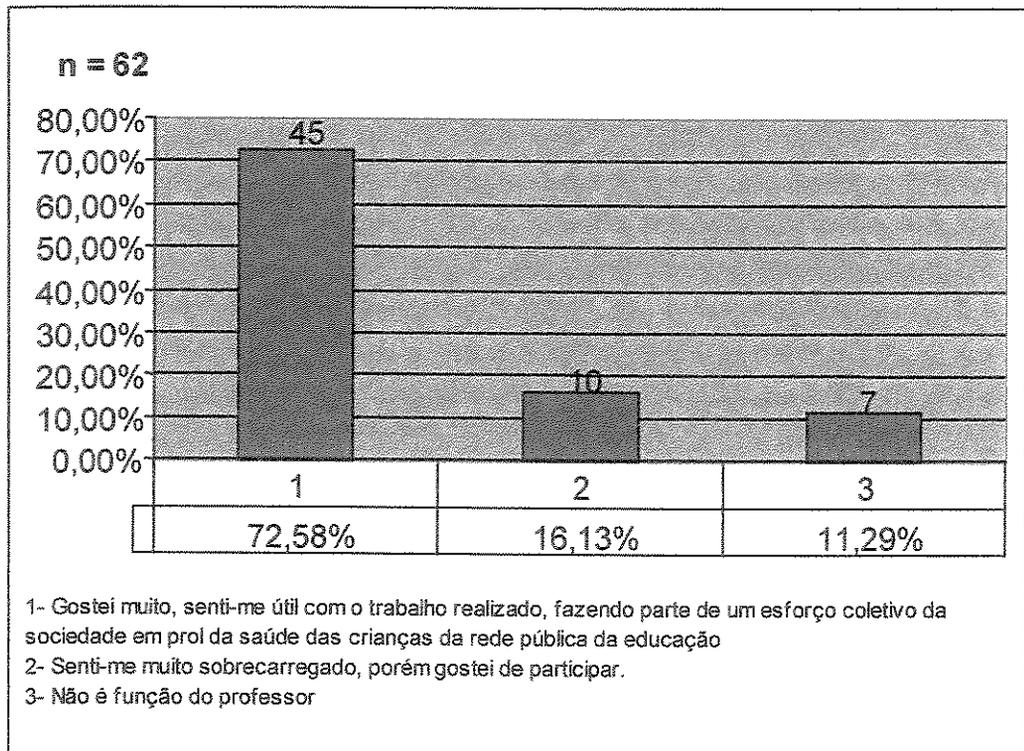


Figura 26 - Opinião dos diretores de escolas estaduais em relação à sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 - Maceió (AL).

4.1.4.2. Características Pessoais

Com relação à idade dos diretores entrevistados, 80,64% tinham entre 43-54 anos de idade.

A grande maioria dos diretores não trabalhava em escolas privadas (93,55%). Dos que trabalhavam, 75,00% o faziam com carga horária de 20h semanais.

No serviço público, 98,39% têm carga horária semanal de 40h.

Com relação à escolaridade, 75,81% têm curso superior completo.

Dos 62 entrevistados, 85,48% responderam que faziam uso de correção óptica e que 25,81% tinham alguma dificuldade para enxergar mesmo com óculos.

Quanto à saúde ocular familiar, 48,39% referiram ter algum filho fazendo uso de correção óptica.

4.2. ESTUDO ANALÍTICO

4.2.1. Grupo I (Pais)

A análise da frequência do comparecimento da criança à consulta relacionada ao motivo do encaminhamento mostra que todos os escolares que já usavam óculos vão à consulta e aqueles com problemas visuais percebidos antes da triagem, também comparecem mais (94,26%). Aqueles só com indicação pela triagem faltam mais (13,5%). (tabela 1-A).

Tabela 1-A – Relação entre o motivo do encaminhamento à consulta e o comparecimento dos escolares à consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Motivo do encaminhamento*		Criança Foi		Total
		Sim	Não	
Indicação da Escola	<i>f</i>	135	21	156
	%	86,5	13,5	100,0
Já usava óculos	<i>f</i>	7	0	7
	%	100,0	0,0	100,0
Queixas na visão	<i>f</i>	90	5	95
	%	94,7	5,3	100,0
Pais perceberam	<i>f</i>	20	2	22
	%	90,9	9,1	100,0
Outros perceberam	<i>f</i>	5	0	5
	%	100,0	0,0	100,0

* Múltipla escolha

A relação entre os motivos de encaminhamento à consulta e o comparecimento à consulta é mostrada na **tabela 1-B**, onde verifica-se, ainda, a frequência das associações dos motivos de encaminhamentos. Das crianças que já usavam óculos (2,66%), 57,14% dos pais responderam que elas apresentavam queixas visuais (ver associação entre 2 e 3)

Tabela 1-B – Relação entre o motivo do encaminhamento à consulta e o comparecimento dos escolares à consulta, considerando múltiplas respostas, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Motivo Encaminhamento		Se a criança foi		Total
		Sim	Não	
1- Indicação da Escola	<i>f</i>	135	21	156
	%	86,5	13,5	100,0
2- Já usava óculos	<i>f</i>	4	0	4
	%	100,0	0,0	100,0
3- Queixas na visão	<i>f</i>	68	5	73
	%	93,2	6,8	100,0
4- Pais perceberam	<i>f</i>	5	2	7
	%	71,4	28,6	100,0
5- Outros perceberam	<i>f</i>	1	0	1
	%	100,0	0,0	100,0
2 e 3	<i>f</i>	3	0	3
	%	100,0	0,0	100,0
3 e 4	<i>f</i>	15	0	15
	%	100,0	0,0	100,0
3 e 5	<i>f</i>	4	0	4
	%	100,0	0,0	100,0
Total	<i>f</i>	235	28	263
	%	89,4	10,6	100,0

Qui-quadrado=7,99 Contingência=0,172 p = 0,334

A relação entre o motivo do absenteísmo à consulta e o motivo do encaminhamento mostra que aqueles que foram encaminhados apenas pela triagem e não têm dinheiro para o transporte faltam mais (21,4%). Além disso, todas as crianças que faltaram por estarem doentes ou por doença na família foram encaminhadas apenas pela triagem. (tabela 2).

Tabela 2 – Relação entre o motivo do encaminhamento dos escolares à consulta e o motivo do absenteísmo à consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Motivo Encaminhamento	Porque a criança não compareceu						Total
	Criança doente	Esquecimento	Trabalhando	Pai doente	Sem dinheiro	Outros	
1- Indicação da Escola	4	2	1	1	6	7	21
%	19,0	9,5	4,8	4,8	28,6	33,3	100,0
3 - Queixas na visão	0	1	1	0	2	1	5
%	0,0	20,0	20,0	0,0	40,0	20,0	100,0
4- Pais perceberam	0	0	2	0	0	0	2
%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Total	4	3	4	1	8	8	28
%	14,3	10,7	14,3	3,6	28,6	28,6	100,0

Qui-quadrado=15,71 Contigência=0,6 p=0,108

A relação entre o motivo do absenteísmo e a renda familiar não é significativa. Contudo, nas famílias com baixa renda, o principal motivo do absenteísmo foi a falta de dinheiro para o transporte (75% para aqueles com renda até 151reais). Daqueles com renda maior, 100% alegaram outros motivos para o absenteísmo à consulta. (tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre a renda familiar (R\$151,00 = 1 salário mínimo na época) e o motivo do absenteísmo à consulta, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Renda familiar		Porque a criança não foi					Total
		Criança doente	Esquecimento	Trabalhando	Sem dinheiro	Outros	
Até 151	<i>f</i>	1	0	0	3	0	4
	%	25,0	0,0	0,0	75,0	0,0	100,0
151 - 300	<i>f</i>	1	2	2	4	2	11
	%	9,1	18,2	18,2	36,4	18,2	100,0
301 - 500	<i>f</i>	0	0	0	0	3	3
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
501 - 750	<i>f</i>	0	0	0	0	1	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Total	<i>f</i>	2	2	2	7	6	19
	%	10,5	10,5	10,5	36,8	31,6	100,0

Qui-quadrado=15,021 Contingência=0,664 p=0,24

A relação entre o motivo do encaminhamento da criança à consulta e a indicação de óculos, segundo informação dos entrevistados, mostra maior indicação de óculos às crianças com problemas visuais percebidos antes da triagem (64%) ou com uso prévio de óculos (100%). Aos escolares que foram encaminhados apenas pela triagem, foram prescritos óculos a 45,2%.(tabela 4-A).

Tabela 4-A – Relação entre o motivo do encaminhamento à consulta e a indicação do uso de óculos para os escolares, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Motivo Encaminhamento*		Se foi indicado óculos			Total
		Sim	Não	Não sei	
Indicação da escola	<i>f</i>	61	68	6	135
	%	45,2	50,4	4,4	100,0
Já usava óculos	<i>f</i>	7	0	0	7
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Queixas na visão	<i>f</i>	43	43	4	90
	%	47,8	47,8	4,4	100,0
Pais perceberam	<i>f</i>	11	8	1	20
	%	55,0	40,0	5,0	100,0
Outros perceberam	<i>f</i>	5	0	0	5
	%	100,0	0,0	0,0	100,0

* Múltiplas respostas

A relação entre os motivos de encaminhamento à consulta e a indicação de óculos, segundo informação dos entrevistados, é mostrada na **tabela 4-B**, onde se verifica, ainda, que as crianças com queixas visuais tiveram maior indicação de óculos quando vinculadas à percepção prévia de problemas visuais.

Tabela 4-B – Relação entre o motivo do encaminhamento à consulta e a indicação do uso de óculos para os escolares, considerando múltiplas respostas, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Motivo Encaminhamento		Se foi indicado o uso de óculos			Total
		Sim	Não	Não sei	
1- Indicação da escola	<i>f</i>	61	68	6	135
	%	45,2	50,4	4,4	100,0
2- Já usava óculos	<i>f</i>	4	0	0	4
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
3- Queixas na visão	<i>f</i>	27	37	4	68
	%	39,7	54,4	5,9	100,0
4- Pais perceberam	<i>f</i>	2	2	1	5
	%	40,0	40,0	20,0	100,0
5- Outros perceberam	<i>f</i>	1	0	0	1
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
2 e 3	<i>f</i>	3	0	0	3
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
3 e 4	<i>f</i>	9	6	0	15
	%	60,0	40,0	0,0	100,0
3 e 5	<i>f</i>	4	0	0	4
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Total	<i>f</i>	111	113	11	235
	%	47,2	48,1	4,7	100,0

Qui-quadrado=19,333 Contingência=0,276 p=0,153

Na relação entre a escolaridade dos entrevistados e o comparecimento da criança à consulta verifica-se um menor comparecimento das crianças cujos pais têm segundo grau (77,3% versus 92,1% do total). (tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre o comparecimento do escolar à consulta e o grau de escolaridade do entrevistado, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Se a criança foi a consulta		Até que série estudou			Total
		1ª a 4ª Série	5ª a 8ª Série	2º Grau	
Sim	<i>f</i>	96	74	17	187
	%	93,2	94,9	77,3	92,1
Não	<i>f</i>	7	4	5	16
	%	6,8	5,1	22,7	7,9
Total	<i>f</i>	103	78	22	203
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Qui-quadrado=7,66 Contingência=0,191 p=0,022

Não há relação de dependência entre a renda dos entrevistados e o comparecimento da criança à consulta. Verifica-se, apenas um menor comparecimento das crianças cujos pais têm renda maior que quinhentos reais (75%). (tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre o comparecimento do escolar à consulta na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL) e a renda familiar (R\$151,00 = 1 salário mínimo na época) referida pelos pais ou responsáveis

Se a criança foi a consulta		Renda familiar (em Reais)					Total
		até 151	152 - 300	301 - 500	501 - 750	751 - 1000	
Sim	<i>f</i>	51	123	56	2	1	233
	%	92,7	91,8	94,9	66,7	100,0	92,5
Não	<i>f</i>	4	11	3	1	0	19
	%	7,3	8,2	5,1	33,3	0,0	7,5
Total	<i>f</i>	55	134	59	3	1	252
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Qui-quadrado=3,55 Contingência=0,118 p=0,471

O uso de óculos pelos pais ou responsáveis entrevistados não influenciou no comparecimento da criança à consulta. (tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre o comparecimento do escolar à consulta e o uso de óculos pelos pais ou responsáveis entrevistados, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Se a criança foi a consulta		Se o pai usa óculos		Total
		Sim	Não	
Sim	<i>f</i>	36	197	233
	%	15,5	84,5	100,0
Não	<i>f</i>	5	14	19
	%	26,3	73,7	100,0
Total	<i>f</i>	41	211	252
	%	16,3	83,7	100,0

Qui-quadrado=1,52 Contingência=0,077 p=0,217

A análise da frequência da presença do responsável na consulta relacionada à sua opinião sobre a Campanha mostra que as afirmativas extremadas são daqueles que estavam presentes (ótima, 91,8% e péssima, 100%). (tabela 8).

Tabela 8 – Relação entre a frequência da presença do pai ou responsável entrevistado no dia da consulta e a sua opinião sobre a Campanha Olho no Olho – 2000- Maceió (AL).

Estava presente no dia		Sobre a campanha					Total
		Péssima	Ruim	Regular	Boa	Ótima	
Sim	<i>f</i>	3	1	3	97	89	193
	%	100,0	50,0	60,0	77,0	91,8	82,8
Não	<i>f</i>	0	1	2	29	8	40
	%	0,0	50,0	40,0	23,0	8,2	17,2
Total	<i>f</i>	3	2	5	126	97	233
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Qui-quadrado=12,43 Contingência=0,225 p=0,014

Existe dependência entre a presença dos responsáveis na consulta e a renda familiar, sendo maior a ausência dos responsáveis naquelas famílias com baixa renda (33,3%). (tabela 9). Considerando R\$151,00 como 1 salário mínimo da época.

Tabela 9 - Relação entre a frequência da presença do pai ou responsável entrevistado no dia da consulta na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL) e a sua renda familiar (R\$151,00 = 1 salário mínimo na época)

Estava presente no dia	Renda familiar (em Reais)					Total
	até 151	152 - 300	301 - 500	501 - 750	751 - 1000	
Sim <i>f</i>	34	104	53	1	1	193
<i>%</i>	66,7	84,6	94,6	50,0	100,0	82,8
Não <i>f</i>	17	19	3	1		40
<i>%</i>	33,3	15,4	5,4	50,0		17,2
Total <i>f</i>	51	123	56	2	1	233
<i>%</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Qui-quadrado=16,85 Contingência=0,26 p=0,002

A análise da frequência do local onde a consulta foi realizada relacionada à opinião dos responsáveis sobre a organização da recepção no dia da consulta, mostrou, de forma significativa, a maior satisfação quanto à organização da recepção nas consultas feitas em mutirão nas escolas (71,90%), com grande insatisfação para as realizadas em consultório (80%).(tabela 10).

Tabela 10 – Relação entre o local onde foi realizada a consulta e a opinião dos pais ou responsáveis sobre a organização da recepção dos escolares no dia da consulta na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL)

Local onde a consulta foi feita		Se a recepção foi satisfatória		Total
		Sim	Não	
Mutirão na Escola	<i>f</i>	110	43	153
	%	71,9	28,1	100,0
Hospital Universitário	<i>f</i>	21	16	37
	%	56,8	43,2	100,0
Consultórios	<i>f</i>	1	4	5
	%	20,0	80,0	100,0
Total	<i>f</i>	132	63	195
	%	67,7	32,3	100,0

Qui-quadrado=8,46 Contingência=0,204 p=0,015

A informação sobre prescrição de óculos foi melhor compreendida nas consultas realizadas em mutirões nas escolas (78,4%), enquanto responderam negativamente 43,2% sobre os atendidos em consultas no Hospital Universitário. (tabela 11).

Tabela 11 – Relação entre o local onde a consulta foi realizada e a compreensão da informação se houve prescrição de óculos para a criança no dia da consulta na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Local onde a consulta foi feita		Se a inf. dos óculos foi bem compreendida		Total
		Sim	Não	
Escola	<i>f</i>	120	33	153
	%	78,4	21,6	100,0
Hospital Universitário	<i>f</i>	21	16	37
	%	56,8	43,2	100,0
Consultórios	<i>f</i>	3	2	5
	%	60,0	40,0	100,0
Total	<i>f</i>	144	51	195
	%	73,8	26,2	100,0

Qui-quadrado=7,76 Contingência=0,196 p=0,021

Segundo as tabelas 12 e 13, não há dependência entre a demora na entrega dos óculos e o fato da criança não estar usando os óculos que recebeu e também em relação a não ter notado melhora do rendimento escolar da criança na opinião dos responsáveis.

Tabela 12 – Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis sobre ocorrência de demora na entrega dos óculos e o uso dos óculos pelas crianças na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Se houve demora na entrega dos óculos		Se a criança está usando os óculos			Total
		Sim	Não	Não sei	
Sim	<i>f</i>	18	6	0	24
	%	75,0	25,0	0,0	100,0
Não	<i>f</i>	59	13	1	73
	%	80,8	17,8	1,4	100,0
Total	<i>f</i>	77	19	1	97
	%	79,4	19,6	1,0	100,0

Qui-quadrado=0,883 Contigência=0,095 p=0,643

Tabela 13 – Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis sobre ocorrência de demora na entrega dos óculos e a opinião dos mesmos sobre ocorrência de melhora no rendimento escolar das crianças, após o uso dos óculos.

Se houve demora na entrega dos óculos		Se notou melhora no rendimento escolar		Total
		Sim	Não	
Sim	<i>f</i>	17	7	24
	%	70,8	29,2	100,0
Não	<i>f</i>	58	15	73
	%	79,5	20,5	100,0
Total	<i>f</i>	75	22	97
	%	77,3	22,7	100,0

Qui-quadrado=0,765 Contingência=0,088 p=0,382

O fato do responsável usar óculos não influenciou no uso dos óculos recebidos pelas crianças. (tabela 14).

Tabela 14 – Relação entre o uso dos óculos pelas crianças, fornecidos pela Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL), e o uso de óculos pelos pais ou responsáveis dos Escolares.

Se a criança está usando os óculos		Se o pai usa óculos		Total
		Sim	Não	
Sim	<i>f</i>	7	70	77
	%	9,1	90,9	100,0
Não	<i>f</i>	6	13	19
	%	31,6	68,4	100,0
Não sei	<i>f</i>	0	1	1
	%	0,0	100,0	100,0
Total	<i>f</i>	13	84	97
	%	13,4	86,6	100,0

Qui-quadrado=6,8 Contingência=0,256 p=0,033

A **tabela 15** mostra que não há dependência entre a opinião dos pais ou responsáveis dos escolares sobre a campanha e se esses sabem ler ou escrever.

Tabela 15 – Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis dos escolares sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 - Maceió (AL), e se esses sabem ler e escrever.

Sobre a campanha		Sabe ler e escrever		Total
		Sim	Não	
Péssima	<i>f</i>	3	0	3
	%	100,0	0,0	100,0
Ruim	<i>f</i>	2	0	2
	%	100,0	0,0	100,0
Regular	<i>f</i>	5	1	6
	%	83,3	16,7	100,0
Boa	<i>f</i>	94	37	131
	%	71,8	28,2	100,0
Ótima	<i>f</i>	72	38	110
	%	65,5	34,5	100,0
Total	<i>f</i>	176	76	252
	%	69,8	30,2	100,0

Qui-quadrado=3,91 Contingência=0,124 p=0,418

A análise da frequência do uso de óculos pelo responsável relacionada à opinião sobre a Campanha mostra que não há dependência, embora quem usava óculos achou a Campanha melhor do que aqueles que não usavam (53,7% ótima, para os que usavam e 41,9% ótima, para os que não usavam). (tabela 16).

Tabela 16 – Relação entre a opinião dos pais ou responsáveis dos escolares sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 - Maceió (AL) e o uso de óculos pelos pais.

Sobre a campanha		Se o pai usa óculos		Total
		Sim	Não	
Péssima	<i>f</i>	0	3	3
	%	0,0	1,4	1,2
Ruim	<i>f</i>	0	2	2
	%	0,0	1,0	0,8
Regular	<i>f</i>	2	3	5
	%	4,9	1,4	2,0
Boa	<i>f</i>	17	114	131
	%	41,5	54,3	52,2
Ótima	<i>f</i>	22	88	110
	%	53,7	41,9	43,8
Total	<i>f</i>	41	210	251
	%	100,0	100,0	100,0

Qui-quadrado=5,187 Contingência=0,142 p=0,269

Não existe dependência na relação entre a renda familiar e o uso de óculos pelo responsável, embora haja aumento da frequência do uso de óculos nos indivíduos com melhor renda familiar (10,9% com renda até 151 reais e 25,4% com renda entre 301 e 500 reais). (tabela 17).

Tabela 17 – Relação entre a renda familiar (R\$151,00 = 1 salário mínimo na época) referida pelos pais ou responsáveis dos escolares e o uso de óculos pelos entrevistados.

Renda familiar		Se o pai usa óculos		Total
		Sim	Não	
até 151	<i>f</i>	6	49	55
	%	10,9	89,1	100,0
152 - 300	<i>f</i>	19	114	133
	%	14,3	85,7	100,0
301 - 500	<i>f</i>	15	44	59
	%	25,4	74,6	100,0
501 - 750	<i>f</i>	1	2	3
	%	33,3	66,7	100,0
751 - 1000	<i>f</i>	0	1	1
	%	0,0	100,0	100,0
Total	<i>f</i>	41	210	251
	%	16,3	83,7	100,0

Qui-quadrado=5,99 Contingência=0,153 p=0,2

4.2.2. Grupo II (professores)

A análise da frequência da opinião dos professores sobre o treinamento recebido relacionada com a existência de dificuldade na aplicação do teste de triagem mostra dependência entre quem achou o treinamento melhor e teve menos dificuldade na aplicação do teste. Ou seja, 73,6% dos que acharam o treinamento bom e ótimo não tiveram dificuldades na aplicação do teste, enquanto que 48,5% dos que acharam o treinamento regular/ruim/péssimo não alegaram dificuldades na aplicação do teste. (tabela 18).

Tabela 18 – Relação entre a opinião dos professores sobre o treinamento recebido e a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual em escolares da 1- série do ensino fundamental das escolas estaduais na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Treinamento		Dificuldade Aplicação			Total
		Sim	Não	Não Aplicou	
Péssimo	<i>f</i>	1	0	0	1
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Ruim	<i>f</i>	0	1	1	2
	%	0,0	50,0	50,0	100,0
Regular	<i>f</i>	13	15	2	30
	%	43,3	50,0	6,7	100,0
Bom	<i>f</i>	16	50	1	67
	%	23,9	74,6	1,5	100,0
Ótimo	<i>f</i>	5	14	1	20
	%	25,0	70,0	5,0	100,0
Total	<i>f</i>	35	80	5	120
	%	29,2	66,7	4,2	100,0

Qui-quadrado=19,557 Contingência=0,374 p=0,012

A **tabela 19** mostra a baixa dependência na relação entre a opinião do professor sobre o treinamento recebido e a opinião sobre sua participação na Campanha, embora 75% (versus 57,5% do total) dos que acharam o treinamento ótimo, gostaram muito de participar. É importante frisar que 39,4% dos que acharam o treinamento regular/ruim/péssimo acharam que a triagem não é função do professor, enquanto 23% dos que acharam o treinamento bom e ótimo, tiveram essa opinião.

Tabela 19 - Relação entre a opinião do professor sobre o treinamento recebido e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho 2000 – Maceió (AL).

Treinamento		Própria participação			Total
		Gostei muito	Sobrecarregado	Não é função de Professor	
Péssimo	<i>f</i>	0	0	1	1
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Ruim	<i>f</i>	1	0	1	2
	%	50,0	0,0	50,0	100,0
Regular	<i>f</i>	15	4	11	30
	%	50,0	13,3	36,7	100,0
Bom	<i>f</i>	38	13	16	67
	%	56,7	19,4	23,9	100,0
Ótimo	<i>f</i>	15	1	4	20
	%	75,0	5,0	20,0	100,0
Total	<i>f</i>	69	18	33	120
	%	57,5	15,0	27,5	100,0

Qui-quadrado=8,59 Contingência=0,258 p=0,378

A análise da relação entre o local do atendimento e a opinião do professor sobre esse local, embora prejudicada pelo baixo comparecimento dos professores ao local da consulta, mostra que esses gostaram mais da escola como local para os atendimentos (mutirões). Dos que compareceram às escolas, 64,2% acharam o local bom e ótimo, enquanto tiveram a mesma opinião, apenas 25% dos que compareceram nos consultórios. O resultado do teste mostra, porém que não existe dependência.(tabela 20).

Tabela 20 – Relação entre a freqüência do local do atendimento médico e a opinião do professor sobre esse local na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL)

Local de atendimento		Sobre o Local					Total
		Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	
Escola	<i>f</i>	2	1	2	8	1	14
	%	14,3	7,1	14,3	57,1	7,1	100,0
Hospital Universitário	<i>f</i>	0	0	4	2	0	6
	%	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	100,0
Consultórios	<i>f</i>	0	0	3	1	0	4
	%	0,0	0,0	75,0	25,0	0,0	100,0
Total	<i>f</i>	2	1	9	11	1	24
	%	8,3	4,2	37,5	45,8	4,2	100,0

Qui-quadrado=8,70

Contingência=0,516

p=0,368

v

Na opinião dos professores, o fato de não ter ocorrido demora na entrega dos óculos e o fato das crianças terem gostado dos óculos influenciaram no uso desses óculos pelos escolares. Dos que acharam que não houve demora, 37,8% afirmaram que todas as crianças estavam usando os óculos. Considerando os escolares que gostaram dos óculos, 43,1% dos professores também afirmaram que todas as crianças estavam usando os óculos. Porém, novamente nos dois casos, os testes mostraram pouca dependência. (tabelas 21 e 22).

Tabela 21 – Relação entre a ocorrência de demora na entrega dos óculos e frequência do uso dos óculos pelas crianças, segundo professores da 1- série do ensino fundamental, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Demora na entrega	Crianças estão usando os óculos				Total	
	Todas	Algumas	Nenhuma	Não sei		
Sim	<i>f</i>	17	23	9	25	74
	%	23,0	31,1	12,2	33,8	100,0
Não	<i>f</i>	14	13	3	7	37
	%	37,8	35,1	8,1	18,9	100,0
Total	<i>f</i>	31	36	12	32	111
	%	27,9	32,4	10,8	28,8	100,0

Qui-quadrado=4,34 Contingência=1,94 p=0,227

Tabela 22 - Relação entre a opinião dos escolares sobre os óculos e a frequência do uso dos óculos pelos mesmos, segundo professores da 1ª série do ensino fundamental, na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Gostaram dos óculos		Se estão usando				Total
		Todos	Alguns	Nenhum	Não sei	
Sim	<i>f</i>	25	17	2	14	58
	%	43,1	29,3	3,4	24,1	100,0
Não	<i>f</i>	7	14	3	8	32
	%	21,9	43,8	9,4	25,0	100,0
Total	<i>f</i>	32	31	5	22	90
	%	35,6	34,4	5,6	24,4	100,0

Qui-quadrado=5,17

Contingência=0,233

p=0,160

v

A relação entre as opiniões dos professores sobre a Campanha e sobre a sua participação na Campanha existe e é direta, ou seja, aqueles que gostaram mais da Campanha gostaram mais de participar dela (88,2%). (tabela 23).

Tabela 23 - Relação entre a opinião dos professores sobre a Campanha (frase que melhor descreve a Campanha) e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL)

Frase Campanha		Própria participação			Total
		Gostei Muito	Sobrecarregado	Não é função de Professor	
Maravilhosa	<i>f</i>	30	1	3	34
	%	88,2	2,9	8,8	100,0
Boa	<i>f</i>	46	20	37	103
	%	44,7	19,4	35,9	100,0
Sem Futuro	<i>f</i>	0	0	4	4
	%	0,0	0,0	100,0	100,0
Total	<i>f</i>	76	21	44	141
	%	53,9	14,9	31,2	100,0

Qui-quadrado=28,76 Contingência=0,412 p=0,00

A análise da frequência da existência de dificuldade na aplicação do teste de triagem relacionada à opinião sobre a sua participação na Campanha mostra que aqueles que não tiveram dificuldade na aplicação do teste gostaram mais de participar (62,6%). Mostra, ainda, que a dificuldade na aplicação do teste influenciou a opinião daqueles que acham que não é função do professor (46,3% *versus* 31,2% do total). (tabela 24).

Tabela 24 – Relação entre a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual segundo professores da 1ª série e opinião sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Dificuldade Aplicação		Própria participação			Total
		Gostei muito	Sobrecarregado	Não é função de professor	
Sim	<i>f</i>	16	6	19	41
	%	39,0	14,6	46,3	100,0
Não	<i>f</i>	57	14	20	91
	%	62,6	15,4	22,0	100,0
Não Aplicou	<i>f</i>	3	1	5	9
	%	33,3	11,1	55,6	100,0
Total	<i>f</i>	76	21	44	141
	%	53,9	14,9	31,2	100,0

Qui-quadrado=10,98 Contingência=0,269 p=0,027

A relação entre a opinião do professor sobre a Campanha e o seu grau de escolaridade mostra pouca dependência embora aqueles que têm maior escolaridade acham que a Campanha é boa porém necessita de reformulações (83,6%). (tabela 25).

Tabela 25 - Relação entre a opinião do professor sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL) - (frase que melhor descreve a Campanha) - e o seu grau de escolaridade.

Frase Campanha		Escolaridade				Total
		1º Grau Completo	2º Grau / Magistério	Superior Incompleto	Superior Completo	
Maravilhosa	<i>f</i>	0	19	5	10	34
	%	0,0	30,6	29,4	16,4	24,1
Boa	<i>f</i>	1	39	12	51	103
	%	100,0	62,9	70,6	83,6	73,0
Sem futuro	<i>f</i>	0	4	0	0	4
	%	0,0	6,5	0,0	0,0	2,8
Total	<i>f</i>	1	62	17	61	141
	%	0,7	44,0	12,1	43,3	100,0

Qui-quadrado=10,06 Contingência=0,258 p=0,122

A análise da freqüência da opinião do professor sobre a sua participação na Campanha relacionada ao uso de óculos, pelo mesmo, não é significativa. Porém, vale ressaltar que aqueles que não usam óculos reclamam mais da sua função na Campanha, isto é, 41% desses afirmaram que não é função do professor. (tabela 26).

Tabela 26 – Relação entre a freqüência da opinião do professor sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 e o uso de óculos pelo mesmo.

Própria participação	Usa óculos		Total
	Sim	Não	
Gostei Muito <i>f</i>	60	16	76
<i>%</i>	58,8	41,0	53,9
Sobrecarregado <i>f</i>	14	7	21
<i>%</i>	13,7	17,9	14,9
Não é função de professor <i>f</i>	28	16	44
<i>%</i>	27,5	41,0	31,2
Total <i>f</i>	102	39	141
<i>%</i>	72,3	27,7	100,0

Qui-quadrado=3,66 Contingência=0,159 p=0,160

4.2.3. Grupo III (diretores)

A análise da frequência da opinião dos diretores sobre o treinamento recebido relacionada com a existência de dificuldade na aplicação do teste de triagem mostra que não houve dependência entre esses fatores. (tabela 27).

Tabela 27 – Relação entre a opinião dos diretores sobre o treinamento recebido e a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual em escolares da 1- série do ensino fundamental das escolas estaduais na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Treinamento		Dificuldade Aplicação			Total
		Sim	Não	Não Aplicou	
Péssimo	<i>f</i>	0	1	0	1
	%	0,0	100,0	0,0	100,0
Ruim	<i>f</i>	1	0	0	1
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Regular	<i>f</i>	4	6	0	10
	%	40,0	60,0	0,0	100,0
Bom	<i>f</i>	4	14	5	23
	%	17,4	60,9	21,7	100,0
Ótimo	<i>f</i>	1	7	1	9
	%	11,1	77,8	11,1	100,0
Total	<i>f</i>	10	28	6	44
	%	22,7	63,6	13,6	100,0

Qui-quadrado=8,95 Contingência=0,411 p=0,346

A **tabela 28** não mostra dependência entre a opinião do diretor sobre o treinamento recebido e a opinião sobre sua participação na Campanha.

Tabela 28 - Relação entre a opinião do diretor sobre o treinamento recebido e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho 2000 – Maceió (AL)

Treinamento		Própria participação			Total
		Gostei muito	Sobrecarregado	Não é função do Professor	
Péssimo	<i>f</i>	1	0	0	1
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Ruim	<i>f</i>	1	0	0	1
	%	100,0	0,0	0,0	100,0
Regular	<i>f</i>	8	1	1	10
	%	80,0	10,0	10,0	100,0
Bom	<i>f</i>	15	4	4	23
	%	65,2	17,4	17,4	100,0
Ótimo	<i>f</i>	8	1	0	9
	%	88,9	11,1	0,0	100,0
Total	<i>f</i>	33	6	5	44
	%	75,0	13,6	11,4	100,0

Qui-quadrado=3,38 Contingência=0,267 p=0,909

A relação entre as opiniões dos diretores sobre a Campanha e sobre a sua participação na Campanha existe e é direta, ou seja, aqueles que gostaram mais da Campanha gostaram mais de participar dela (66,7%). (tabela 29).

Tabela 29 - Relação entre a opinião dos diretores sobre a Campanha (frase que melhor descreve a Campanha) e sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Frase Campanha		Própria participação			Total
		Gostei muito	Sobrecarregado	Não é função do Professor	
Maravilhosa	<i>f</i>	8	3	1	12
	%	66,7	25,0	8,3	100,0
Boa	<i>f</i>	36	7	4	47
	%	76,6	14,9	8,5	100,0
Sem Futuro	<i>f</i>	1	0	2	3
	%	33,3	0,0	66,7	100,0
Total	<i>f</i>	45	10	7	62
	%	72,6	16,1	11,3	100,0

Qui-quadrado=10,48 Contingência=0,380 p=0,033

Na opinião dos diretores, a existência de dificuldade na aplicação do teste de triagem, não influenciou sua opinião sobre a própria participação na Campanha. (tabela 30).

Tabela 30 – Relação entre a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem visual segundo diretores da 1ª série e opinião sobre a sua participação na Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL).

Dificuldade Aplicação		Própria participação			Total
		Gostei muito	Sobrecarregado	Não é função do Professor	
Sim	<i>f</i>	9	1	0	10
	%	90,0	10,0	0,0	100,0
Não	<i>f</i>	27	4	3	34
	%	79,4	11,8	8,8	100,0
Não Aplicou	<i>f</i>	9	5	4	18
	%	50,0	27,8	22,2	100,0
Total	<i>f</i>	45	10	7	62
	%	72,6	16,1	11,3	100,0

Qui-quadrado=7,27 Contingência=0,324 p=0,122

A relação entre a opinião do diretor sobre a Campanha e o seu grau de escolaridade mostra que não houve dependência. (Tabela 31).

Tabela 31 - Relação entre a opinião do diretor sobre a Campanha Olho no Olho – 2000 – Maceió (AL) - (frase que melhor descreve a Campanha) - e o seu grau de escolaridade

Frase Campanha		Escolaridade				Total
		1º Grau Completo	2º Grau / Magistério	Superior Incompleto	Superior Completo	
Maravilhosa	<i>f</i>	1	3	1	7	12
	%	8,3	25,0	8,3	58,3	100,0
Boa	<i>f</i>	0	7	3	37	47
	%	0,0	14,9	6,4	78,7	100,0
Sem Futuro	<i>f</i>	0	0	0	3	3
	%	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Total	<i>f</i>	1	10	4	47	62
	%	1,6	16,1	6,5	75,8	100,0

Qui-quadrado=6,308

Contingência=0,304

p=0,390



5. DISCUSSÃO

A falta de identificação e tratamento dos problemas visuais na infância, pode comprometer o aprendizado e dificultar seu desenvolvimento intelectual (KARA JOSÉ, FERRARINI, TEMPORINI, 1977; ALVES e KARA JOSÉ, 1996).

A preocupação em detectar problemas oculares em crianças é verificada em literatura específica em diversas partes do mundo, observando-se o desenvolvimento de programas de triagem visual na pré-escola e na escola (BRIK, 1971; FAINSTEIN e WARREM, 1974; KARA JOSE et al., 1977; TEMPORINI et al., 1977; CINER, 1999; LIMBURG, KANSARA, D'SOUZA, 1999).

Há cerca de 30 anos, diversas publicações abordando esse tema demonstraram o problema, que ainda hoje é preocupação e objeto de estudo em vários países, inclusive no Brasil.

A importância da descoberta precoce de perturbações visuais é ressaltada como forma decisiva para a correção e minimização de graves conseqüências futuras (BRIK, 1971).

KARA JOSÉ e TEMPORINI (1979) reafirmaram que certos distúrbios oculares se não descobertos e tratados precocemente, como por exemplo, ambliopia e estrabismo, podem ser causa de problemas permanentes e irreversíveis.

Na idade escolar, cerca de 20-25% de crianças apresentam algum tipo de problema ocular, sendo os mais encontrados os vícios de refração (miopia, astigmatismo e hipermetropia), a ambliopia e o estrabismo. (DOSTER, 1971).

SCARPI, KARA JOSÉ, TAIAR (1977) em estudo sobre a incidência de ambliopia na cidade de São Paulo, em 1975, encontraram, entre crianças amblíopes, 24,5% sem qualquer tratamento oftalmológico prévio e 33,5% eram portadoras de correção óptica desatualizada.

Além de erros refracionais, as triagens visuais podem detectar outros problemas oculares. NOBRE (2001) encontrou que 62,5% das crianças entre 7 anos ou mais, com deficiência visual, detectadas na campanha "Olho no Olho - 2000" nas cidades de São Paulo e Campinas, não tinham atendimento prévio e nenhuma fazia uso de auxílio óptico.

A discussão será feita em 2 etapas referentes ao instrumento I (pais) e ao instrumento II (professores e diretores).

5.1. REFERENTE AO INSTRUMENTO I

No presente estudo, segundo informações colhidas com os pais, 59,32% das crianças que foram à consulta o fizeram apenas por indicação da escola (triagem), 46,39% das crianças apresentavam percepção prévia de problemas visuais e apenas 2,66% já usavam óculos (Fig.1). Esses dados ressaltam dois pontos: a importância da triagem na detecção de suspeitos de problemas visuais e a importância da Campanha, pois mais da metade só foi à consulta por serem apontados após a triagem. Daqueles com percepção prévia de algum problema visual, possivelmente, poucos conseguiriam acesso a exame oftalmológico e apenas 2,66% já usavam óculos, comparados aos 47,23% com indicação de óculos, após o exame, como informado pelos pais ou responsáveis entrevistados (Fig.5). Dessas crianças que já usavam óculos, 57,14% apresentavam queixas visuais

Pesquisas nesse sentido há 30 anos, nos Estados Unidos, apontaram 15% de crianças de 1ª série com algum problema ocular e apenas 20% dessas crianças (3% do total) sendo acompanhadas por especialista (DAVIDSON, 1977).

ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ (2000) encontraram 43,0% de comparecimento dos convocados para exame oftalmológico durante programa de triagem visual no Hospital das Clínicas de São Paulo. O principal motivo do absenteísmo foi a falta de dinheiro para o transporte (41,6%) e o 2º a falta de orientação para a consulta(31,0%).

CASTRO (1997), em estudo de triagem visual em crianças entre 4-7 anos, relatou 56,0% de absenteísmo, ainda que 96,1% não dispusessem de qualquer tipo de recurso médico-assistencial.

KARA JOSÉ et al. (1984) relataram 56,4% de absenteísmo em programa de atendimento a pré-escolares em Campinas – SP.

CASTRO (2001), em estudo para avaliação de correção óptica e condições de uso dos óculos em escolares na cidade de Campinas – SP, submetidos a exame oftalmológico e tendo recebido óculos gratuitamente em campanha (Olho no Olho – 2000)

6 meses antes, obteve 84,3% de comparecimento dos escolares após 3 convocações para reexame, realizadas com o objetivo de eliminar barreiras ao comparecimento.

Dentro da amostra estudada, observou-se alto índice de comparecimento à consulta (89,35%) e grande participação dos pais conduzindo os filhos à consulta (82,98% dos que compareceram). A consulta médica realizada em mutirão (97,87%) nas escolas da região ou Hospital das Clínicas aos sábados (Fig.3), tendo os pais como principais acompanhantes dos escolares, pode facilitar a compreensão desses pais, sobre a necessidade e uso dos óculos na infância (assistem à consulta de dezenas de crianças), estimulando seu reforço em casa, especialmente se for aproveitado o momento para melhor informá-los sobre saúde ocular.

Quando as crianças são encaminhadas pela triagem, porém já usam óculos ou apresentam problema visual percebido previamente, o índice de comparecimento é maior, mostrando que pais mais motivados levam mais as crianças à consulta (Tab.1).

TEMPORINI (1982) relatou que a compreensão dos pais sobre os propósitos de um programa de triagem visual na escola é essencial, uma vez que a responsabilidade pela saúde das crianças, primeiramente, pertence a eles. Ressaltou, ainda, a importância do auxílio à família em compreender a necessidade da promoção, preservação e manutenção da saúde ocular da criança.

Outros autores reafirmaram a necessidade de informação e participação dos pais para minimização de distúrbios oftalmológicos de escolares (OMS, 1973; TEMPORINI, 1984; CASTRO, 1997; ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ, 2000; ARMOND e TEMPORINI, 2000).

É clara, a necessidade de maior enfoque na área de educação em saúde quanto aos aspectos de promoção e preservação da saúde visual (NIZETIC, 1973; DAVIDSON, 1977; KARA JOSÉ et al, 1984).

TEMPORINI (1982), relatou a insuficiência de recursos por parte da família para atender às necessidades de saúde das crianças, ao lado da falta de motivação dos pais para levar a criança ao médico, como os principais fatores que interferem na obtenção do cuidado à saúde de seus filhos.

O principal motivo do absenteísmo à consulta, neste estudo, foi a falta de dinheiro para o transporte (28,57%). Alegaram ainda que estavam trabalhando (14,29%), que a criança estava doente (14,29%) e que não foram por “outros” motivos (28,57%) (Fig.2).

As crianças que foram encaminhadas apenas pela triagem (sem percepção prévia ou uso de óculos) e não têm dinheiro para o transporte, faltaram mais (Tab.2). A relação entre o motivo da ausência à consulta e a baixa renda familiar não foi significativa, porém nas famílias com baixa renda o principal motivo do absenteísmo foi a falta de dinheiro para o transporte (Tab.3), refletindo um dos problemas da população alagoana e ressaltando que a Campanha não é de todo gratuita, pois implica em gasto com transporte e falta ao trabalho dos responsáveis.

A doença na família (criança ou responsável) foi motivo de absenteísmo em 17,86%, evidenciando a necessidade da segunda chance para a consulta (Fig.2). Vale ressaltar que todas as crianças que faltaram por doença foram encaminhadas pela triagem (sem óculos ou percepção prévia do problema), reforçando que os pais mais motivados não faltaram por doença (Tab.2). Nesse caso, ou a doença não existiu ou eles a superaram para ir à consulta.

É possível que a falha na orientação para a consulta (convocação) por parte da Secretaria de Educação ou da direção da escola, por atraso ou erro no aviso ou, ainda, o não envio do mesmo, possa ter contribuído para o absenteísmo, embora não tenha sido detectado pelo objeto de estudo. Esse problema foi assinalado por ALVES, TEMPORINI E KARA JOSÉ (2000) como a segunda dificuldade para receber o atendimento médico, indicando a necessidade de reforçar tais aspectos na preparação de pessoal de ensino, envolvido no programa de saúde ocular.

A necessidade de um maior cuidado nos agendamentos (antecedência) e convocação clara para o exame oftalmológico é importante e o ideal é que a escola faça uma reunião com os pais ou responsáveis pelas crianças selecionadas para o exame médico oferecendo informações sobre a campanha, benefícios fornecidos (óculos gratuito, consulta já agendada, garantia de atendimento no dia agendado) e dados claros sobre o dia, local e horário do exame.

Todos os entrevistados cujas crianças faltaram à consulta disseram que gostariam de uma nova oportunidade, o que acena para alguma consciência sobre a necessidade da consulta ou sobre o prejuízo pela falta dela.

Por outro lado, Castro (2001), mesmo após 3 convocações, obteve 84,3% de comparecimento.

Apesar de nenhum entrevistado ter alegado que não achou importante, 10,71% esqueceram o dia da consulta, sugerindo pouca importância dada à Campanha, por esse grupo (Fig.2).

CASTRO (2001) sugere o baixo nível de escolaridade e qualificação profissional (baixa renda) como fatores mais influentes para o não comparecimento, do que o desinteresse por parte da família.

Neste estudo, a escolaridade dos pais ou responsáveis influenciou inversamente o comparecimento à consulta, sendo menor nos casos em que os entrevistados têm 2º grau (Tab.5). Quanto à renda familiar dos entrevistados não houve influência significativa no comparecimento da criança à consulta (Tab.6). Contudo nas famílias com renda maior que 500 reais, o comparecimento foi menor, possivelmente por terem como resolver o problema (prover consulta e óculos) por conta própria.

Considerando que a maioria dos pais ou responsáveis entrevistados estava presente (82,98%) na consulta e que esta, na sua maioria, foi realizada aos sábados em sistema de mutirão (97,87%) (Fig.3), evidenciou-se que essa forma de consulta é satisfatória para campanha dessa magnitude, com aprovação do local pelos entrevistados (76,00%) (Fig.4), bem como da organização na recepção dos pais e crianças (67,69%).

Essa afirmativa é reforçada quando se observa que a maior satisfação quanto à organização da recepção nas consultas ocorre quando são feitas em mutirão nas escolas (78,4%) contra a grande insatisfação naquelas realizadas em consultório (80%) (Tab.10). Os mutirões foram realizados aos sábados e as consultas nos consultórios durante a semana. Os mutirões feitos nas escolas contavam com área ampla para recepção e espera, com pessoal da Secretaria de Educação ajudando, enquanto que nos consultórios, a recepção era, em geral, pequena e com uma atendente e uma professora auxiliando.

Os 32,31% que responderam que a organização do mutirão não foi satisfatória, provavelmente ocorreram pelo fato de que, em alguns mutirões, não havia muitos auxiliares para organização das filas e preenchimento de fichas. Na Campanha em 2001 (ano seguinte) foi oferecido 1 consulta gratuita para cada professor/funcionário, ou seu familiar em 1º grau que participasse dos mutirões aos sábados por pelo menos 2 a 3 horas. O comparecimento dos professores e funcionários da Secretaria de Educação foi “em massa” com lista de frequência com até 35 professores assinantes em um mutirão. O resultado foi a grande melhora na organização.

Sobre a quantidade de médicos nos mutirões, os respondentes se mostraram relativamente satisfeitos, com 62,11% respondendo que foi suficiente.

Estudos mais aprofundados são necessários para se discutir a quantidade ideal de médicos em mutirões dessa natureza, para melhor atendimento e maior satisfação da população alvo.

O ideal é que a totalidade dos pais ou responsáveis saibam se foram prescritos óculos ou não, após a consulta. Na pesquisa, 73,85% dos entrevistados ficaram satisfeitos com essa informação. Ela foi melhor compreendida nas consultas realizadas em mutirões nas escolas (78,4%) (Tab.11). Para melhorar esse resultado, sugere-se que seja feito um comunicado individual por escrito, simples e direto, contendo essa informação e orientando sobre a importância do uso e cuidados com os óculos, constando o nome completo da criança e da sua escola.

Essa conclusão também foi aceita pela coordenação nacional da Campanha para 2002, já utilizada em São Paulo, na Campanha em cidades com menos de 40 mil habitantes, em 2002. Dessa forma, pode-se ampliar essa experiência, sugerindo essa atitude também em atendimentos a crianças fora das campanhas, facilitando o entendimento e adesão ao tratamento.

CASTRO (2001) relata 2 justificativas para que os programas de triagem visual continuem existindo. A primeira refere-se ao atendimento aos escolares e a segunda sobre o fator educacional da população alvo.

Segundo DAVIDSON, (1977), menos de 10% de crianças, que iniciam sua vida escolar passaram por um exame oftalmológico realizado por profissional.

MACCHIAVERNI et al. (1979) referiram em estudo com 564 escolares na cidade de Paulínia 45,5% dos que precisavam de correção óptica nunca haviam passado por consulta oftalmológica e 76,9% dos que já usavam, os tinham desatualizados ou desnecessários.

ZHAO (2000) encontrou os vícios de refração como a principal causa de baixa visual em 89,5% dos olhos examinados, 5% ambliopia, 1,5% outros e 4% não determinada, em um grupo de 5.884 escolares dos 5 aos 15 anos (China).

CASTRO (1997), relatou 49,39% de encaminhamentos falsos positivos e 7,11% de falsos negativos, sinalizando a hipótese que, no caso de dúvida por parte do aplicador da triagem, há maior tendência em se encaminhar para o médico.

KARA JOSÉ et al. (1984) encontraram 10,50% de encaminhamentos em triagem realizada em 12.814 pré-escolares.

CASTRO (1997), relata que 17,10% de 573 escolares examinados tinham indicação de lentes corretoras. MACCHIAVERNI et al. (1979), em 564 escolares, 9,75% necessitavam de lentes corretoras, e 78,18% não usavam ou precisavam atualizá-las. Para COSTA et al. (1979), 6,33% nos casos examinados tiveram indicação de lentes corretoras e destes, 86,11% não faziam uso prévio das mesmas.

ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ (2000), em pesquisa durante campanha no Hospital das Clínicas – USP, na cidade de São Paulo, relataram que, das 369 crianças selecionadas pelos professores, que compareceram, 35% apresentaram indicação de correção com óculos.

Neste estudo, segundo informações colhidas com os pais ou responsáveis, foi indicado lentes corretoras a 47,23% dos escolares que compareceram à consulta, porém 4,68% não souberam informar (Fig.5).

Esses escolares foram previamente selecionados por testes de triagem, aplicados por professores ou orientadores educacionais, conforme orientações para a Campanha Olho no Olho – 2000 (ALVES e KARA JOSÉ, 2000).

Proporcionalmente, houve maior prescrição de óculos às crianças com problemas visuais percebidos previamente à triagem ou com uso prévio de óculos (Tab.4-A).

A Campanha de Reabilitação Visual Olho no Olho tem contado com grande participação da classe oftalmológica em todo o país. Aproximadamente 2.900 oftalmologistas realizaram cerca de 206 mil consultas e foram prescritos e doados 85 mil óculos no ano de 2000, portanto 41,26% de indicação de óculos aos escolares que compareceram à consulta (KARA JOSÉ e ALVES, 2001).

ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ (2000) relataram que 67,80% das crianças selecionadas pelos professores, para atendimento no HC-FMUSP, durante a campanha “Veja Bem Brasil – 1998” não haviam recebido atendimento oftalmológico anterior, sendo que 74,7% desses alegaram, como a razão, que a criança não apresentava problema ocular. Nesse mesmo grupo, 99,60% das crianças receberam as vacinas, conforme orientação da carteira respectiva.

CASTRO (1997) exemplificou as campanhas de vacinação em massa realizadas pelo Ministério da Saúde no Brasil há décadas: a aderência se mantém apesar da divulgação ser cada vez menor, pelo fato da população já estar educada e habituada à necessidade de vacinação nas crianças. Isso ainda não aconteceu com relação à medida da acuidade visual nos escolares.

As crianças receberam os óculos prescritos em 87,39% dos casos, segundo informações dos pais ou responsáveis.

Vale ressaltar o fato que das crianças consultadas em dezembro de 2000 e janeiro de 2001, portanto no fim do ano letivo ou já em férias escolares, quando os óculos foram entregues na escola, algumas já não estavam matriculadas nessa ou em outra escola estadual, impossibilitando a entrega.

A escolha da óptica para confecção dos óculos, na Campanha 2000, foi feita por meio dos coordenadores médicos de cada município, em geral com ópticas locais, que assumiram compromisso com esses coordenadores, primando pelo serviço e prazos

acordados, além de sediados na própria cidade, como forma de agilizar o atendimento e entrega dos óculos. A pesquisa mostra resultados satisfatórios dessa forma de trabalho, observados por informações dos pais: 65,77% declararam não ter havido demora na entrega dos óculos, 67% aprovaram o material e aparência dos óculos (bom e ótimo) (Fig.6) e 69,07% das crianças gostaram dos óculos.

Dos 34,23% que afirmaram que houve demora na entrega dos óculos, em parte, possivelmente foi devido ao atraso dos próprios médicos ao repassarem as receitas à óptica, ou da Secretaria Estadual de Educação na distribuição à escola.

Considerando o maior atraso na entrega dos óculos, em várias localidades do país, nas campanhas de 1999 e 2001, relatadas em reuniões da comissão de prevenção à cegueira do CBO (COMISSÃO, 2002), evidencia-se que a entrega dos óculos foi satisfatória na Campanha “Olho no Olho - 2000”, na cidade de Maceió – AL .

Resolver o problema do atraso na entrega dos óculos é fundamental para o bom resultado da Campanha, embora não se tenha demonstrado influência da demora na entrega dos óculos no fato da criança não estar usando os óculos e no fato do responsável entrevistado não ter percebido mudança no rendimento escolar após o uso dos óculos (Tab. 12 e 13).

Além da forma da escolha da óptica, outro ponto para melhorar a entrega dos óculos é o maior envolvimento das diretoras e pessoal das Secretarias de Educação, bem como da rapidez da confecção e envio das receitas pelos médicos, com conscientização da responsabilidade de cada um nas várias etapas da Campanha.

CASTRO (1997) relata que 16,33% das crianças com indicação de uso de óculos não os foram receber. Neste estudo, as crianças receberam os óculos na escola (87,39%) e daquelas que não receberam, vários familiares reclamaram os óculos na escola e Secretaria de Educação. Possível diferença nesse comportamento pode ser explicada pela maior carência econômica e maior dificuldade de acesso a consulta oftalmológica, no nordeste do país.

CASTRO (2001) comenta que a incidência de crianças que continuam sem acompanhamento oftalmológico é significativa em vários estudos, indicando que, mesmo que a criança seja avaliada por especialista, ela pode continuar sem assistência e enfatiza a necessidade de orientação aos pais sobre a importância e a necessidade de tal acompanhamento.

WILLIAMSON et al. (1995), em estudo de avaliação de programa de triagem visual para crianças de 3,5 - 4,5 anos concluíram que, ao final do programa, uma parcela muito pequena da população havia sido efetivamente tratada, pois, a cada passo do estudo, uma parcela significativa da população não comparecia para seguimento.

KÖHLER e STIGMAR (1973) afirmaram que, embora a triagem visual precoce seja importante nos primeiros anos de vida, métodos mais sofisticados para os testes de medida da acuidade visual e a necessidade de profissionais mais especializados tornariam os programas inviáveis. Se o exame for postergado para a época em que a criança é mais colaborativa, pessoal treinado não especializado poderá realizar a triagem com testes mais simples e baratos e encaminhá-la ao especialista.

Por outro lado, nos últimos 30 anos, alguns autores têm ressaltado que a triagem e tratamento precoces da ambliopia não têm o resultado final esperado, principalmente nos casos mais graves associados a altas ametropias e anisometropias, mesmo iniciando-se o tratamento na época recomendada (VON NOORDEN, 1964; BRIK, 1971; KARA JOSÉ et al., 1984; STAYTE, REENER, WORTHAN, 1993; CAMPOS, 1995).

Do ponto de vista de saúde pública, em oftalmologia sanitária, é necessário que se considere a limitação de recursos assistenciais especializados existentes em nosso meio, estabelecendo critérios de prioridade para encaminhamento (KARA JOSÉ e TEMPORINI, 1980).

Discute-se que a deficiência visual em apenas um olho não seria um grande problema de saúde pública e que a realização de programas de triagem para esta finalidade não se justificam (TAYLOR, 1985).

Há evidências de carência na assistência oftalmológica a longo prazo para crianças necessitadas de tratamento, havendo necessidade de programação da continuidade do acompanhamento. A triagem poderia ser realizada aos sete anos e outra avaliação pelo menos dois anos depois (CASTRO, 2001).

Há necessidade, portanto, de desenvolver esforços educativos, como parte de programas e projetos de promoção de saúde ocular, que visem capacitar indivíduos e comunidades a aumentarem o controle sobre determinantes de saúde ocular (WHO, 1986).

Projetos de programas de triagem não podem ser levados com sucesso por nenhum grupo isoladamente, sendo necessário contar com o maior número possível de parcerias sociais, incluindo-se governos federal, estadual e municipal; indústrias ligadas à área da Oftalmologia, outros setores da iniciativa privada; clubes de serviço; grupos religiosos; cidadãos brasileiros independentes e, fundamentalmente, pelos professores e oftalmologistas. (ALVES e KARA JOSÉ, 2000)

Muitos estudos têm sido realizados em diferentes países e regiões e devido às diferenças étnicas, econômicas e da idade existentes entre eles, não há possibilidade de uniformizar os parâmetros para encaminhamento e prescrição de óculos (DANDONA e DANDONA, 2001).

Projetos institucionais para prescrição de correção de óptica para escolares e o provimento de óculos são atos que resultam da interação de vários setores da sociedade como assistenciais e políticos. É preciso examinar e fornecer tratamento adequado e também acompanhá-las ao longo do tempo, para garantir a eficácia desse tratamento e verificar através de processos de avaliação, quais os fatores facilitadores ou não para o sucesso do tratamento (CASTRO, 2001).

Entre esses fatores, CASTRO (2001) relaciona a acuidade visual e o erro refracional influenciando a utilização dos óculos e as condições sócio-econômicas das famílias da população estudada. É relatado, nesse estudo, que a acuidade visual melhora consideravelmente nas crianças atendidas nesse tipo de programa (83,4% com acuidade visual binocular $\geq 0,7$ com a 1ª correção e 92,9% com a segunda refração).

Resultados de melhora da acuidade visual em crianças da mesma faixa etária, utilizando correção óptica foram encontrados em outros estudos em localidades diferentes no mundo. (CASTRO, 1997 – Brasil; MAUL et al., 2000 – Chile; ZHAO et al., 2000 – China)

A melhora da acuidade visual com correção foi fator importante tanto para o uso dos óculos quanto para a frequência e situações com que são utilizados pelas crianças, sugerindo critérios adequados na indicação e prescrição de óculos, relata CASTRO (2001), a respeito de estudo em escolares da cidade de Campinas – SP, beneficiados pela campanha “Olho no olho 2000”. Esse estudo, realizado seis meses após a doação dos óculos, encontrou 80,9% das crianças usando os óculos doados, 17,3% usaram e não usam mais e 1,8% nunca usaram.

No presente estudo, realizado 8 a 10 meses após a data da consulta, 79,38% das crianças estavam usando os óculos, segundo informações dos pais ou responsáveis, e 77,32% desses disseram que notaram melhora no rendimento escolar da criança após o uso (Fig.7), apontando para a efetividade da Campanha.

Segundo os resultados, o uso de óculos pelos pais ou responsáveis não influenciou no fato da criança estar usando os óculos recebidos (Tab.14).

CASTRO (2001) relacionou anisometropia ao uso dos óculos e observou que, entre os portadores de anisometropia, 33,3% no primeiro exame deixaram de usar os óculos e 100% referiram desconforto.

Os graus baixos de astigmatismo mostraram ter influência negativa no uso dos óculos pelos escolares (CASTRO, 2001).

O estado de conservação dos óculos foi fator importante para a não utilização dos óculos (CASTRO, 2001).

Os critérios de prescrição também precisam ser revistos e enfatizados junto aos médicos oftalmologistas, visto que 88,5% dos casos que tiveram os óculos suspensos, apresentavam acuidade visual $\geq 0,7$ sem correção. (CASTRO, 2001).

LIMBURG, KANSARA, D'SOUZA (1999) referiram adesão ao uso de óculos doados (67,3%) em programas de triagem visual na escola, de 99,3% em escolares de 6-9 anos. Referem que a doação de óculos deve estar prevista num programa de saúde visual, pois dá mais credibilidade ao programa, mas os pais devem estar cientes da necessidade de conseguir recursos para pagar pelos óculos se necessário.

Os pais se mostraram satisfeitos com a Campanha (49,81% boa e 41,83% ótima) (Fig.8).

A compreensão dos pais sobre os propósitos de um programa de saúde na escola é importante uma vez que a maior responsabilidade pela saúde das crianças pertence a eles. (ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ, 2000).

O uso de óculos pelos entrevistados não influenciou na sua opinião sobre a Campanha, porém aqueles que usavam óculos acharam a Campanha melhor que os que não usavam (Tab.16).

Para atingir o objetivo comum da saúde da criança em idade escolar é necessária a ação integrada lar-escola-comunidade. (TEMPORINI, 1984).

Outros fatores que podem influenciar a utilização dos óculos são as condições sócio-econômicas da população alvo.

ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ (2000) evidenciaram proporção equivalente de pais e mães apresentando além de baixa escolaridade, reduzido rendimento econômico e número relativamente grande de dependentes.

PRESLAN e NOVAK (1997) referiram como principal causa, pela baixa adesão ao uso dos óculos, em crianças por eles estudados, a ignorância dos pais a respeito de problemas de saúde ocular e da importância do seu tratamento.

Houve significativa participação das mães no acompanhamento dos filhos à consulta (77,4%). Esse dado reforça ser, o dia da consulta, um bom momento para a oferta de informações sobre conservação e uso eficiente da visão, bem como sobre prevenção, tratamento e reabilitação de dificuldades visuais.

Maior convencimento dos pais sobre a Campanha também é importante, sugerindo-se a confecção de informativo direcionado aos pais ou responsáveis.

A recomendação a respeito da orientação aos pais sobre saúde ocular consta no manual de orientação da Campanha “Olho no Olho – 2000”. (ALVES e KARA JOSÉ, 2000).

CASTRO (2001) supõe que a escolarização favoreça o acesso aos meios de comunicação, fazendo com que as campanhas de saúde sejam melhor interpretadas e com maior adesão da população alvo. Considerando as variáveis escolaridade e ocupação como indicadores do nível sócio-econômico, pode-se inferir que as famílias das crianças do estudo acima pertençam a categorias mais baixas na escala sócio-econômica adotada. (GOUVEIA, 1972; GRACIANO, 1980).

ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ (2000), em seu estudo, ressaltaram que a grande maioria dos pais não apresentam 1º grau completo de escolaridade (77,1%).

A respeito da escolaridade dos pais ou responsáveis entrevistados, no presente estudo, 66,92% sabem ler e escrever e 77,19% estudaram ou estudam em escola. A maioria dos pais que estudaram, o fizeram até a 4ª série do ensino fundamental (50,73%) (Fig.10).

O Censo Escolar/2002, divulgado em setembro de 2002, mostrou que existem 16 milhões de analfabetos no país, que 65 milhões de brasileiros (40,62%) não têm o ensino fundamental completo (MEC/INEP, 2002).

O Censo Escolar/2002 mostrou, também, que 97% dos estudantes estão na escola pública, indicando ser este o melhor local para se realizar programas ou campanhas de saúde pública, nessa população.

Em estudo realizado por KARA JOSÉ et al. (1985), sobre conhecimento e práticas de saúde ocular em 1000 pessoas da cidade de Campinas (SP), foi concluído que o grau de instrução dos entrevistados não influenciou no conhecimento ou nas práticas usuais de prevenção à cegueira.

CASTRO (2001) comenta que seu resultado pode não coincidir com o de outros estudos similares, provavelmente porque a população dessa região esteja habituada aos programas de triagem visual para essa faixa etária, que vêm sendo realizados ininterruptamente há quase 10 anos.

No estudo de CASTRO (2001), a escolaridade dos pais não foi fator determinante na utilização dos óculos, provavelmente em função das campanhas estarem sendo realizadas anualmente, com boa frequência das crianças e maior aceitação por parte dos pais. O programa deve ganhar credibilidade da população à medida que se torna mais efetivo no sentido de atender, garantir o tratamento (doação de óculos) e educar a população alvo sobre a importância da saúde ocular nessa faixa etária.

Esses dois últimos estudos sinalizam que, em locais onde as campanhas de saúde ocular para escolares acontecem ininterruptamente há alguns anos, observa-se que o nível de informação sobre prevenção da cegueira e o de utilização dos óculos doados está acima do nível de escolaridade dos pais ou responsáveis, comprovando a eficácia em dois pontos cruciais de campanhas de saúde ocular: a educação da comunidade e a utilização dos óculos doados pelas crianças.

Sobre a ocupação dos entrevistados, encontrou-se a maioria como “dona de casa” (43,73%), possivelmente por serem as mães, aqueles que mais participaram das entrevistas (ANEXO 3).

ALVES, TEMPORINI, KARA JOSÉ (2000) chamaram a atenção para o número de desempregados (13,7%) e de autônomos (24,7%), que pode indicar participação no mercado informal.

CASTRO (2001) relatou que o fato dos pais exercerem algum tipo de atividade remunerada não influenciou na utilização dos óculos pelas crianças, porém, entre as mães, observou-se que as que exercem atividades especializadas, influenciam inversamente na utilização dos óculos. Sugere estudo posterior para sua elucidação, considerando que a amostra para essa variável foi pequena

A carência de atendimento médico-oftalmológico, para crianças escolares pode não só demonstrar a necessidade de realização de programas de exames periódicos, mas também pode sugerir a carência econômica por parte das famílias que não dispõem de recursos para refazer os óculos, quando necessário, através de recursos próprios. (CASTRO, 2001).

KARA JOSÉ et al. (1996), em estudo realizado num hospital público, encontraram 30% de pacientes sem ter aviado a receita dos óculos, alegando dificuldades financeiras.

A partir dessa observação, criou-se um Banco de óculos em hospital satélite à UNICAMP, na cidade de Divinolândia e depois uma Óptica Universitária no Hospital das Clínicas da UNICAMP, Campinas – SP, a fim de confeccionar óculos a baixo custo e de boa qualidade para população carente assistidos pelos referidos serviços. (KARA JOSÉ et al. 1996).

DE SENNE et al. (1996), em estudo sobre adesão à prescrição óptica em uma população adulta atendida no HC UNICAMP, encontraram 22% dos casos com indicação do uso de óculos, que não os adquiriram por falta de condições econômicas.

Ópticas deveriam ser instituídas em órgãos públicos ligados à saúde para facilitar de maneira segura o acesso aos óculos (CASTRO, 2001).

A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) em 2001 (PNAD, 2002) expõe o estado de pobreza endêmica em que vive a maioria dos alagoanos. Com rendimento médio mensal de até 1 salário mínimo, vivem 28,5% das famílias do estado. Outro terço da população do estado tem rendimento familiar de um a dois salários mínimos. Famílias com renda mensal de 10 a 20 salários mínimos (2,6% do total) são considerados privilegiadas. Segundo a mesma pesquisa, o trabalhador rural recebe 43,5% do salário do homem urbano. Os números mostram que 13% das famílias brasileiras têm rendimento mensal de até um salário mínimo. Com relação ao Nordeste, as diferenças regionais são gritantes: no Nordeste, 25,1% das famílias têm, renda mensal de até 1 salário mínimo. No Sul o percentual é de 8,0%, e no Sudeste, é de 8,1%. No Norte, considerada

apenas a área urbana, 13% das famílias ganham até um salário mínimo, e no Centro-Oeste, esse percentual é de 11%.

A população alvo do presente estudo apresenta baixo nível econômico, com renda familiar de até 2 salários mínimos na época = R\$ 300,00 (71,86%) (Fig.11), realçada pelo maior motivo do absenteísmo à consulta ser a falta de dinheiro para o transporte (28,57%) (Fig.2), dados também encontrados por ALVES, TEMPORINI E KARA JOSÉ (2000).

Esses dados mostram a necessidade de programas comunitários especialmente para o Nordeste do país, com população alvo tão carente, que possivelmente não teria acesso facilmente ao atendimento oftalmológico.

Há uma enorme demanda reprimida em oftalmologia, tanto pela dificuldade de acesso quanto pela cobertura insuficiente do sistema de saúde e também pela incapacidade da população mais carente completar o tratamento adquirindo os óculos, quando indicados. (ALVES e KARA JOSÉ, 2000).

Além de se promover a identificação através de triagem visual, é necessário que os serviços ofereçam o tratamento indicado, como óculos de boa qualidade. Os programas não devem estar embasados apenas no número de crianças testadas, mas também no número de crianças que realmente se beneficiam com a melhora da visão através dos óculos. (DANDONA e DANDONA, 2001).

CASTRO (2001) encontrou que 57,3% das crianças examinadas relataram a presença de algum membro do núcleo familiar usando óculos, sendo 45,7% a mãe, 24,7% o pai e 44,9% irmãos e 30,2% outros. Esses fatos, não influenciaram a utilização dos óculos pelas crianças.

A avaliação da saúde ocular da família do escolar deste estudo mostrou baixa frequência do uso de óculos pelo entrevistado ou pelos irmãos do escolar (15,59% e 22,81% respectivamente).

Apesar da baixa incidência do uso de óculos pelos entrevistados, apenas 22,8% disseram que tinham dificuldade para enxergar mesmo com o uso de óculos. Relataram, em 35,36% dos casos, que tinham alguém na família com dificuldade visual mesmo com uso de óculos.

Talvez a menor necessidade do uso de óculos, presumida pelos entrevistados, ocorra devido a ocupação, a maioria donas de casa ou trabalhadores manuais especializados ou semi - especializados (GOUVEIA, 1972), que exige menos da capacidade visual (ANEXO 3).

Em um programa de triagem, é importante avaliar o entendimento das barreiras para se promover uma adequada saúde oftalmológica. Mais estudos são necessários nesta área para poder se planejar atividades, incluindo exames de rotina e acompanhamento a longo prazo das crianças envolvidas. (LIOU, 1999; DANDONA e DANDONA, 2001).

Dificuldade visual por erro refracional é um problema de saúde pública em muitas partes do mundo. A presença deste problema implica em inadequado sistema de atendimento à população, visto que o tratamento dos erros refracionais são simples de serem efetuados, de baixo custo e unidos a meios mais efetivos de intervenção em saúde. Resolver o problema requer algumas considerações como avaliação da população, previamente, em vários aspectos, tais como: barreiras para correção óptica, adequado número de pessoas treinadas para realização da refração com confiança, programas de triagem efetivos para se detectar os erros refracionais, providenciar meios para se conseguir os óculos com qualidade e permanente infra-estrutura para assistência em áreas mais carentes (KARA JOSÉ, HOLZCHUH, TEMPORINI, 1984; CASTRO, 1997; DANDONA e DANDONA, 2001).

5.2. REFERENTE AO INSTRUMENTO II

O desenvolvimento de programas para detecção de distúrbios visuais de escolares do ensino fundamental, como forma de prevenção e correção de desvios da normalidade, requer a participação do professor. A convivência diária com os alunos propicia-lhe a oportunidade de conhecê-los e observar a ocorrência de alterações na aparência e no comportamento, provocados por desvios de saúde ocular (TEMPORINI, 1990; KARA JOSÉ e TEMPORINI, 1980).

Segundo KARA JOSÉ e ALVES (1994), o professor foi a pessoa que percebeu a dificuldade visual do escolar em 70,6% dos casos, os pais em 18,9% e o próprio escolar em 7,9%. A preparação do professor mediante o desenvolvimento de programas de saúde, constitui a base para o sistema de construção e disseminação do conhecimento em saúde. Contudo, nem sempre o professor dispõe de conhecimentos, atitudes e práticas no campo da saúde escolar, que deveriam ter adquirido no seu curso de formação.

Para o desenvolvimento de campanhas de prevenção da cegueira e reabilitação visual, deve-se envolver a comunidade escolar (corpo docente e discente, funcionários e família) e comunidade em geral. Os aspectos educativos da campanha se revelam de grande importância para a promoção da saúde do escolar em particular e de ações de saúde em geral. Assim, é indispensável que o corpo docente esteja devidamente informado em relação aos objetivos e estratégias (ALVES e KARA JOSÉ, 1998).

O professor detém a tarefa principal de transmissão de conhecimentos na escola, que pode incluir a orientação em saúde ocular para alunos e seus familiares. Para essa atividade, é necessário preparo específico que permita aos docentes a aquisição de conhecimentos desprovidos de distorções, provenientes de mitos aceitos como verdadeiros (ARMOND e TEMPORINI, 2000).

No presente estudo, observou-se a aprovação do material distribuído na campanha por parte dos professores (77,31%) (Fig.12) e diretores (87,09%), porém, alguns problemas foram listados, principalmente a quantidade insuficiente, a falta de informativo para os pais e a demora na entrega do material (Fig.13 e 20). Esses dados mostram que os

professores já perceberam a necessidade de melhor educar os pais sobre saúde ocular e sobre a importância da Campanha e, ainda, que é preciso adequar as remessas do material enviadas a cada escola, sem atraso.

ARMOND, TEMPORINI, ALVES (2001), em estudo sobre percepções de professores do sistema público de ensino sobre erros de refração manifestados na idade escolar, relataram que os erros de refração foram considerados problemas oftalmológicos graves pela maioria dos respondentes, sendo estes quase tão graves quanto ambliopia e o estrabismo, fato que evidencia desconhecimento em relação a esses problemas oculares. Esse dado, provavelmente, representa o efeito de alguma intervenção educativa na escola por programas de oftalmologia, sanitária ou de atenção à saúde do escolar.

ARMOND, TEMPORINI, ALVES (2001) consideram a importância do papel do professor na identificação do aluno com problemas de visão, indicando a necessidade de orientação dos mesmos, visando ampliar seu conhecimento e compreensão a respeito do papel fundamental que desempenham nas ações de saúde ocular na escola. Sugerem, assim, a implementação e efetivação de programa de saúde ocular em todo sistema público de ensino, visando desenvolver ações de prevenção da incapacidade visual e da cegueira, promoção e recuperação da saúde ocular.

Apesar da aprovação do treinamento recebido (61,7%) (Fig.14), 29,08% dos professores entrevistados disseram que houve dificuldade na aplicação do teste de triagem, sendo as principais: a colaboração do aluno (45%) e a falta de um especialista para a aplicação (42,50%) (Fig.15). Na avaliação dos diretores, apenas 16,13% referiram dificuldades na aplicação do teste e, desses, 50% alegaram a colaboração dos alunos e 37,5% a falta de um especialista para a triagem, como as principais (Fig.21). Esses dados podem sinalizar que a proposta desta Campanha não foi bem assimilada pelos professores e evidenciam a necessidade de maior atenção do aplicador na informação aos alunos sobre a Campanha e sobre a triagem em si e a insegurança dos professores em realizar a triagem apesar do treinamento ter sido considerado satisfatório. Contudo, houve menor dificuldade na aplicação do teste para aqueles professores que acharam o treinamento bom e ótimo (Tab.18).

O CBO sugere que seja feita explanação na sala de aula sobre a Campanha e sobre a triagem a todos os alunos da classe e, posteriormente, a triagem propriamente dita (ALVES e KARA JOSÉ, 2000).

TEMPORINI et al. (1977) afirmaram que a aplicação de teste para acuidade visual, bem como a observação de sinais e sintomas indicativos de problemas pelo professor, em classe, no nosso meio, apresentam-se como as formas mais aconselháveis para a detecção de problemas visuais na escola.

ARMOND e TEMPORINI (2000) relataram que a maioria dos professores, que integraram o estudo, declarou não ter sido orientada sobre programas de saúde ocular na escola nos últimos três anos. É provável que, se isso ocorreu anteriormente, aspectos relacionados a mitos e crenças populares referentes ao sistema visual não tivessem sido incluídos nessa orientação.

Os dados a respeito do alto índice de comparecimento das crianças ao exame médico foi confirmado pelos professores e diretores, 32,62% dos professores respondendo que todas as crianças compareceram e 54,61% que algumas compareceram.

A maioria dos professores (82,95%) e diretores (72,58%) não estava presente no dia de consulta, sendo a grande parte realizada em sistema de mutirão, aos sábados em escolas ou hospitais universitários (em torno de 80%), segundo esses entrevistados. Embora prejudicada pelo pequeno número de respondentes, os professores gostaram mais da escola como local para os atendimentos (Tab.20). A presença de poucos professores no dia da consulta dificultou a recepção e organização no dia do mutirão, pois em alguns dias não havia pessoal suficiente para essa tarefa e, pode ter influenciado a opinião de pais ou responsáveis sobre etapas da Campanha.

Dos professores que compareceram à consulta, 58,33% não acharam satisfatórias a organização e recepção das crianças e 70,83% acharam que o número de médicos não foi suficiente. Esses últimos dados são conflitantes com a resposta dadas pelos pais. Possivelmente, o nível de exigência dos dois grupos foi diferente. Além disso, o fato das crianças e seus pais serem os reais beneficiados pela Campanha fez com que estes

chegassem ao exame com uma boa expectativa, a de receber uma consulta gratuita e óculos se indicado. No caso dos professores, essa participação representou mais um dia de trabalho, no sábado. Os diretores referiram o local do atendimento como satisfatório (76,47%) e não opinaram sobre o número de médicos atendendo por mutirão em 68,75% (Fig.22).

Quanto a informação de indicação de óculos na consulta, os professores e diretores disseram que foi satisfatória em 70,83% e 64,71% respectivamente, resultado semelhante ao encontrado na entrevista com os pais (73,85%).

Sobre os óculos recebidos pelas crianças, entre 25% e 35% dos professores não sabem informar sobre estética dos óculos, demora na entrega ou se as crianças os receberam ou gostaram deles, possivelmente porque quando foram entregues, os escolares já estavam em outra série ou saíram da escola (ano seguinte), enfatizando a necessidade de se iniciar os atendimentos no 1º semestre.

Contudo, daqueles que opinaram, o fato de não ter ocorrido demora na entrega dos óculos e das crianças terem gostado dos óculos influenciaram no uso dos óculos pelos escolares (Tab. 21 e 22). Essa informação entra em conflito com a opinião dos pais, onde a demora na entrega dos óculos não influenciou o uso dos óculos nem a melhora no rendimento observada por esses pais (Tab. 12 e 13). Porém, necessita-se de estudo mais aprofundado para conclusões mais precisas, incluindo maior número de professores que tenham seguido seus alunos por tempo mais longo.

Apenas 38,30% dos professores responderam que foi possível avaliar mudanças no rendimento dos alunos que receberam óculos. Dos 61,70% em que não foi possível, 66,67% ocorreram porque não acompanharam a criança com os óculos.

Dos 38,30% que puderam avaliar mudanças no rendimento, a maioria referiu que houve melhora em todos (37,04%) ou em metade (45,29%) dos alunos que passaram a usar óculos (Fig.16).

Considerando não ter havido critérios para essa “melhora” referida pelos pais e o número dos professores que acompanharam os escolares com óculos ter sido pequeno, as observações descritas acima carecem de estudo mais aprofundado para discussão.

Em concordância, a opinião dos professores e diretores escolhendo frase que melhor descreve a campanha, a vencedora foi: “Boa, porém, necessita de reformulações (73,05% e 75,81%) e “maravilhosa atendendo às expectativas e resolvendo o problema da falta de óculos na população alvo, como se propôs” (24,11% e 19,85%), mostra satisfação, porém com pontos que precisam ser revistos (Fig.17 e 25).

A respeito da sua participação na Campanha, os professores disseram que não acham que seja função do professor em 31,21%, enquanto que os diretores referiram o mesmo em 11,29% (Fig.18 e 26), mostrando que se deve dar ênfase ao treinamento de professores, com simulações de triagem visual, levando a maior entendimento e prática, com conseqüente segurança na aplicação do teste de triagem. Também deve-se estudar formas de supervisão dessa triagem por especialistas. Além disso, a oferta de incentivo pessoal (financeiro ou não) tem mostrado bons resultados em experiências localizadas, como exemplo: uma consulta oftalmológica nos consultórios dos médicos envolvidos oferecida ao professor ou funcionário da Secretaria de Educação (ou familiar) que compareçam no dia da consulta. Outra possibilidade é a oferta de um dia de folga àqueles que trabalharem aos sábados (COMISSÃO, 2002).

A maioria dos professores estava na faixa etária entre trinta e cinqüenta anos, com possível maturidade na profissão, o que pode facilitar, a longo prazo, sua participação na Campanha (múltiplos treinamentos e prática na triagem).

A maioria dos professores e diretores entrevistados trabalha apenas em escolas públicas (97,16% e 93,55%) com carga horária semanal de 40 horas (92,20% e 98,39%), o que poderia aumentar a disponibilidade para esses programas, sem a tensão por trabalhar em dois locais diferentes (público e privado).

Segundo o Censo Escolar 2002, apenas 30% dos professores de 1ª a 4ª séries têm curso superior completo. Neste estudo, a pesquisa mostrou que, 43,20% dos professores entrevistados referiram curso superior completo e 12,06% curso superior incompleto, estando acima da média nacional. O estudo evidenciou, ainda, que os professores com maior escolaridade foram mais críticos e acharam que “a Campanha é boa,

porém necessita de reformulações” (Tab.25). Os diretores referiram curso superior completo em 75,81%.

Diferente do perfil dos resultados das entrevistas com os pais, 72,34% dos professores e 85,34% dos diretores usam óculos, evidenciando que além da idade, o nível sócio-econômico é importante para o uso dos óculos. Tanto pela dificuldade no acesso à consulta e na aquisição dos óculos, como pela diferença profissional, que podem ter influenciado nos resultados, considerando que os pais ou responsáveis entrevistados, em sua maioria, foram donas de casa e essas têm menos exigência visual que os professores.

Contudo, vale ressaltar que: os pais que usam óculos acham a Campanha melhor do que aqueles que não usam; os professores que não usam óculos reclamam mais da sua função na Campanha (Tab.26) e os diretores que não usam óculos também referem mais que não é função do professor, porém esse é um número pequeno (14,52% não usam óculos) (Tab.32).

Considerando que:

- Os professores que gostaram mais da Campanha, gostaram mais de participar dela (Tab.23).
- Os professores que não tiveram dificuldade na aplicação do teste de triagem gostaram mais de participar e ainda que a dificuldade no teste influenciou a opinião daqueles que acharam que não é função do professor (Tab.24).
- Na questão aberta para sugestões pelos professores, a mais referida foi a presença de um especialista para a triagem (44,68%) e a maior dificuldade no teste de triagem foi a colaboração dos alunos e a falta de um especialista para a triagem.
- Houve menor dificuldade na aplicação do teste para aqueles que acharam o treinamento bom e ótimo (Tab. 18).
- Os que acharam o treinamento ótimo, gostaram muito de participar da Campanha (Tab.19).

Pode-se concluir que o investimento num treinamento mais informativo e efetivo é essencial para melhor formação, conscientização e envolvimento desses professores, e que, juntamente com algum incentivo pessoal, possam conquistar um expressivo número de professores mais satisfeitos e participativos.

A análise das relações entre variáveis do instrumento aplicado aos diretores mostrou maior independência entre elas, possibilitando as seguintes afirmativas:

- A opinião sobre o treinamento não influenciou na opinião dos diretores quanto a ocorrência de dificuldade na aplicação do teste de triagem nem na sua opinião sobre sua participação na Campanha (Tab.27 e 28).
- A dificuldade na aplicação do teste de triagem não influenciou na opinião dos diretores sobre sua participação na Campanha (Tab.30).
- Não houve dependência entre a opinião dos diretores sobre a Campanha e a sua escolaridade (Tab.31).
- Houve relação entre a opinião dos diretores sobre a Campanha e sobre a sua própria participação, com 66,7% daqueles que gostaram mais da Campanha, gostaram muito de participar dela (Tab.29).

Isto pode refletir que os diretores percebem a Campanha de uma forma mais universal, não influenciados por pequenos problemas ou defeitos, enxergando a essência da Campanha mais claramente, porém não deixando a capacidade crítica de lado, manifestando-a durante a entrevista.

Os professores parecem ter uma visão mais focal da Campanha, que pode ser explicada por ainda não estarem bem conscientes da sua função em Campanhas dessa natureza, ou talvez por serem eles que têm essa função e não os diretores. São os professores, a espinha dorsal de Campanhas como esta e sugere-se que haja maior atenção à sua formação e conscientização.

O modelo de projeto da Campanha Olho no Olho, que é o mais freqüentemente utilizado, tem pontos positivos como a conscientização da necessidade de trabalho comunitário desenvolvidos, envolvendo médicos, professores, residentes, voluntários, órgãos público, etc. Por outro lado o alto índice de não comparecimento ao exame indicado, merece avaliação e posterior desenvolvimento de metodologia que propicie o acesso da grande maioria das crianças encaminhadas. (CASTRO, 1997).

A saúde e a qualidade de vida dependem do inter-relacionamento de múltiplos fatores psico-sócio-culturais e do ambiente, que predispõem, possibilitam ou reforçam comportamentos do indivíduo (GREEN e KREUTER, 1991).

Dessa forma, há um contingente grande de crianças que necessitam de cuidados oftalmológicos, para melhor desempenho na escola e conseqüente melhor desenvolvimento cognitivo. A Campanha Olho no Olho tem-se mostrado de real utilidade pública, mediante exame oftalmológico e distribuição de óculos gratuitos, especialmente no nordeste do Brasil. O estudo e avaliação dessas ações possibilitam refletir sobre formas de melhorar as condições de permanência do aluno na escola e da saúde ocular no país.



6. CONCLUSÕES

- 6.1. Alto índice de comparecimento dos escolares à consulta em mutirão aos sábados.
- 6.2. População alvo da Campanha tem baixo nível econômico e de escolaridade. O principal motivo de não comparecimento dos escolares à consulta foi a falta de dinheiro para o transporte, apesar de se ter oferecido consultas em mutirões em escola próxima à escola da criança, na maioria dos casos.
- 6.3. Muito poucos escolares faziam uso prévio de óculos (2,66%) e 57,14% deles apresentavam queixas visuais segundo seus pais, contrastando com 47,23% de prescrição de óculos na Campanha.
- 6.4. A entrega dos óculos foi considerada satisfatória nos moldes da Campanha em 2000, com grande número de escolares usando óculos à época da pesquisa. A demora na entrega dos óculos não influenciou no fato das crianças estarem usando os óculos
- 6.5. Satisfação dos pais com os óculos, também referindo melhora do rendimento escolar na maioria das respostas.
- 6.6. Professores gostaram de participar da Campanha, com aprovação do material e treinamento oferecidos, porém demonstraram insatisfação ou falta de conscientização, quanto a sua função na Campanha (aplicadores do teste de triagem).
- 6.7. Relação entre o treinamento considerado bom com a ausência de dificuldades durante a aplicação do teste de triagem.
- 6.8. O treinamento oferecido, a carga horária de trabalho e o uso de óculos pelos professores não influenciaram, significativamente, a sua opinião sobre a Campanha.
- 6.9. Grande aceitação da Campanha Olho no Olho – 2000, por parte dos pais e educadores envolvidos.



7. SUGESTÕES

- 7.1. Campanha Olho no Olho com início dos atendimentos médicos no 1º semestre do ano letivo.
- 7.2. Maior atenção na distribuição do material da Campanha às escolas – enviar quantidades adequadas, sem atraso.
- 7.3. Necessidade de material informativo à família dos escolares, sobre saúde ocular, sobre a Campanha e sobre a prescrição e uso dos óculos, no momento da consulta.
- 7.4. Priorizar atendimentos em mutirões aos sábados, dando preferência a locais com distribuição regionalizada para acesso mais fácil da população alvo.
- 7.5. Treinamento mais efetivo e informativo para melhor formação, conscientização e envolvimento dos professores.
- 7.6. Necessidade de incentivo pessoal e supervisão nos testes de triagem para estimular a atuação dos professores, aumentando sua segurança e satisfação.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.R.; KARA JOSÉ, N. *O olho e a Visão: o que fazer pela saúde ocular das nossas crianças*. Petrópolis, Vozes, 1996, 160p.

ALVES, M.R.; KARA JOSÉ, N. *Manual de orientação* – Campanha Veja Bem. Brasil, 1998, 31p.

ALVES, M.R.; KARA JOSÉ, N. *Manual de orientação ao professor*. Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho, 2000, 40p.

ALVES, M.R.; TEMPORINI, E.R.; KARA JOSÉ, N. Atendimento oftalmológico de escolares do sistema público de ensino no município de São Paulo – aspectos médicos – sociais. *Arq Bras Oftalmol*, 63: 359-363, 2000.

AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS - Eye Care for the Children of America -. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 28: 64-7, 1991.

ANDERSON, C. L.; CRESWELL, W. H. *School Health Practice*. 6th ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1976.

ARMOND, J. E.; TEMPORINI, E. R. Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público de ensino do município de São Paulo, SP – Brasil. *Rev Saúde Públ*, 34: 9-14, 2000.

ARMOND, J. E.; TEMPORINI, E. R.; ALVES, M. R. Promoção da saúde ocular na escola: percepções de professores sobre erros de refração. *Arq Bras Oftalmol*, 64: 395-400, 2001.

ATKINSON, J.; BRADDIK, O.; BOBIER, B.; ANKER, S.; EHRLICH, D.; KING, J.; WATSON, P.; MOORE, A. Two infant vision screening programmes: prediction and prevention of strabismus and amblyopia from photo – and videorefractive screening. *Eye*, 10 : 189-198, 1996.

BLUM, H. Design and evaluation of a vision screening program for elementary school children. *Amer J Publ Hlth*, 49 : 1670-81, 1959.

- BRIK, M. Profilaxia da ambliopia: contribuição para o estudo do problema. *Arq Bras Oftalmol*, 34: 155-218, 1971.
- BURNS, M.J. Building a priority for national vision health care. *Eye Ear Nose Throat Mon*, 52: 353-6, 1973.
- CAMPOS, E. – Amblyopia. *Surv Ophthalmol*, 40: 23-39, 1995.
- CANDEIAS, N. M. F. Ensino da saúde: interesses na área de saúde de escolares adolescentes. *Cad Pesq*, (50):40-52, 1984.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Públ*, 31: 209-213, 1997.
- CASTRO, R. S. *Triagem visual e assistência oftalmológica em pré-escolares da cidade de Limeira, SP, 1995*. Campinas, 1997 (Tese de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP)
- CASTRO, R. S. *Correção óptica em escolares e condições de uso dos óculos – Campinas, SP*. Campinas, 2001 (Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP)
- CATFORD, G.V.; OLIVER, A . Development of visual acuity. *Arch of Disease in Childhood*, 48: 47-50, 1973.
- CINER, E. B.; DOBSON, V.; SCHMIDT, P. P.; ALLEN, D.; CYERT, L.; MAGUIRE, M. et al. A survey of vision screening policy of pre-school children in the United States. *Surv Ophthalmol*, 43: 445-457, 1999.
- COMISSÃO DE PREVENÇÃO À CEGUEIRA (CBO). *Ata da Reunião da Comissão*. São Paulo, março 2002.
- CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. - *Relatório Final da Campanha Olho no Olho em 1999*. São Paulo, 2000.
- CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA.- *Relatório Final da Campanha Olho no Olho em 2000*. São Paulo, 2001.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. - *Relatório Final da Campanha Olho no Olho em 2001*. São Paulo, 2002.

CONSTANTI, F.U.; COSTA, M. S.; SALGADO, M. B.; BASTOS, C. L. F. M.; BENCHIMOL, E. Avaliação das alterações oculares encontradas na aplicação do Projeto de Oftalmologia Sanitária do Escolar. *Rev Bras Oftalmol*, 68 (1): 39-42,1989.

COSTA, M. N.; KARA JOSÉ, N.; MACCHIAVERNI F°, N.; RANGEL, F. F.; RUEDA, G.; PEREIRA, V. L.; FÁVERO, M. Estudo de incidência de ambliopia, estrabismo e anisometropia em pré-escolares. *Arq Bras Oftalmol*, 42: 249-52, 1979.

DANDONA, R.; DANDONA, L. Refractive Error Blindness. *Bul of Word Health Org*, 79: 237-243, 2001.

DAVIDSON, D. W. The future of vision screening. *Am J Optom Ass*, 48: 469-76, 1977.

DAVIS, C. Health concerns and teacher training of selected elementary teachers in Michigan. *J Sch Hlth*, 55:151-3, 1985.

DE SENNE, F. M. B.; MARCONDES, J. C.; AMBROSIO, L. E.; MORENO, R. O., KARA JOSÉ, N. Estudo de aderência à prescrição de óculos de uma amostra da população adulta atendida pelo serviço do HC UNICAMP. *Arq Bras Oftalmol*, 59: 354, 1996.

DELGADO, A. M. N.; ARIETA, C. E. L.; KARA JOSÉ, N. Modelo de atenção oftalmológica à infância. *Arq Bras Oftalmol*, 55: , 1992.

DOSTER, M. E. Vision screening in school: why, what, how and when ? *Clin Pediatr*, 10: 662-5, 1971.

EHRlich, M. I.; REINECKE, R. D.; SIMONS, K. – Pre-school vision screening for amblyopia and strabismus. Programs, methods, guidelines, 1983. *Surv Ophthalmol*, 28: 145-63, 1983.

FAINSTEIN, S. B.; WARREN, M. R. Community kindergarten vision screening. *Canad J Ophthal*, 9:425-8, 1974 (1974).

- FIGUEIREDO, R. M.; SANTOS, E. C.; JESUS, I. A. A.; CASTILHO, M. A.; SANTOS, E. V. Proposição de procedimento de detecção sistemática de perturbações oftalmológicas em escolares. *Rev Saúde Públ*, 27:204-9, 1993.
- GARRIDO, C. M. B. *Saúde ocular em comunidade de índios e não índios da Região do Alto Rio Negro, Estado do Amazonas, Brasil*. São Paulo, 2000.97p. (Tese – Doutorado-Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina).
- GATTI, B. A. Um estudo sobre os cursos de formação de professores a nível de 2ª grau (antigos cursos normais). *Cad Pesq*, (20):15-37, 1977.
- GERALI, P. S.; FLOM M. C.; RAAB, E. L. *Report of Children's Vision Screening Task Force*. Schaumburg, National Society to Prevent Blindness, 1990.
- GILBERT, C.; FOSTER, A. Childhood blindness in the context of VISION 2020 – The right to sight. *Bul of World Health Org*, 79: 227-232; 2001.
- GOUVEIA, A. J. *O emprego público e o diploma do curso superior*. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 1972. p. 15-20.
- GRACIANO, M. I. G. Critérios da avaliação para classificação sócio-econômica. *S S Sociedade*, 3: 81-103, São Paulo, 1980.
- GREEN, L. W.; KREUTER, M. W. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. 2nd ed. Mountain View: Mayfield, 1991.
- HATCH, S. W. *Ophthalmic Research and Epidemiology. Evaluation and application*. Butterworth – Heinemann, London, 1998, p. 212-228.
- HORWOOD, A. M. Compliance with first time spectacle wear in children under eight years of age. *Eye*, 12 : 173-178, 1998.
- INGRAM, R.M.; WALKER, C.; WILSON, J.M.; ARNOLD, P.E.; LUCAS, J.; DALLY, S. A first attempt to prevent amblyopia and squint by spectacle correction of abnormal refractions from age 1 year. *Br J Ophthalmol*, 69 : 1-3, 1985.

JOINT WHO/UNESCO EXPERT COMMITTEE ON TEACHER PREPARATION FOR HEALTH EDUCATION, Geneva, 1959. *Report*. Geneva, 1960. (WHO – Technical Report Series, 193)

KAAKINEN, K.; TOMMILA, V. A clinical study on the detection of strabismus, anisometropia or ametropia of children by simultaneous photography of the corneal and the fundus reflexes. *Acta Ophthalmol*, 57: 600-11, 1979.

KARA JOSÉ, N.; ALVES, M. R. *Problemas oculares mais freqüentes em escolares*. In CONCEIÇÃO, J. A. N. (Coord): Saúde Escolar – a criança, a vida e a escola. São Paulo. Sarvier, 1994, p.195-203.

KARA JOSÉ, N.; ALVES, M. R. *Manual de orientação ao professor* – Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho, 2001. 40p.

KARA JOSÉ, N.; PEREIRA, V.L.; MELO, H.F.R.; URVANEJA, A . O; BRASIL JR.,W. Criação do núcleo de Prevenção da Cegueira. *Arq Bras Oftalmol*, 50: 145-7, 1987.

KARA JOSÉ, N.; TEMPORINI, E. R. Avaliação de critérios de triagem de escolares de primeira série do primeiro grau. *Rev Saúde Públ*, 14: 205-14, 1980.

KARA JOSÉ, N.; CARVALHO, K. M. M.; CALDATO, R.; PEREIRA, V. L.; OLIVEIRA A. M. N. D.; FONSECA NETO, J. C. Atendimento de amblíopes e prevalência na população pré-escolar, Campinas (SP-BR). *Bol Of Sanit Panam*, 96: 31-37, 1984a.

KARA JOSÉ, N; DELGADO, A. M. N.; ARIETA, C. E. L.; RODRIGUES, M. L. V.; ALVES, M. R. *Prevenção da cegueira por catarata – Campinas, SP*. Ed. da UNICAMP, 1996.

KARA JOSÉ, N; FERRARINI, M. L.; TEMPORINI, E. R. Avaliação do desenvolvimento do Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar em três anos de sua aplicação no Estado de São Paulo. *Arq Bras Oftalmol*, 40: 9-15, 1977.

KARA JOSÉ, N.; HOLZCHUH, N.; TEMPORINI, E.R. Vícios de refração em escolares da cidade de São Paulo, Brasil. *Bol Of Sanit Panam*, 96 : 326-332, 1984b.

KARA JOSÉ, N.; SABA, H. C.; CARTOCCI, A. A.; BRAGA, A. C. A.; SHIMODA, G. A.; GUIDI, H. C. Conhecimentos e práticas em saúde ocular de 1000 pessoas da cidade de Campinas (SP). *Arq Bras Oftalmol*, 48: 160-4, 1985.

KARA JOSÉ, N.; SENNE, F.M.B.; ARIETA, C.E.L.; DELGADO, A .D. Banco de óculos e laboratório óptico. *Arq Bras Oftalmol*, 59: 316-318, 1996.

KÖHLER, L.; STIGMAR, G. Vision screening of for four-year old children. *Acta Paediatr Scand*, 62: 17-27, 1973.

LAPPONI, J. C. *Estatística usando excel 5 e 7*. São Paulo. Lapponi Treinamento e Editora, 1997.

LIMBURG, H.; KANSARA, H. T.; D'SOUZA, S. Results of school eye screening of 5.4 million children in India – a five-year follow-up study. *Acta Ophthalmol Scand*, 77: 310-314, 1999.

LIU, H. L. Prevalence and predictors of undercorrected refractive errors in the Victorian population. *Am J Ophthalmol*, 127: 590-596, 1999.

LIPPMAN, O. Eye screening. *Arch Ophthalmol*, 68 : 692-706, 1962.

MACCHIAVERNI, S. N.; KARA JOSÉ, N.; RUEDA, G.; PEREIRA, V. L.; COSTA, M. N.; RANGEL, F. F. et al. Levantamento oftalmológico em escolares da 1ª a 4ª série do 1º grau, na cidade de Paulínia (SP). *Arq Bras Oftalmol*, 42: 289-94, 1979.

MAUL, E.; BARROSO,S.; MUNOZ, S. R.; SPERDUTO, R.D.;ELLWEIN, L. B. Refractive error study in children: results from La Florida, Chile. *Am J Ophthalmol*, 129; 445- 454, 2000.

MEC/INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *Censo Escolar 2002*.

Disponível em:

<http://www.inep.gov.br/estatísticas/perfil/resp-uf-reg.asp.região.BRASIL.htm>

MOHINDRA, I. & HELD, R. Refraction in humans from birth to five years. *Doc Ophthalmol Proc*, 28: 19-27, 1981

MOORE , B.D. *Eye Care for Infants & Young Children*. Boston, Butterworth-Heinemann,1997.361p.

NELSON, L.B.; CALHOUN, J.H.; HARLEY, R.D. *Paediatric Ophthalmology*, 3rd ed. W.B. Saunders Company. 1991, cap. 4. REPKA, M.X.

NIZETIC, B. Perspectives in ophthalmology. A public health point of view. *Can J Ophthalmol*, 8: 311-6, 1973.

NOBRE, M. I. R. S. *Identificação de crianças portadoras de deficiência visual: percepções e condutas de mães*. Campinas – 2001. (Tese de doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP)

NOBRE, M. I. R. S.; TEMPORINI, E. R.; KARA JOSÉ, N.; MONTILHA, R. C. I. Rehabilitation services for visually impairment children: early intervention or a long delay ? *Rev Ocupacion Humana*, 8: 9-18, 2000.

OLIVEIRA, R.C.S.; KARA JOSÉ, N.; ARIETA, C.E.L. *Manual da boa visão do escolar – solucionando dúvidas sobre o olho e a visão*. 2000, 31p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Grupo de Estudos sobre Prevenção da Cegueira* , Ginebra , 1972. Informe , Ginebra ,1973. (serv. inf. tecn. , 518).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégias para la Prevenção de la Cegueira em Programa Nacionales*, Ginebra :9, 1984.

PALLAZZO NETO, G.; LAURETTI FILHO, A.; ROMÃO, E. Estudo comparativo entre as medidas de acuidade visual feitas por um oftalmologista e uma atendente de enfermagem. *Rev Bras Oftal*, 51(5):45-9, 1992.

PARANHOS, F. R. L.; TARGINO, A. P.; NICOLIELLO, A. C. m.; JORDÃO Jr.; FRANGE, V. E. C.; BARSANTE, C. F. Análise dos critérios de triagem visual da Fund. Hilton Rocha no Projeto URBI – MG. *Rev Bras Oftal* 52(4): 257-61,1993.

PIZZARELLO, L.; TILP, M.; TIEZZI, L.; VAUGHN, R.; McCARTHY, J. A new school-based program to provide eyeglasses: child sight. *J AAPOS*, 2(6): 372-4, 1998.

PLANO de Oftalmologia Sanitária Escolar; elaborado por Comissão Conjunta da Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação. São Paulo, *Serviço de Oftalmologia Sanitária do Instituto da Saúde*,1976.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio. *Síntese de Indicadores*. Rio de Janeiro. IBGE, 2002.

PRESLAN, M. W.; NOVAK, A. Baltimore vision screening project. *Ophthalmology*, 103: 105-9, 1995.

PRESLAN, M.W.; NOVAK, A. Baltimore Vision Screening Project – Phase 2. *Ophthalmology*,105: 150-3, 1997.

RESNIKOFF, S.; PARARAJASEGARAM, R. Blindness prevention programmes: past, present, and future. *Bul of World Health Org*, 79: 222 - 232; 2001.

ROSNER, J.; ROSNER, J. Comparison of visual characteristics in children with and without learning difficulties. *Am J Optom Physiol Opt*, 64: 531-533, 1987.

SAID, M. E. Visual acuity and field of vision of urban and rural egyptians. *Publ Hlth Rep*, 84: 955-64, 1969.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Educação – *Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar e elementos subsidiários*. São Paulo, Secretaria da Educação/Secretaria da Saúde, 1973. 30p. (mimeo)

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Educação. Serviço de Ensino Primário – *Estudos sobre Oftalmologia Sanitária Escolar*. Seminário. São Paulo, 1971. (mimeo)

SCARPI, M. J.; KARA JOSÉ, N. TAIAR, A. Incidência de ambliopia em 1.400 escolares da cidade de São Paulo, 1975. *Arq Bras Oftalmol*, 40: 16-23, 1977.

SCHIMITI, R. B.; COSTA, V. P.; GREGUI, M. J. F.; KARA JOSÉ, N.; TEMPORINI, E. R. Prevalence of refractive errors and ocular disorders in preschool and schoolchildren of Ibiporã – PR, Brazil. (1989-1996). *Arq Bras Oftalmol*, 64: 379-84, 2001.

SISTEMA Integrado de atendimento Médico ao Escolar (SIAME). São Paulo, Secretaria de Estado da Educação, 1977? (Mimeografado) apud TEMPORINI, E. R. 1988.

SIMONS, K. Visual acuity norms in young children. *Surv Ophthalmol*, 28: 84-92, 1983.

SIMONS, K. Pre-school vision screening: rationale, methodology and outcome. *Surv Ophthalmol*, 41 : 3 - 30, 1996.

SLOANE, A .E.; ROSENTHAL, P. School vision testing. *Arch Ophthalmol*, 64 : 763-70,1960.

SOMMER, A. Organizing to prevent third world blindness. *Am J Ophthalmol*, 107: 544-6, 1989.

SOUZA , C. F. M. *Avaliação das condições de saúde da população estudantil*. In : Encontro dos Secretários de Educação e Presidentes de Conselhos de Educação, com a participação dos Secretários de Saúde , 10^o , Brasília , 1976 Anais. Brasília , Departamento de documentação e divulgação. MEC , 1977. p.25-52.

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 7.5 for student

STAYTE, M.; REEVER, B.; WORTHAN, C. Ocular and vision defects in pre-school children. *Br J Ophthalmol*, 77: 228-232, 1993.

TAYLOR, D. S. I. Screening? *Trans Ophthalmol Soc UK*, 104: 637-40, 1985.

TEMPORINI, E. R. Aspectos do Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Públ*, 16: 243-60, 1982.

- TEMPORINI, E. R. Ação preventiva em problemas visuais de escolares. *Rev Saúde Públ*, 18: 259-62, 1984.
- TEMPORINI, E. R. Percepções de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo sobre seu preparo em saúde do escolar. *Rev Saúde Públ*, 22(5): 411-21, 1988.
- TEMPORINI, E. R. Prevenção de problemas visuais de escolares: Conduta de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Esc* 1: 68-75, 1990.
- TEMPORINI, E. R. Promoção da Saúde Ocular. *Arq Bras Oftalmol*, 62: 82-84, 1999.
- TEMPORINI, E.R.; KARA JOSÉ, N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: Propostas de intervenção. *Arq Bras Oftalmol*, 58: 189-94, 1995.
- TEMPORINI, E. R.; KARA JOSÉ, N.; TAIAR, A.; FERRARINI, M. L. Validade da acuidade visual realizada pelo professor em escolares de 1ª a 4ª série do primeiro grau de escola pública do município de São Paulo, BR. *Rev Saúde Públ*, 11: 229-237, 1977.
- TODTER, F. Ophthalmologische Vorsorgeuntersuchungen bei Kleinkindern. *Ost Artzteztg*, 30 : 1385, 1975.
- TOMMILA, V. A new chart testing line acuity in amblyopia. *Acta Ophthalmol*, 50: 565-569, 1972.
- VENTURA, L. Importância da valorização da queixa principal das crianças e adolescentes de famílias de baixa renda. *Rev Bras Oftal* 57(2): 111-8, 1998.
- VERDAGUER, T. J. – One world, one voice, one vision. *Arq Bras Oftalmol*, 61: 5-6, 1998.
- VIEIRA, C. – Prevenção da cegueira nas escolas rurais da região de Santa Bárbara D' Oeste – SP. *Rev Bras Oftalmol*, 54 : 43-47, 1995.

- VON NOORDEN, G.K. – Prophylaxis of amblyopia. *J Pediat Ophthalmol*, 1 : 35-8, 1964.
- VON NOORDEN, G.K.- *Binocular vision and ocular motility: theory and management of strabismus*, 4th ed. St. Louis: Mosby, 280, 1990.
- WHEATLEY , G. M. & HALLOCK , G. T.- *HEALTH - Observation of school children*. New York, MacGraw-Hill ,1951.
- WHO urges massive support for the prevention of blindness. *Int J Hlth Educ*, 21(2): 120,1978.
- WICK, B.; RICKER, .Comparison of vision screening by lay and professional personnel. *Amer J Optom & Fisiol Optics*, 53: 475-8, 1976.
- 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.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. To wards the prevention of blindness. *WHO chron.* 23: 299-302, 1978.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION -*Guidelines for programmes for the prevention of blindness*. Geneva , 1979.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Ottawa charter for health promotion*. Ontario, 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Programme for the Prevention of Blindness and Christoffel – Blindemmission. – How to make spectacles at low cost*. Geneva, 1995.
- ZHAO, J; PAN, X.; SUI, R.; MUÑOZ, S. R.; SPERDUTO, R. D.; ELLWEIN, L. B. – Refractive error study in children: results from Shunyi District, China. *Am J Ophthalmol*, 129: 427-435, 2000.



9. ANEXOS

INSTRUMENTO I

ENTREVISTA PARA OS PAIS OU RESPONSÁVEL

NÚMERO:

Prezado(a) Sr(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre a Campanha OLHO NO OLHO 2000. A sua colaboração é muito importante para que possamos melhorar o serviço. Por favor fique à vontade para dizer o que, realmente, acha.

1- POR QUE A CRIANÇA FOI ENCAMINHADA À CONSULTA? (PODERÁ RESPONDER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- 1() INDICAÇÃO DA ESCOLA, APENAS (SEM QUEIXAS).
- 2() JÁ USAVA ÓCULOS.
- 3() QUEIXAS NA VISÃO.
- 4() PAIS PERCEBERAM O PROBLEMA VISUAL.
- 5() OUTRAS PESSOAS PERCEBERAM O PROBLEMA VISUAL.

2- A CRIANÇA FOI À CONSULTA? 1()SIM 2()NÃO

* NO CASO DO NÃO COMPARECIMENTO DA CRIANÇA À CONSULTA:

3- POR QUE A CRIANÇA NÃO FOI À CONSULTA?

- 1()A CRIANÇA ESTAVA DOENTE.
- 2()ESQUECI O DIA DA CONSULTA.
- 3()NÃO ACHEI IMPORTANTE.
- 4()ESTAVA TRABALHANDO NO DIA DA CONSULTA.
- 5()ESTAVA DOENTE NO DIA DA CONSULTA.
- 6()NÃO TINHA DINHEIRO PARA O TRANSPORTE.
- 7()OUTROS

4- GOSTARIA DE UMA NOVA OPORTUNIDADE? 1()SIM 2()NÃO

5- SOBRE O DIA DO ATENDIMENTO MÉDICO:

A- O(A) SR.(A) ESTAVA PRESENTE NO DIA DA CONSULTA? 1()SIM 2()NÃO

B- A CONSULTA DA SUA CRIANÇA FOI FEITA EM MUTIRÃO NA ESCOLA, EM MUTIRÃO NO HOSP. UNIVERSITÁRIO OU NO CONSULTÓRIO DO MÉDICO?

1()MUTIRÃO EM ESCOLA

2()MUTIRÃO NO HOSP. UNIVERSITÁRIO

3()CONSULTÓRIO

SE ESTAVA PRESENTE, RESPONDA AS PRÓXIMAS QUESTÕES (C,D,E, F)

C- O QUE O(A) SR.(A) ACHOU DO LOCAL DO ATENDIMENTO?

1()PÉSSIMO 2()RUIM 3()REGULAR 4()BOM 5()ÓTIMO

D- A ORGANIZAÇÃO DA RECEPÇÃO DOS PAIS E CRIANÇAS FOI SATISFATÓRIA?

1()SIM 2()NÃO

E- SE A CONSULTA FOI EM MUTIRÃO,O(A) SR.(A) ACHA QUE O NÚMERO DE MÉDICOS ATENDENDO FOI SUFICIENTE?

1()SIM 2()NÃO 3()NÃO SEI

F- AO FINAL DA CONSULTA, A INFORMAÇÃO SE A CRIANÇA IRIA OU NÃO USAR ÓCULOS FOI BEM COMPREENDIDA? 1()SIM 2()NÃO

6- FOI INDICADO USO DE ÓCULOS PARA A CRIANÇA?

1()SIM 2()NÃO 3()NÃO SEI

7- A CRIANÇA RECEBEU OS ÓCULOS? 1()SIM 2()NÃO

8- HOUVE DEMORA NA ENTREGA DOS ÓCULOS? 1()SIM 2()NÃO

9- QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE O MATERIAL E APARÊNCIA DOS ÓCULOS RECEBIDOS PELA CRIANÇA?

1()PÉSSIMO 2()RUIM 3()REGULAR 4()BOM 5()ÓTIMO

10- A CRIANÇA GOSTOU DOS ÓCULOS?

1()SIM 2()NÃO 3()NÃO SEI

11- A CRIANÇA ESTÁ USANDO OS ÓCULOS QUE RECEBEU?

1()SIM 2()NÃO 3()NÃO SEI

12- O(A) SR.(A) NOTOU MELHORA NO RENDIMENTO ESCOLAR DA CRIANÇA, APÓS O USO DOS ÓCULOS? 1()SIM 2()NÃO

13- O QUE O(A) SR.(A) ACHOU DA CAMPANHA, DE UM MODO GERAL?

1()PÉSSIMA 2()RUIM 3()REGULAR 4()BOA 5()ÓTIMA

14- QUAL O SEU PARENTESCO COM A CRIANÇA? 1() PAI

2() MÃE

3() OUTRO

15- EM QUE O(A) SR(A) TRABALHA?.....

16- O(A) SR.(A) SABE LER E ESCREVER? 1()SIM 2()NÃO

17- O(A) SR.(A) ESTUDOU OU ESTUDA EM ESCOLA ? 1()SIM 2()NÃO

18- ATÉ QUE SÉRIE O(A) SR(A) ESTUDOU?

1- GRAU:1() 1- SÉRIE 2- GRAU: 9() 1- SÉRIE 3- GRAU: 12()INCOMPLETO

2() 2- SÉRIE 10() 2- SÉRIE (superior) 13()COMPLETO

3() 3- SÉRIE 11() 3- SÉRIE

4() 4- SÉRIE

5() 5- SÉRIE

6() 6- SÉRIE

7() 7- SÉRIE

8() 8- SÉRIE

INSTRUMENTO II

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFESSORES, ORIENTADORES E DIRETORES:

NÚMERO:.....

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre a Campanha OLHO NO OLHO 2000. A sua colaboração é muito importante, para que possamos melhorar o serviço. Por favor fique à vontade para dizer o que, realmente, acha.

1- QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE A QUALIDADE DO MATERIAL RECEBIDO?

1()PÉSSIMA 2()RUIM 3()REGULAR 4()BOA 5()ÓTIMA

2- CONSIDERANDO PROBLEMAS NO MATERIAL RECEBIDO, MARQUE COM UM X O QUE ACHAR VERDADEIRO:

1() QUANTIDADE INSUFICIENTE.

2() DEMORA NA ENTREGA DO MATERIAL.

3() FALTA INFORMATIVO PARA OS PAIS.

4() OCLUSOR MOLE.

5() LINGUAGEM DIFÍCIL.

6() OUTROS

3-QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE O TREINAMENTO RECEBIDO?

1()PÉSSIMO 2()RUIM 3()REGULAR 4()BOM 5()ÓTIMO

6()NÃO TEM OPINIÃO

4-HOUVE DIFICULDADE NA APLICAÇÃO DO TESTE DA VISÃO?

1() SIM 2() NÃO 3() NÃO APLICOU

5- QUAL A MAIOR DIFICULDADE NA APLICAÇÃO DO TESTE DA VISÃO?

- 1() COLABORAÇÃO DOS ALUNOS.
- 2() DÚVIDAS EM COMO REALIZÁ-LO.
- 3() FALTA DE UM ESPECIALISTA PARA A APLICAÇÃO.
- 4() POUCA EXPERIÊNCIA DO APLICADOR.
- 5() APLICADOR COM PROBLEMA VISUAL.

6- SOBRE O DIA DO ATENDIMENTO MÉDICO:

A- AS CRIANÇAS DA SUA CLASSE COMPARECERAM AO ATENDIMENTO MÉDICO?

- 1() SIM, TODAS.
- 2() ALGUMAS SIM, OUTRAS NÃO.
- 3() NÃO, NENHUMA.
- 4() NÃO SEI.

B- NA SUA ESCOLA, AS CRIANÇAS FORAM ATENDIDAS EM MUTIRÕES EM ESCOLA, EM MUTIRÕES NO HOSP. UNIVERSITÁRIO OU EM CONSULTÓRIOS DOS MÉDICOS?

- 1() MUTIRÕES EM ESCOLA
- 2() MUTIRÕES NO HOSP. UNIVERSITÁRIO
- 3() CONSULTÓRIOS

C- O(A) SR.(A) ESTAVA PRESENTE NO DIA DO ATENDIMENTO MÉDICO?

- 1() SIM 2() NÃO

SE ESTAVA PRESENTE, RESPONDA AS PRÓXIMAS QUESTÕES (D, E, F e G)

D- O QUE O SR.(A) ACHOU DO LOCAL DO ATENDIMENTO?

- 1() PÉSSIMO 2() RUIM 3() REGULAR 4() BOM 5() ÓTIMO

E- A ORGANIZAÇÃO DA RECEPÇÃO DOS PAIS E CRIANÇAS FOI SATISFATÓRIA?

- 1() SIM 2() NÃO

F- O(A) SR.(A) ACHA QUE O NÚMERO DE MÉDICOS, NOS MUTIRÕES, FOI SUFICIENTE?

- 1() SIM 2() NÃO

G- AO FINAL DA CONSULTA, A INFORMAÇÃO SE A CRIANÇA IRIA OU NÃO USAR ÓCULOS FOI BEM COMPREENDIDA? 1() SIM 2() NÃO

7- QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE O MATERIAL E ESTÉTICA DOS ÓCULOS RECEBIDOS PELAS CRIANÇAS?

- 1() PÉSSIMO 2() RUIM 3() REGULAR 4() BOM 5() ÓTIMO
- 6() NÃO TEM OPINIÃO

8- AS CRIANÇAS GOSTARAM DOS ÓCULOS?

- 1() SIM 2() NÃO 3() NÃO SEI

9- HOUVE DEMORA NA ENTREGA DOS ÓCULOS, NA SUA ESCOLA?

- 1()SIM 2()NÃO 3()NÃO SEI

10-TODAS AS CRIANÇAS DA SUA CLASSE, ÀS QUAIS FOI INDICADO O USO DOS ÓCULOS, RECEBERAM OS ÓCULOS?

- 1()SIM 2()NÃO 3()NÃO SEI

11- AS CRIANÇAS ESTÃO USANDO OS ÓCULOS QUE RECEBERAM?

- 1()SIM, TODAS.
2()ALGUMAS SIM, OUTRAS NÃO.
3()NÃO,NENHUMA.
4()NÃO SEI.

12-FOI POSSÍVEL AVALIAR MUDANÇA NO RENDIMENTO DOS ALUNOS QUE RECEBERAM OS ÓCULOS? 1()SIM 2()NÃO

13- SE NÃO FOI POSSÍVEL, POR FAVOR RESPONDA POR QUE?

- 1()AINDA NÃO RECEBERAM.
2()RECEBERAM HÁ POUCOS DIAS.
3()NÃO ESTÃO USANDO.
4()NÃO ACOMPANHOU A CRIANÇA COM OS ÓCULOS.
5()NÃO É PROFESSORA.

14- SE FOI POSSÍVEL, POR FAVOR, RESPONDA:

- 1() HOUVE MELHORA NO RENDIMENTO DE TODOS OS ALUNOS QUE PASSARAM A USAR ÓCULOS.
2() HOUVE MELHORA NO RENDIMENTO DE MAIS OU MENOS METADE DOS ALUNOS QUE PASSARAM A USAR ÓCULOS.
3() HOUVE MELHORA NO RENDIMENTO DE ALGUNS POUCOS ALUNOS QUE PASSARAM A USAR ÓCULOS.
4() NÃO HOUVE MELHORA NO RENDIMENTO DE NENHUM DOS ALUNOS QUE PASSARAM A USAR ÓCULOS

15-QUAL DESTAS FRASES MELHOR DESCREVE A CAMPANHA ?

- 1() MARAVILHOSA, ATENDENDO ÀS EXPECTATIVAS E RESOLVENDO O PROBLEMA DA FALTA DE ÓCULOS NA POPULAÇÃO ALVO, COMO SE PROPÔS.
- 2() BOA, PORÉM NECESSITA DE REFORMULAÇÕES.
- 3() PROPOSTA SEM FUTURO PARA A REALIDADE LOCAL.
- 4() EM NADA CONTRIBUI PARA A SAÚDE DOS ALUNOS.

16-QUAL A SUA OPINIÃO EM RELAÇÃO À SUA PARTICIPAÇÃO NA CAMPANHA?

- 1() GOSTEI MUITO, SENTI-ME ÚTIL COM O TRABALHO REALIZADO, FAZENDO PARTE DE UM ESFORÇO COLETIVO DA SOCIEDADE EM PROL DA SAÚDE DAS CRIANÇAS DA REDE PÚBLICA DA EDUCAÇÃO.
- 2() SENTI-ME SOBRECARRREGADA, PORÉM GOSTEI DE PARTICIPAR.
- 3() NÃO ACHO QUE SEJA FUNÇÃO DO PROFESSOR.

17-QUANTOS ANOS COMPLETOS O(A) SR.(A) TEM?.....

18-QUAL A ESCOLA EM QUE O(A) SR.(A) TRABALHA?.....
.....

- 19-QUAL A SUA FUNÇÃO NA ESCOLA?**
- 1() DIRETORA
 - 2() ORIENTADORA
 - 3() PROFESSORA

20- O(A) SR.(A) TAMBÉM TRABALHA EM ESCOLA PRIVADA? 1() SIM 2() NÃO

21-QUAL A SUA CARGA HORÁRIA SEMANAL NA ESCOLA PRIVADA?

- 1 () 20 HORAS
- 2 () 30 HORAS
- 3 () 40 HORAS

22- QUAL A SUA CARGA HORÁRIA SEMANAL NO SERVIÇO PÚBLICO?

- 1 () 20 HORAS
- 2 () 30 HORAS
- 3 () 40 HORAS

23- QUAL A SUA ESCOLARIDADE? 1() 1- GRAU INCOMPLETO

2() 1- GRAU COMPLETO

3() 2- GRAU OU MAGISTÉRIO

4() 3- GRAU (SUPERIOR) INCOMPLETO

5() 3- GRAU (SUPERIOR) COMPLETO

24- O(A) SR.(A) USA ÓCULOS ? 1() SIM 2() NÃO

25- O(A) SR.(A) TEM DIFICULDADE PARA ENXERGAR MESMO COM ÓCULOS?

1() SIM 2() NÃO

26- O(A) SR.(A) TEM ALGUM FILHO QUE USA ÓCULOS? 1() SIM 2() NÃO

27- ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA TEM DIFICULDADE PARA ENXERGAR MESMO USANDO ÓCULOS? 1() SIM 2() NÃO

COLOQUE SUAS SUGESTÕES PARA MELHORAR A CAMPANHA :

.....
.....
.....

MUITO OBRIGADA !

LISTA DAS OCUPAÇÕES DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS:

Ocupação	<i>f</i>	%
ambulante	10	3,80%
aposentado	10	3,80%
autônomo	5	1,90%
auxiliar acompanhante	1	0,38%
auxiliar de enfermagem	1	0,38%
baba	1	0,38%
balconista	1	0,38%
banca de revista	1	0,38%
caixa	2	0,76%
catador de lixo	3	1,14%
catador de papelão	1	0,38%
cobrador	2	0,76%
comerciante	5	1,90%
cozinheiro	1	0,38%
desempregado	16	6,08%
domestica	30	11,41%
dona de casa	115	43,73%
enfermeira	1	0,38%
estudante	3	1,14%
faxineira	5	1,90%
feirante	1	0,38%
funcionário publico	1	0,38%
lavadeira	2	0,76%
lavadeira e vendedora	1	0,38%
merendeira	1	0,38%
motorista	3	1,14%
pedreiro	4	1,52%
pescador	2	0,76%
pintor	2	0,76%
porteiro	1	0,38%
professor	1	0,38%
repcionista	1	0,38%
serviços gerais	5	1,90%
taxista	1	0,38%
vendedor	11	4,18%
vigilante	1	0,38%
voluntário	1	0,38%
não informou	10	3,80%
TOTAL	263	100,00%