JANE de ESTON ARMOND

**SAÚDE OCULAR NA INFÂNCIA:
CONHECIMENTOS, OPINIÕES E PRÁTICAS DE EDUCADORAS
DE CRECHES DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Tese de Doutorado apresentada
ao Departamento de Prática de
Saúde Pública, da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do Grau
de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. EDMÉA
RITA TEMPORINI NASTARI.

São Paulo
2003

44294 | 2003 doc

Armond, Jane de Eston

Saúde ocular na infância: Conhecimentos, opiniões e práticas de educadoras de creches da região sul do Município de São Paulo. – São Paulo 2003

129 p

Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública.

Ocular health in the childhood: knowledge, opinions and practices of the child care centers educators of the south area of São Paulo City.

1. Saúde ocular, 2. Educação em saúde, 3. Cegueira, 4. Oftalmologia comunitária, 5. Prevenção.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 – A prevenção da perda visual na infância.....	1
1.2 - A promoção da saúde ocular e fatores humanos determinantes	4
1.3 - Distúrbios visuais de lactentes e pré-escolares.....	11
1.4 - Triage visual de crianças em idade pré-escolar.....	16
1.5 - Ações básicas de saúde ocular.....	21
1.5.1 - Ações de saúde ocular no Estado de São Paulo.....	22
1.5.2 - Ações de saúde ocular no Município de São Paulo.....	25
1.5.3 - Situação da assistência à saúde ocular nas subprefeituras da Capela do Socorro e Parelheiros.....	30
1.6 - As creches: histórico, organização e funcionamento.....	33
1.6.1 - As creches no Brasil e em São Paulo.....	36
2. OBJETIVOS.....	41
3. MÉTODOS.....	42
3.1 - Tipo de estudo.....	42
3.2 - Variáveis selecionadas.....	43
3.2.1 - Variáveis dependentes.....	43
3.2.2 - Variáveis independentes.....	44
3.3 – População.....	45
3.3.1 - Descrição da região do estudo.....	45
3.4 – Instrumento.....	50
3.4.1 - Estudo exploratório.....	50
3.4.2 - Elaboração do questionário.....	51
3.4.3 - Pré-teste e questionário definitivo.....	51
3.5 - Coleta de dados.....	52
3.5.1 - Fase preliminar.....	52

3.5.2 - Execução.....	52
3.6 - Revisão crítica e codificação.....	53
3.7 - Processamento dos dados.....	53
3.8 - Tratamento dos dados.....	53
3.8.1 - Análise estatística.....	53
3.8.2 - Valor Escalar Médio.....	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
4.1 - Considerações preliminares.....	57
4.2 - Descrição da população.....	58
4.2.1 - Características pessoais e profissionais.....	58
4.2.2 Características do preparo em saúde ocular.....	64
4.3 - Resultados relativos às variáveis dependentes.....	76
4.3.1- Estudo descritivo.....	76
4.3.2 - Estudo analítico.....	95
5. PRINCIPAIS RESULTADOS.....	109
5.1 – Estudo descritivo.....	109
5.1.1 – Variáveis dependentes.....	110
5.2 – Estudo analítico.....	111
6. CONCLUSÕES.....	113
7. SUGESTÕES.....	115
8. REFERÊNCIAS.....	117
9. ANEXOS.....	130

Children can not wait; many things
can wait, but they can not. To
them we can not say tomorrow -
Their name is TODAY.

Gabriela Mistral

DEDICATÓRIA

Ao meu marido SÉRGIO e aos meus filhos GUILHERME, EDUARDO, RODRIGO e FERNANDO, meus amores, meu Universo, que me concederam o privilégio de juntos, construirmos o meu maior tesouro: “Nosso Lar”.

Aos meus amados pais DARO e EMY, que tanto se esforçaram para minha formação, permitindo que eu chegasse até aqui.

Ao meu irmão ROBERTO, minhas cunhadas GRAÇA e ALICE e à minha sobrinha KATIA em especial, mas a toda minha família maravilhosa que sempre me apoiou.

À memória de meu tio Prof. Dr. TEDE ESTON de ESTON, que dedicou sua vida à pesquisa médica e ao ensino da medicina.

À memória de meu tio Dr. FRANCISCO SPADARO JÚNIOR, que sonhou que essa sobrinha pediatra, um dia, enveredasse pelos caminhos da oftalmologia.

AGRADECIMENTOS

**Inicialmente, ao “PAI MAIOR”, que
me concedeu o privilégio de ter tanto
a agradecer, a tantos!**

À minha querida e muito amiga orientadora, Prof^a. Dr^a. EDMÉA RITA TEMPORINI NASTARI a quem, um dia, gostaria de ser ao menos, semelhante.

À Prof^a. Dr^a. MARIA CECÍLIA FOCESI PELICIONI, minha querida incentivadora, pela esperança e confiança em mim depositadas.

Ao Prof. Dr. NEWTON KARA JOSÉ, pelo apoio, pelo incentivo e por ter aberto, para mim, as portas da oftalmologia.

Aos Profs. Drs. YARA JULIANO e NEIL FERREIRA NOVO, pelo carinho , pelo amor e por terem me ensinado que por meio da Bioestatística, podemos revolucionar uma vida.

À Prof^a. Dr^a. LÉLIA CARDAMONE GOUVEA, por toda a amizade, solidariedade e carinho recebidos.

Ao Prof. Dr. MILTON RUIZ ALVES, pelo apoio e amizade sempre evidentes.

À Prof^a. Dr^a. MARIA CRISTINA S. CURY, pela confiança ao abrir-me as portas de Universidade de Santo Amaro, nossa escola querida, minha eterna amizade.

Ao Dr. JURANDIR G. DUARTE, e sua esposa MARIA JOSÉ pela paciência e atenção que dedicaram ao processamento e apuração dos dados desta pesquisa.

À Sra. CÁSSIA GORETTI da SILVA, Coordenadora de Ação Social e Desenvolvimento da Capela do Socorro, pelas sugestões e apoio recebidos.

À Sra. ÂNGELA GONÇALVES MARQUES, Supervisora Regional da Secretaria de Assistência Social da Capela do Socorro, pela ajuda e facilitação desta pesquisa.

À Sra. SÔNIA APARECIDA MARCON de BARROS, atual Coordenadora de Educação da Subprefeitura de Cidade Ademar, Coordenadora do NAE6, na época da pesquisa, pelo apoio recebido.

Ao Sr. ALEXANDRE da SILVA CORDEIRO, atual Diretor de Orientação Técnica Pedagógica da Coordenadoria de Educação de Cidade Ademar, que quando no NAE6, na época da realização deste estudo, abriu-me as portas.

À Sra. SUZY VIANNA ALCEBIADEZ, Diretora do Centro de Educação Infantil Parque Cocaia, pela acolhida e pelas sugestões.

À Sra. MIRTES LOPES de PAULA, sempre na luta para melhoria da saúde ocular da região, uma batalhadora.

À Sra. ELIZABETH MARIA SCHIBUOLA EGYDIO de CARVALHO, pela amizade , por todo suporte que me ofereceu no decorrer deste trabalho, todo meu carinho.

À Sra. SÔNIA REGINA LEITE de ALMEIDA PRADO, pelas referências bibliográficas sugeridas e pelo inestimável auxílio.

Às DIRETORAS de todas as creches, pelo interesse demonstrado por este estudo e pelas condições facilitadoras à coleta de dados.

Às EDUCADORAS de CRECHES que constituíram a população de análise, pela colaboração e compreensão demonstradas.

À toda a equipe da COORDENADORIA DE SAÚDE da CAPELA do SOCORRO, pelo incentivo, amizade e compreensão que tiveram com minhas ausências, por vezes necessárias para a realização desta pesquisa.

Às minhas sobrinhas VANESSA e LETÍCIA MOREIRA SÍGOLO, pela colaboração e carinho.

Ao meu marido SÉRGIO CARDOZO ARMOND, pelas muitas horas despendidas na digitação, formatação e elaboração do visual deste trabalho.

Ao meu filho EDUARDO de ESTON ARMOND, pela arte gráfica das figuras e pelas idéias sempre geniais, para finalização do trabalho.

Ao meu filho GUILHERME de ESTON ARMOND, pelo “socorro” imediato na elaboração das tabelas.

A meus filhos RODRIGO e FERNANDO de ESTON ARMOND, pela paciência e pela “cessão” dos computadores e dos seus próprios espaços.

ÍNDICE DE TABELAS

- 1 – Idade das educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 59
- 2 – Tem / não tem filhos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 59
- 3 – Idade dos filhos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 60
- 4 – Tempo de exercício profissional na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 60
- 5 – Escolaridade e tipo de creche em que atua. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 61
- 6 – Grau de satisfação com o trabalho que realiza na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 62
- 7 – Recebimento de orientação/treinamento sobre distúrbios visuais de crianças. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 66
- 8 – Tempo de duração da orientação/treinamento recebidos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 66
- 9 – Tempo decorrido do recebimento da orientação/treinamento. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 67
- 10 – Conteúdo da orientação/treinamento recebidos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 68
- 11 – Tipos de material educativo sobre saúde ocular, ao qual têm acesso. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 69
- 12 – Importância do recebimento de orientação/treinamento sobre distúrbios visuais para o trabalho na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 70
- 13 – Auto-avaliação sobre preparo para identificar crianças com distúrbios visuais na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 71

- 14 – Auto-cuidado na ocorrência de distúrbio visual. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 71
- 15 – Cuidados habituais com a própria visão. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 72
- 16 – Opinião e conduta sobre o uso próprio de óculos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 73
- 17 – Razões para não usar rotineiramente os óculos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 74
- 18 – Conhecimento sobre estrabismo. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 77
- 19 – Conhecimento sobre agravos de saúde que podem provocar quedas de criança na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 77
- 20 – Conhecimento sobre causas de “olho vermelho” de criança de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 78
- 21 – Conhecimento sobre causas de “olho vermelho” de criança de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 79
- 22 – Opinião sobre atividades na creche que podem provocar trauma ocular. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 85
- 23 – Opinião sobre a atribuição da aplicação do teste de acuidade visual (TAV). Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 87
- 24 – Opinião sobre a época da primeira consulta oftalmológica. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 87
- 25 – Práticas na presença de secreção nos olhos de criança na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 90
- 26 – Práticas na presença de ciscos nos olhos de criança na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 91

- 27 – Práticas e opinião referentes ao uso de tampão ocular por criança da creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 92
- 28 – Tomada de providências para encaminhamento de criança da creche, com distúrbio visual. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 94
- 29 – Recebimento de orientação/treinamento sobre distúrbios visuais de crianças segundo o tipo de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 95
- 30 – Grau de importância atribuído à orientação/treinamento sobre distúrbios visuais segundo ter ou não recebido orientação/treinamento. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 96
- 31 – Auto-avaliação do preparo para identificar distúrbios oculares de crianças usuárias de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 97
- 32 – Grau de importância atribuída à orientação/treinamento sobre distúrbios oculares de crianças segundo a auto-avaliação do preparo para identificá-los. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 99
- 33 – Opinião sobre a incumbência da aplicação de teste de acuidade visual nas crianças usuárias de creche, segundo a auto-avaliação do preparo para identificar crianças com distúrbios oculares. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 100
- 34 – Opinião sobre a época da primeira consulta oftalmológica, segundo a auto-avaliação do preparo para identificar crianças usuárias de creche com distúrbios oculares. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 101
- 35 – Providência para encaminhamento ao oftalmologista, segundo a auto-avaliação do preparo para identificar distúrbios oculares de crianças usuárias de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 102
- 36 – Supervisão do uso de tampão ocular de criança usuária de creche, segundo a necessidade do seu uso na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____ pág. 106

37 – Supervisão do uso de tampão ocular de criança usuária de creche, segundo a necessidade do seu uso na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. _____

pág. 106

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Região sul do município de São Paulo –
Caracterização das Subprefeituras Capela do
Socorro e Parelheiros _____ pág. 48

Figura 2 – Município de São Paulo – Divisão por Distritos de
Saúde e Subprefeituras _____ pág. 49

Quadro 1 - Tipos de creche e respectiva subprefeitura. Região sul
do município de São Paulo. São Paulo – 2002 _____ pág. 47

RESUMO

ARMOND, J.E.: Saúde Ocular na infância: conhecimentos, opiniões e praticas de educadores de creches da região sul do município de São Paulo. São Paulo; 2003. (Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP)

Propôs-se em relação às educadoras de creches verificar conhecimento, opiniões e práticas relacionadas à ocorrência, prevenção e detecção de distúrbios oftálmicos de crianças usuárias de creche, com vistas ao planejamento de treinamentos para implementação de ações de promoção da saúde ocular. O tipo de estudo realizado foi transversal, do tipo "survey". O universo constituiu-se de 842 educadoras de creche. Foram selecionadas como variáveis independentes: características pessoais, profissionais e de preparo sobre saúde ocular. Utilizou-se questionário auto-aplicado como instrumento de medida, elaborado após estudo exploratório. As educadoras apresentaram em média 8,1 anos de tempo de trabalho nas creches. A maioria (88,0%) não recebeu orientação/treinamento em saúde ocular, sendo que se consideraram despreparadas para identificação de distúrbios oculares de crianças (48,6%). Conjuntivites, terçoís e miopia, foram os distúrbios oculares mais conhecidos, sendo a ambliopia praticamente desconhecida. Quanto à aplicação do teste de acuidade visual, 72,8% declararam que ela deve ser feita por profissionais da saúde, porém, a maioria das educadoras manifestou-se favorável à necessidade de receber treinamento em saúde ocular, atribuindo-lhe grande importância (95,8%). Houve concordância da necessidade do uso de tampão ocular por criança na creche, quando indicado (88,4%). Identificou-se também a presença de crenças populares no campo da saúde ocular. As educadoras de creche consideraram-se mal preparadas e declararam desconhecer os agravos mais frequentes do sistema visual, em especial a ambliopia. É necessária a implementação de programa para desenvolvimento de ações no campo da saúde ocular e capacitação das educadoras para desenvolve-las.

SUMMARY

ARMOND, J.E.: Ocular Health in the childhood: knowledge, opinions and practices of the child day care centers educators of the south area of São Paulo City. São Paulo; 2003. (Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo)

This study intend to verify the child day care centers educators' knowledge, opinions and practices related to the occurrence, prevention and detection of ophthalmic disturbances of child day care centers users, with the aim of planning training programs for the implementation of ocular health promotional actions. The study developed was transverse, as the type of "survey". The research universe was constituted of 842 child day care centers educators. The following independent variables were selected: personal and professional characteristics and ocular health abilities of the educators. Self-applied questionnaire was used as measure instrument, elaborated after previous exploratory studies. It was established in average 8,1 years of work of the child day care centers educators. Most of them (88,0%) didn't receive ocular health orientation/training, and part of them didn't consider themselves able to identify child ocular disturbances (48,6%). Conjunctivitis, styes and myopia were the most known ocular disturbances and the amblyopia was practically unknown. As for the visual sharpness test application, the educators (72,8%) declared that it should be done by health professionals, however, most of them showed favorable in receiving training in ocular health, attributing great importance to it (95,8%). There was agreement on the need for the ocular lid use by children in the child day care center, when suitable (88,4%). It was also identified the presence of popular faiths in the ocular health field. The child day care center educators demonstrated to be unable to identify ocular disturbances, specially the amblyopia, showing the need for training to develop actions in the ocular health field.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 – A prevenção da perda visual na infância

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, estimou existirem aproximadamente 1.500.000 crianças cegas no mundo, das quais 90% viviam em países em desenvolvimento. Anualmente, de acordo com os dados da OMS, cerca de 500.000 crianças tornam-se cegas no mundo e destas, 60 a 80% morrem durante os dois primeiros anos de vida, devido a doenças que também contribuíram para o comprometimento do seu sistema visual. Vários fatores podem dar causa à cegueira na infância, tais como: genéticos, infecções maternas durante a gestação, traumas de parto, baixo peso ao nascer, infecções no período perinatal e deficiência de vitamina A, entre outros.⁽⁴⁶⁾

Considerando-se a importância de prevenir perda visual na infância, deve-se conferir especial atenção à saúde ocular da criança desde o nascimento.^(26,60,93,97,109) A cegueira na infância é particularmente importante nos países em desenvolvimento onde, de acordo com FOSTER e col.⁽⁴⁷⁾, a taxa de prevalência varia de 5 a 15/10.000 crianças.

Os distúrbios visuais podem influir no comportamento da criança e reduzir o rendimento escolar, porém a maioria desses problemas é passível de correção e/ou da minimização de seus efeitos, mediante detecção precoce e tratamento adequado. Aplicando-se o conhecimento científico disponível, pelo menos 50% e provavelmente até 75% das perdas visuais na infância, poderiam ser evitadas.^(75,159,161,46)

Vários estudos têm evidenciado a importância de programas para detecção dos distúrbios visuais nas unidades escolares, como forma de prevenção e correção dos desvios da normalidade, detectando a importância da atuação do professor no tocante à saúde ocular.^(59,60,61,72,75,114,138,147,148,154,155)

Uma importante medida preventiva seria a de que toda criança fosse submetida a exame oftalmológico antes de seu ingresso na escola, ainda na fase pré-escolar.^(66,124,139)

De acordo com RAHI e DESATEUX⁽¹¹²⁾, mais de 6% das crianças nessa fase apresentariam algum problema visual, necessitando acompanhamento e tratamento adequados.

HATCH afirmou que de cinco a 10% de crianças triadas na idade pré-escolar seriam beneficiadas pela detecção e tratamento precoce de suas afecções oculares.⁽¹⁵⁾

KOHLER e STIGMAR⁽⁷²⁾ consideraram que a idade ideal para triagem e detecção precoce dos distúrbios visuais seria a partir dos quatro anos.

KVARNSTRÖN, LENNERSTRAND e col., avaliando o programa de triagem para detecção de distúrbios visuais de crianças na Suécia, também consideraram a idade de 4 anos como a mais apropriada para início da triagem.⁽⁷³⁾

As crianças usuárias de creches apresentam idades que variam de zero a cinco anos e 11 meses. São crianças que permanecem por até 12 horas do dia, sob os cuidados de auxiliares de desenvolvimento infantil (ADI), também denominadas cuidadoras ou educadoras, que têm a função de alimentá-las, dar suporte afetivo e prestar cuidados específicos. Como a creche é um local de

crescimento e desenvolvimento da criança, é de suma importância que essas educadoras sejam promotoras de crescimento e desenvolvimento, por isso, devem ser preparadas mediante reciclagens periódicas. ⁽⁷⁶⁾

Desde a década de 80, o Centro de Estudos do Crescimento e de Desenvolvimento do Ser Humano, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tem se manifestado sobre a importância da capacitação do profissional que atua em creches, já que o cuidado com a criança na faixa etária de zero a seis anos tem grande especificidade. ⁽⁷⁶⁾

Da mesma forma que na escola, onde o professor é o melhor observador das alterações de saúde de alunos, ^(146,147,148) a educadora, nas creches, também poderá ter importante papel na promoção da saúde ocular, atuando como observadora de sinais e sintomas de distúrbios visuais e na aplicação de teste para a avaliação da acuidade visual, visando detecção e tratamento precoces.

Vários estudos corroboram esta necessidade ^(12,76,94,100). A creche como equipamento que oferece um espaço sócio-educativo saudável, deve ter entre suas funções o cuidado com a saúde da criança e incorporar este conceito às suas atividades ^(42,76). O trabalho prestado pela creche deve ser compartilhado com a família, garantindo sua participação, fornecendo também informações e orientações sobre aspectos de saúde ⁽¹³²⁾. Dessa maneira é espaço favorável para a implantação de ações de promoção e prevenção referentes à saúde ocular, visando não somente o preparo para identificação de crianças com distúrbios visuais, mas incluindo informações importantes sobre o tema para educadoras que poderão assim transmiti-las às famílias. A disseminação de

conhecimentos de promoção de saúde ocular e treinamentos para técnicos da saúde sobre cuidados primários, são essenciais para prevenção da cegueira na infância ⁽⁵¹⁾.

A OMS tem estimulado a implantação e/ou implementação de programas de prevenção de perda visual. Os subsídios para estes programas podem ser fornecidos por pesquisas epidemiológicas e sociais, para conhecimento das necessidades dos indivíduos, determinação de prioridades e identificação de fatores de risco que poderão ser minimizados com medidas de prevenção. ⁽⁸⁵⁾

1.2 - A promoção da saúde ocular e fatores humanos determinantes

O conceito moderno de promoção de saúde apareceu de forma mais vigorosa, nos últimos 20 anos em países como Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental. As Conferências Internacionais de Saúde como a de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundswall (1991), Jacarta (1997), Bagdá (1992), desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. ^(25,102)

De acordo com o modelo da História Natural do processo saúde-doença no homem, Leavell e Clark ⁽⁷⁸⁾ classificaram as medidas de prevenção em três fases distintas: primária, secundária e terciária de acordo com as diferentes ações propostas. A prevenção primária é subdividida em promoção e proteção à saúde; a secundária visa o diagnóstico e o tratamento precoce da doença e a terciária visa a reabilitação do indivíduo e sua reinserção na sociedade. ^(9,153)

Nesse modelo a promoção de saúde é centrada no indivíduo. Atualmente, a promoção de saúde integra de forma clara o enfoque

estruturalista (mudanças no ambiente) e o enfoque de estilo de vida (comportamento das pessoas).^(28,102,151)

Um novo conceito de saúde foi proposto na década de 70. De acordo com ele, todas as causas de doenças e morte são decorrentes de características biofísicas do indivíduo, estilo de vida ou fatores comportamentais, da poluição e agravos ambientais bem como da inadequação e ou incompetência dos serviços de saúde, exigindo assim, soluções integradas.⁽¹⁰¹⁾

A Saúde não é mais considerada apenas a ausência de doença, mas a resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos-sociais, econômicos, culturais, psicológicos, religiosos, laborais, biológicos e ambientais – interagindo num processo dinâmico.⁽¹⁰²⁾

De acordo com a Declaração de Santa Fé de Bogotá, três são as estratégias para a promoção da saúde na América Latina:⁽²⁵⁾

1. Impulsionar a cultura da saúde modificando valores, crenças, atitudes e relações.
2. Transformar o setor saúde, pondo em evidência a estratégia de promoção da saúde.
3. Convocar, mobilizar um compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.

A Educação para a saúde e a promoção da saúde, de acordo com NUTBEAM⁽¹⁰²⁾, estão entrelaçadas, constituindo a educação recurso fundamental.

As ações educativas devem fazer parte de programas de promoção de saúde ocular, com vistas a capacitar indivíduos e comunidades a aumentar o controle sobre os determinantes da saúde ocular.⁽²⁵⁾

O objetivo das ações educativas é operar transformações no conhecimento e condutas previamente existentes, por isso é tão importante conhecê-las pois serão como matéria-prima sobre a qual se desenvolverá o trabalho educativo ⁽²²⁾.

Dessa maneira, antecedendo qualquer intervenção educativa em saúde, é desejável obter-se um diagnóstico prévio dos conhecimentos, opiniões, atitudes e práticas dos educandos.⁽²⁷⁾

Essa apreensão completa da realidade, permite o planejamento de programas e atividades efetivos com vistas à promoção e à preservação da saúde do sistema visual.⁽¹⁵²⁾

BRICEÑO-LÉON⁽²²⁾ refere que “Solo conociendo el individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud”. Esse conhecimento possibilita compreender crenças, modos de viver, costumes, o papel dos indivíduos na sociedade, permitindo direcionar ações de saúde.

Os fatores psicossocio-culturais e do ambiente, ou seja, conhecimentos, crenças, valores, percepções e padrões socioeconômicos integrados ao contexto cultural, podem ser responsáveis por influências restritivas à tomada de decisão em saúde ocular.⁽¹⁵¹⁾

A conduta do indivíduo em saúde é condicionada pela percepção, que rege a maior parte de nossas ações e é influenciada pela cultura e subcultura da sociedade.⁽¹⁰³⁾ Tais percepções estão permeadas por vivências e

experiências que lhes conferem um tom ao mesmo tempo político e crítico do qual não se pode prescindir.⁽¹⁵⁹⁾ Os modos de agir de cada indivíduo, dependem da forma como ele constrói sua própria percepção e a percepção de fatos e objetos.⁽¹⁵⁰⁾

O conhecimento é um fator psicossocio-cultural, construído na relação das pessoas entre si e com o mundo, é modificador do comportamento dos indivíduos em relação à saúde. O indivíduo interioriza condições externas e objetivas na sua vida e passa a agir e sentir em consonância com a sua forma de perceber. Por meio da pesquisa, aprende-se a partir de que mediações são criadas as tendências para perceber, valorizar e agir de determinada maneira, em relação às condições de vida e de saúde.⁽⁸⁾

O conhecimento referente à saúde pode influenciar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde, porém, vários estudos ressaltaram que apenas o conhecimento, não garante práticas adequadas.^(27,69,81,103,113,142)

No que diz respeito à saúde ocular, estudos têm revelado insuficiência de conhecimentos quanto à prevenção de agravos à visão, independentemente do grau de instrução da população pesquisada.^(69,83,114,142)

As atitudes refletem percepções dos indivíduos sobre as coisas, dentro do ambiente que os cercam e, ao mesmo tempo, determinam a maneira de agir de cada um. De acordo com OPPENHEIM, citado por TEMPORINI⁽¹⁵⁰⁾ as atitudes são integradas por elementos cognitivos, valorativos e emocionais, manifestando-se por aceitação, indiferença ou rejeição. São consideradas como predisposição que antecede à ação. As atitudes em relação à saúde são

aprendidas e influenciadas pelo ambiente, pelo meio social do indivíduo, principalmente pela relação com os familiares.

Quanto à variável opinião, de acordo com THEODORSON e THEODORSON,⁽¹⁵⁸⁾ ela refere-se à “conclusão ou julgamento a respeito de um evento, objeto ou situação específicos; a opinião é uma manifestação muito específica de atitude em relação a determinado problema”. Assim, pode-se conhecer as percepções dos indivíduos a respeito de fatos e objetos, pelas suas opiniões.

As crenças também influenciam o comportamento humano, pois fazem parte da cultura da comunidade ou grupo populacional; ainda que não correspondam ao conhecimento científico, muitas vezes, não necessitam de comprovação, para serem aceitas e incorporadas. São convicções revestidas de alto grau de certeza sendo uma forma de conhecimento. Aparecem em todos os estratos sociais, independentemente do grau de instrução dos indivíduos, por isso é importante conhecê-las, para se necessário for, corrigi-las.^(8,150)

Pesquisas realizadas na área de educação em saúde, em geral apóiam-se em teorias ou modelos, dentre os quais destacam-se alguns.

No tocante às crenças é importante citar-se o Modelo de Crença em Saúde (Health belief model), baseado na premissa de que as crenças e atitudes do indivíduo determinam suas ações em saúde.^(3,14,23,39,52,149) O modelo data de 1958, mas foi reformulado por ROSENSTOCK⁽³⁹⁾ em 1974, consistindo de três componentes:

- Percepções individuais – compõem-se da susceptibilidade e gravidade percebidas em relação ao agravo.
- Fatores modificadores – fatores que impedem a adoção de condutas preventivas.
- Benefícios percebidos e barreiras – são as crenças sobre a efetividade das ações preventivas e os obstáculos que afastam os indivíduos dessas ações, como por exemplo, a distância cultural.

Este modelo, no entanto, recebeu críticas por não incluir variáveis como conhecimentos, reações emocionais, cultura e auto-avaliação da competência pessoal, na determinação do comportamento humano.^(8,150)

Outro modelo bastante utilizado, denomina-se “Conhecimentos, Atitudes e Práticas – CAP” (Knowledge, Attitudes and Practices – KAP), de acordo com o qual o conhecimento determina a prática correta em saúde.^(22,23) CANDEIAS e MARCONDES⁽²⁷⁾ complementaram este modelo analisando as atitudes do educando em relação a um dado objeto e frente à situação deste objeto, bem como a situações favoráveis e desfavoráveis à saúde, presentes no ambiente onde ele se encontra. Essas duas formas de atitude devem ser consideradas para melhor entendimento do comportamento humano em relação à saúde.

Os autores evidenciaram inconsistência entre: conhecimento (o que se sabe), atitudes (o que se acha) e práticas (o que se faz) em relação à saúde.

GREEN & KREUTER⁽⁵²⁾ elaboraram outro modelo para avaliação do processo educativo em saúde: o “Precede – Proceed model”. Este modelo prevê uma série de fases para o planejamento, instrumentalização e avaliação desta processo.

A estrutura do “Precede” leva em consideração múltiplos fatores que podem influir “no estado de saúde”, auxiliando relacionar e dar prioridade a fatores que serão motivo de intervenção. Constitui-se de cinco fases a saber:

1. Diagnóstico social
2. Diagnóstico Epidemiológico
3. Diagnóstico comportamental
4. Diagnóstico educacional e organizacional
5. Diagnóstico administrativo

O diagnóstico educacional engloba três grupos de fatores que podem ocasionar mudanças comportamentais e ambientais. São eles:

- predisponentes, que são as crenças, valores, atitudes, convicções, conhecimentos.
- facilitadores – acesso aos serviços de saúde e políticas públicas de saúde.
- reforçadores – reforçam o comportamento, incentivando sua repetição, quer seja favorável ou não; entre eles: família, parentes, professores, líderes, grupos.

Os autores recomendam a realização de “surveys” com vistas a identificar fatores predisponentes, pois esses são determinantes do comportamento de indivíduo ou grupo de indivíduos em relação à saúde, podendo favorecer-lo ou limitá-lo, tornando-o correto ou incorreto.

Assim, o estudo dos fatores humanos determinantes da saúde por meio de pesquisa, é fundamental para subsidiar programas ou projetos na área da saúde ocular.^(149,152) A promoção da saúde ocular situa-se entre as ações

prioritárias desses programas/projetos; elas são destinadas a indivíduos ou grupos de indivíduos não portadores de agravos oculares, buscando a manutenção da higidez do sistema visual.

Para a qualidade de vida os indivíduos devem possuir capacidade visual que lhes permita desenvolver suas potencialidades.⁽¹⁵¹⁾

1.3 - Distúrbios visuais de lactentes e pré-escolares

Devido aos objetivos deste estudo e ao conteúdo das variáveis escolhidas optou-se por descrever alguns dos problemas oftálmicos que podem aparecer nos lactentes e em crianças na fase pré-escolar, considerando-se os conhecimentos de profissionais da saúde não especialistas em oftalmologia, envolvidos em programas de saúde ocular.

Acredita-se que a acuidade visual esteja totalmente desenvolvida ao redor dos quatro anos de idade. Durante o primeiro ano de vida, um simples edema palpebral, pode perturbar o uso de um dos olhos e alterar a visão binocular. A criança necessita “ver” para desenvolver a sua visão, por isso, é importante detectar-se o mais precocemente possível, problemas como estrabismo, anisometropia, ou outros distúrbios visuais que poderão levar a um mau desenvolvimento do sistema visual, irreversível se não for tratado em tempo hábil.^(5,60)

É necessário que os dois olhos mantenham um eixo visual paralelo, para que seja possível a fusão das imagens enviadas até o córtex occipital. A ausência deste paralelismo gera o estrabismo. Até os seis meses de idade, a criança pode apresentar movimentos erráticos dos olhos, quando por alguns

segundos desaparece o paralelismo ocular, sem significar anormalidade. Após esta idade se isto ocorrer, mesmo por pouco tempo, poderá ser um sinal de estrabismo.⁽⁶¹⁾

O desenvolvimento da acuidade visual do olho desviado é interrompido, pois quando está desviado, o olho não recebe o estímulo visual e o desenvolvimento da visão depende desse estímulo. No estrabismo monocular, onde não há alternância do olho desviado, a criança passa a usar somente o olho não desviado, causando ambliopia no outro olho. Quanto mais cedo se iniciar o desvio, piores serão as alterações da visão binocular.⁽⁵⁾

O estrabismo ocorre em cerca de dois a três por cento da população e pode ser classificado de acordo com a idade do aparecimento, em: congênito (do nascimento até seis meses de idade), precoce (a partir dos seis meses de idade), tardio (a partir dos três anos de idade) e adulto (a partir dos seis anos de idade).⁽⁵⁾

O tratamento deve começar o mais precocemente possível, quando a criança apresentar episódios de desvio dos eixos oculares, por isso a importância da detecção precoce.^(62,89)

ALVES e KARA-JOSÉ⁽⁵⁾ ressaltam outro distúrbio ocular de grande importância em criança em fase pré-escolar e escolar: a ambliopia.

A anisometropia e o estrabismo são distúrbios potenciais geradores de ambliopia, quando não detectados precocemente.⁽⁴¹⁾

A ambliopia por sua vez, é a causa mais freqüente de cegueira passível de prevenção e, portanto, requer atenção especial.⁽¹²⁴⁾

A ambliopia caracteriza-se principalmente pela perda do poder discriminatório das formas e dos contrastes em um ou em ambos os olhos. Há dois mecanismos que podem efetivamente, quer de forma individual ou em conjunto, serem responsáveis pelo aparecimento da ambliopia. O primeiro seria a falta do estímulo adequado para o desenvolvimento visual durante a infância precoce; o segundo seria uma interação binocular anômala, como acontece em casos de estrabismo anisométrico e altas hipermetropias.⁽¹⁶³⁾

A anisometropia é a diferença de grau entre os dois olhos maior do que duas dioptrias esféricas (miopia e hipermetropia) e maior do que uma dioptria cilíndrica (astigmatismo). Não há consenso sobre o valor dióptrico diferencial, a partir do qual a anisometropia pode gerar ambliopia. Segundo BICAS⁽¹⁶⁾ a diferença de uma dioptria seria suficiente.

É consensual que, quanto mais cedo for diagnosticada a dificuldade visual, melhores serão os resultados na recuperação da qualidade da visão.^(26,43,90)

A prevalência da ambliopia na população geral do Brasil, segundo vários autores, situa-se entre dois a quatro por cento.^(31,41,61,66,67,124)

KARA-JOSÉ e col.⁽⁶⁸⁾ examinando 12.184 crianças de quatro a seis anos de idade, em Campinas detectaram prevalência de 2,8% de ambliopia funcional, sendo que 80% desses casos foram detectados durante a realização desse estudo.

MOREIRA⁽⁸⁷⁾ pesquisando acuidade visual e agravos oftalmológicos em 2.284 crianças na faixa etária de sete meses a sete anos e oito meses, em

Osasco, detectou 8,13% de crianças estrábicas e 2,27% de crianças com acuidade visual menor do que 0,4, portanto, com ambliopia acentuada.

SCHELLINI e col.⁽¹²⁵⁾ estudando 1.341 crianças na cidade de Botucatu na faixa etária de dois anos a seis anos e 11 meses encontraram casos de ambliopia em 3,35% e casos de estrabismo em 1,34% da população estudada.

COSTA e col.⁽³¹⁾ examinando 569 crianças na cidade de Paulínia de idades variando entre dois e nove anos, diagnosticaram ambliopia (2,81%) e estrabismo (1,57%).

CASTRO⁽²⁹⁾ examinando 573 pré-escolares na cidade de Limeira, estado de São Paulo, detectou 11,52% de crianças amblíopes, sendo a maior proporção desses casos relacionada a erros de refração (80,3%).

A ambliopia tornou-se um problema social. Triagens visuais efetivas e ações de prevenção existem apenas em alguns países como na Escandinávia.⁽²⁶⁾

BEER,⁽¹⁵⁾ avaliando 2164 crianças na cidade de São Caetano do Sul, com idade entre quatro e seis anos, encontrou ambliopia em 1,39%.

SCHIMITI e col.,⁽¹²⁶⁾ encontraram 1,76% de ambliopia em crianças na faixa etária de seis a 12 anos, provenientes de escolas da cidade de Ibioporã. Foram avaliadas 13471 crianças.

No Brasil são praticamente inexistentes a prevenção e o tratamento precoces da ambliopia, sendo a maior parte dos casos descobertos quando acompanhados de estrabismo.⁽¹⁵⁴⁾

Outra causa importante de problemas oftálmicos em crianças e também causa evitável de cegueira é o trauma ocular.^(6,64,93) Segundo MONTANÊS⁽²⁴⁾ a

incidência de lesões oculares por traumatismos tem aumentado, na fase pré-escolar, tornando-se maior ainda na fase escolar.

De acordo com BARBOSA e col.⁽¹¹⁾, a “ocorrência de lesões do globo ocular na infância não é rara e reflete a grande exposição da criança ao trauma. Apesar deste grupo etário não estar exposto ao acidente de trabalho, é bastante vulnerável aos acidentes durante as horas de recreação.”

KARA-JOSÉ e col.,⁽⁶⁴⁾ ao realizarem levantamento de 768 casos de ferimento perfurante atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, concluíram que 47,3% dos casos ocorreram em crianças de até 15 anos de idade. Grande parte desses acidentes ocorreu durante as horas de recreação. Das 60 crianças examinadas, com até seis anos de idade, 37 foram acidentadas por objetos pontiagudos como tesouras e facas. Esses objetos nas mãos de crianças, ambulando sem supervisão adequada, são armas perigosas.^(6,38)

A utilização pelas crianças de tesouras e facas com pontas rombas evitando também que as mesmas deambulem com lápis, canetas, permitiria diminuir grande número de acidentes. Alguns brinquedos metálicos, ou que lancem projéteis também devem ser evitados.⁽⁶⁵⁾

É importante a conscientização das famílias e das pessoas responsáveis por zelar pelas crianças para propiciar-lhes um ambiente seguro, reduzindo as inúmeras situações de risco de trauma ocular, responsáveis pela causação da ambliopia e até mesmo da cegueira.⁽³⁸⁾

Outro tipo de trauma ocular que aparece com certa frequência é aquele causado por agressão ou violência. Nos Estados Unidos da América as

crianças vítimas de espancamento podem apresentar sinais oculares em cinco a 61% dos casos, sendo a cabeça o alvo mais comum.⁽⁶⁾

A síndrome da criança sacudida ("shaking baby") é a forma de abuso físico que mais provavelmente envolve o oftalmologista. As vítimas geralmente são crianças menores de quatro anos de idade e a hemorragia retiniana o sinal mais freqüente.⁽²⁾ Lesões oculares podem ocorrer acidentalmente durante uma surra com cinto, por exemplo.

Manifestações oftálmicas como conjuntivites recorrentes podem ser resultado de irritações oculares de produtos químicos, caracterizando a "Síndrome de Munchausen por procuração". Nesta situação a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis.^(2,136)

Segundo MOREIRA⁽⁸⁷⁾, é fundamental a prevenção das afecções oftálmicas. Para que isso ocorra, deve-se curar a ambliopia, corrigir as ametropias, limitar a incapacidade visual, diagnosticando precocemente e tratando adequadamente os distúrbios oftálmicos de crianças.

1.4 - Triagem visual de crianças em idade pré-escolar

O objetivo da realização de triagem visual é identificar numa determinada população, indivíduos que possam apresentar algum distúrbio visual; ela é feita mediante a aplicação de testes, realização de exames ou outro procedimento.⁽⁸⁸⁾

Para detecção de agravos por meio de testes, alguns critérios devem ser observados:

1. O agravo deve ser causa importante de morbilidade.
2. Deve ter alta prevalência
3. A história natural deve ser bem conhecida, justificando ser a detecção e a intervenção precoces, melhores para o prognóstico, do que a detecção e tratamentos tardios.
4. O tratamento e/ou a intervenção deve ser eficaz, efetiva e permitir avaliação.
5. Os testes para a triagem devem ser simples, confiáveis e válidos.⁽⁷⁹⁾

De acordo com FULTON⁽⁴⁹⁾, o benefício maior da triagem visual na infância é a prevenção da perda visual, pois muitos agravos oculares podem ser diagnosticados e tratados nessa fase.

LENNERSTRAND e col.⁽⁷⁷⁾ recomendaram um programa de triagem visual para crianças composto das seguintes etapas:

- a. Inspeção cuidadosa dos olhos da criança no período neonatal, examinando-o com oftalmoscópio para detecção do reflexo vermelho.
- b. Crianças nascidas prematuramente antes de 32 semanas de gestação, portadoras de doenças genéticas, com déficit auditivo e/ou com distúrbios neurológicos ou mentais, são consideradas de risco para distúrbios oculares e devem ser avaliadas por oftalmologistas.
- c. Médicos pediatras e profissionais que se dedicam aos cuidados primários de crianças, devem conhecer como se desenvolve o sistema visual e devem detectar sinais e sintomas de distúrbios visuais. A detecção do estrabismo deve ser uma preocupação na consulta do pediatra.

- d. Aplicação de testes para verificação da acuidade visual em crianças a partir dos quatro anos de idade, pode ser realizada por profissionais não médicos e devem ser repetidos quando a criança ingressa no ensino fundamental e em intervalos regulares.
- e. As crianças triadas devem ser encaminhadas à consulta oftalmológica para diagnóstico e tratamento adequado.

Considerando a necessidade de detecção precoce da ambliopia, alguns autores recomendam que testes de acuidade visual devem ser aplicados antes da criança ingressar na primeira série do ensino fundamental, ou seja, na pré-escola.^(13,125)

Vários estudos foram realizados, propondo a detecção sistemática de problemas oftálmicos em crianças a partir dos três anos de idade.^(32,59,135)

LENNERSTRAND⁽⁷⁷⁾ sugere que a triagem visual em crianças de quatro anos de idade pode ser realizada por pessoas sem conhecimento oftalmológico, desde que recebam treinamento específico.

SPERANDIO⁽¹⁴¹⁾ evidenciou a validade da triagem visual realizada por professores e pajens de creches públicas, aplicando a tabela de optotipos de Snellen para crianças com cinco anos ou mais e o teste de Sjögren para crianças menores de cinco anos.

KÖHLER e STIGMAR⁽⁷²⁾ compararam dois grupos de crianças submetidas ou não a testes de acuidade visual antes de ingressarem na primeira série do ensino fundamental. O risco de existir ambliopia nas crianças não testadas previamente foi dez vezes maior; o risco de encontrar algum distúrbio oftálmico nas crianças testadas anteriormente foi seis vezes maior.

INGRAM⁽⁵⁶⁾ revendo casos de estrabismo e ambliopia em crianças encaminhadas ao hospital geral do distrito de Kattering, Londres, concluiu que a maioria dessas crianças somente teve o seu problema detectado quando ingressou na escola, após os cinco anos de idade.

Em Tóquio no ano de 1988, o governo estabeleceu um programa de saúde pública que determina a realização de exame físico geral e exame oftalmológico para crianças de 18 meses, dois e três anos de idade, bem como testes de acuidade visual aos quatro, cinco e seis anos.⁽¹⁶⁶⁾

KVARNSTRÖM e col.⁽⁷³⁾, avaliando o programa de triagem visual para crianças na Suécia, relataram que distúrbios visuais foram encontrados em crianças abaixo dos seis anos de idade; a ambliopia diagnosticada e tratada precocemente, proporcionou à 47% das crianças acuidade visual melhor que 0,7.

MUNHOZ e col.⁽⁵⁹⁾, em estudo na cidade do México, relacionaram pré-escolares de 39 escolas para verificar a freqüência de distúrbios visuais nesta população; os resultados da pesquisa mostraram uma freqüência significativa para indicação da triagem visual.

OLIVER e col.⁽⁹⁵⁾, referem que a triagem visual poderá, em condições normais, ser feita no jardim da infância, com crianças de três e quatro anos de idade, sem dificuldade por pessoas treinadas, como as professoras.

NEWMANN⁽⁹¹⁾ contrariando as opiniões anteriores refere que não há estudos controlados que demonstrem, que a detecção da ambliopia, antes do ingresso da criança no ensino fundamental, seja melhor no tocante à recuperação da capacidade visual.

SIMONS⁽¹³⁵⁾ analisou vários testes para verificar qual o mais indicado para triagem visual de pré-escolares. O teste adequado deve ter altas sensibilidade e especificidade. O uso de associação de testes seria ideal, apesar de acarretarem um aumento no custo de programas de triagem.

PEDUTTI-CUNHA⁽⁹⁷⁾, usando quatro testes: Sheridan, Gardiner e Snellen, para medir a acuidade visual; Lang e Titmus para avaliar a visão estereoscópica, de crianças com idades entre quatro e seis anos, concluiu que número de crianças falso-positivo, encaminhadas à consulta era maior que o número de crianças verdadeiro-positivo não encaminhadas. Assim, segundo o autor nenhum dos quatro testes deverão ser prescindidos para a triagem populacional.

HATCH⁽⁵⁵⁾ relatou vários tipos de procedimentos usados para a triagem visual: teste de acuidade visual associado à retinoscopia, “cover test”, fundoscopia e ectoscopia, dentre outros.

EHRLICHE e col.⁽⁴⁰⁾ após levantamento de várias recomendações sobre triagem visual, entre elas as das Academias Americana de Oftalmologia e de Pediatria, recomendam que a triagem visual seja feita com testes para longe (Snellen), testes de motilidade (“cover test” alternado ou teste de Hirschberg).

Todos os autores citados, portanto, baseiam-se na necessidade da detecção precoce de distúrbios visuais.

Levando-se em conta os recursos existentes para triagem visual nos sistemas públicos de saúde e educação no município de São Paulo, poderiam ser sugeridos para serem aplicados às crianças das creches: a tabela de optotipos de Snellen e o teste de Sjögren (teste da mãozinha).

1.5 - Ações básicas de saúde ocular

De acordo com as normas preconizadas pelo Departamento de Saúde Escolar da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) as ações de um programa de saúde ocular são:

- detecção precoce dos distúrbios visuais, mediante a aplicação do teste de acuidade visual (TAV), além da observação das crianças;
- encaminhamento à consulta oftalmológica, das crianças previamente testadas;
- garantia de treinamento especializado (clínico ou cirúrgico);
- fornecimento de óculos e recursos ópticos quando necessário.^(109,138)

A educação em saúde, além das ações citadas, é primordial quando se pretende promover e preservar a saúde do sistema visual. Temas como cuidados gerais com a saúde, higiene pessoal e ambiental, dieta alimentar adequada, imunização, são importantes e devem ser desenvolvidos e trabalhados em espaços coletivos como escolas e creches.⁽⁸⁶⁾

O treinamento em saúde ocular ministrado a professores, educadoras de creche ou outros profissionais, deverá conter todos os tópicos descritos acrescido de noções sobre alguns agravos oculares nas diferentes faixas etárias, prevenção do trauma ocular, esclarecimentos de algumas crenças ou mitos que muitas vezes levam a um comportamento errôneo no tocante à saúde ocular.^(9,63,116)

É muito importante a integração escola/creche, família, comunidade, para que a família conheça os propósitos do programa, uma vez que a responsabilidade da saúde das crianças pertence primeiramente a elas.^(71,138)

No caso dos distúrbios visuais a participação da família é importante para o êxito do tratamento, quando este for necessário.⁽³⁰⁾

A orientação/treinamento de educadoras de creche referente à saúde ocular, permitirá implementar ações que propiciarão a melhor qualidade de vida à criança usuária de creche.

1.5.1 - Ações de saúde ocular no Estado de São Paulo

Com vistas ao controle e combate ao tracoma no Estado de São Paulo, foi criado, em 1938, o Instituto do Tracoma e Higiene Visual. Este instituto vinculado ao Departamento de saúde do Estado, atual Secretaria Estadual da Saúde, também realizava trabalho junto aos professores de escolas estaduais, abordando a profilaxia de outras afecções oculares.⁽¹⁴⁶⁾

A Secretaria de Educação do Estado de São Paulo possuía desde 1950, o Serviço de Saúde Escolar (SSE) que dava assistência ao escolar e que considerava as dificuldades de visão da criança uma de suas responsabilidades, oferecendo assim, assistência oftalmológica aos escolares. Nessa época a triagem visual feita por meio da aplicação do teste de acuidade visual (TAV), usando tabelas optométricas de Snellen, era realizada pelos educadores sanitários que atuavam nas unidades escolares. A partir de 1960 a aplicação do teste de acuidade visual passou a ser uma atribuição do professor, porém devido à insuficiente orientação e coordenação pela escola, muitas crianças eram encaminhadas desnecessariamente à consulta oftalmológica.^(146,155)

A partir de 1969 o Instituto do Tracoma e Higiene visual é transformado em Serviço de Oftalmologia Sanitária com ações voltadas a grupos específicos, sendo um deles o escolar.⁽⁸⁾

Em 1970 as Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação, reuniram seus técnicos com vistas a estudar um programa mais efetivo de assistência oftalmológica ao escolar (POSE) elaborado por grupo de trabalho intersecretarial, criado oficialmente por decreto, em 18-08-1971.^(128,129,146)

Em 1973, o POSE já em atividade, multiplicou as orientações técnicas em cada unidade escolar, para professor com preparo específico, denominado “Coordenador do POSE”.

Os objetivos do POSE propunham assistir o escolar em seus problemas oftálmicos, com vistas à melhoria do rendimento escolar, evitar incapacidades e contribuir nas pesquisas para estabelecimento de indicadores que expressassem com fidedignidade a situação dos distúrbios visuais de escolares. Após sua execução que foi de 1973 a 1976, o POSE concluiu pela validade da triagem visual na escola, com vistas ao encaminhamento ao oftalmologista, do aluno com dificuldade de visão.^(128,129)

A partir de 1976 o Serviço de Saúde Escolar passou a ser denominado Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), vinculado ainda à Secretaria de Educação do Estado.

Em 1977, o DAE implantou o Projeto de Oftalmologia Sanitária Escolar que, posteriormente, passou a ser aplicado como Programa de Oftalmologia Sanitária.⁽¹²⁸⁾

Em 1987, o Departamento de Assistência ao Escolar desvinculou-se da Secretaria de Educação do Estado e incluiu-se na Secretaria da Saúde, subordinado ao Centro de Apoio do Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde (CADAIS). Nessa época, as ações de saúde ocular foram integradas ao Programa de Saúde Escolar, do grupo de Atenção à Saúde da Criança. Em 1993, o CADAIS encerrou suas atividades.⁽¹³⁰⁾

Das ações de saúde ocular permaneceram ações dirigidas ao controle do tracoma e do comprometimento ocular por Hanseníase, realizadas pelo Serviço de Oftalmologia Sanitária, integrado ao Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CVE). As ações de promoção e proteção da saúde ocular de crianças nas escolas estaduais, deixaram, a partir de então, de ser realizadas pela Secretaria da Saúde.

Os escolares provenientes do sistema público de ensino estadual tiveram acesso facilitado à assistência oftalmológica, a partir de 1998, com a “Campanha Veja Bem Brasil” desencadeada pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), que visava a triagem visual de escolares matriculados na primeira série do ensino fundamental em municípios brasileiros de mais de 40.000 habitantes. A partir de 1999 até 2001, o CBO em parceria com o Ministério da Educação realizou a Campanha Nacional de Reabilitação Visual “Olho no Olho”, que beneficiou escolares de todo o Brasil. Em todas as campanhas houve fornecimento dos óculos quando necessários.

1.5.2 - Ações de saúde ocular no Município de São Paulo

No município de São Paulo, as ações de saúde ocular também sofreram várias modificações, na dependência da vontade política, não constituindo como tantas outras ações de saúde, aspectos de uma política pública de saúde adequada o suficiente para garantir manutenção.

Desde 1936, equipes médico-sanitárias desenvolviam programa educativo junto a crianças freqüentadoras dos Parques Infantis e Centros de Educação Social. As equipes eram multidisciplinares e integradas ao Departamento de Educação e Cultura.

Com a criação do ensino municipal em 1956, esse Departamento não apresentava mais condições de atender toda a demanda de crianças encaminhadas pelas escolas.

Em 13-06-1967, pela lei 7037, criou-se no município de São Paulo, vinculado à Secretaria Municipal de Educação, o Departamento de Assistência Escolar, com ações destinadas à prevenção e promoção da Saúde. Admitindo-se a dificuldade visual como uma das causas de deficiência de desenvolvimento e do baixo rendimento escolar, em 1974, iniciou-se um plano para triagem e detecção de distúrbios visuais. Os professores aplicavam o teste de acuidade visual após serem capacitados para fazê-lo e os escolares triados eram encaminhados a um dos quatro consultórios oftalmológicos instalados em regiões estratégicas.⁽¹⁰⁸⁾

Em 1981 esse departamento recebeu a denominação Departamento de Saúde Escolar; nesse ano são criadas sete clínicas de Saúde Escolar, para atender especificamente a demanda proveniente das Escolas Municipais de

primeiro grau (EMPGs) e das Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIs) que são pré-escolas. O Departamento de Saúde Escolar (DSE) era o responsável pela capacitação dos professores para aplicação do teste de acuidade visual e identificação de distúrbios visuais.^(108,109)

Em 1989, com a mudança de administração municipal o Departamento de Saúde Escolar foi transferido da Secretaria da Educação para a Secretaria da Saúde e o seu quadro de servidores foi agregado às equipes das Unidades de Saúde Municipais. Nessa ocasião é criado o Centro Para Organização da Atenção à Saúde (COAS), responsável pelas diretrizes dos programas de saúde desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. A assistência à saúde do escolar tornou-se parte integrante do Programa de Atenção à Saúde da Criança.

A responsabilidade do desenvolvimento das ações de saúde ocular fica a cargo das Unidades de Saúde, embora fossem desenvolvidas nas EMPGs, EMEIs e creches da sua área de abrangência.

Em cada unidade de saúde havia um coordenador de ações coletivas nos períodos da manhã e da tarde. Os profissionais da saúde, principalmente os educadores, aplicavam o teste de acuidade visual.⁽¹⁰⁸⁾ O Programa de Saúde Ocular, como era denominado, era desenvolvido de acordo com a realidade de cada região, sendo que em algumas delas o teste era aplicado pelo professor.

A assessoria do Programa de Saúde da Criança publicou no Diário Oficial do Município, uma proposta de atuação em saúde ocular para crianças de quatro a 14 anos, em 1990, baseado no programa de saúde escolar do Departamento de Saúde Escolar das gestões anteriores. Essa proposta

abrangia ações de prevenção primária, secundária e terciária quando fosse o caso; a compra de óculos era feita pela Secretaria Municipal de Saúde e doada aos alunos necessitados.^(108,109)

Em 1993, outras modificações ocorreram com a mudança administrativa municipal. O Programa de Atenção à Saúde Ocular, passa a ser um programa específico, não mais vinculado ao Programa de Saúde da Criança e subordinado ao Centro para Organização da Atenção à Saúde (COAS).⁽¹⁰⁹⁾ Os treinamentos sobre saúde ocular continuaram porém, a aplicação dos testes para avaliação da acuidade visual foi atribuída aos professores ou outro funcionário do quadro de recursos humanos das escolas.

Em 1996, com a implantação de nova política de saúde, Plano de Atenção à Saúde (PAS), muitos profissionais que não aderiram à nova política imposta pela secretaria Municipal de Saúde, foram transferidos para a Secretaria da Educação, lotados nas escolas e/ou para a Secretaria da Assistência Social, lotados nas creches, entre eles os profissionais que fizeram parte do Departamento de Saúde Escolar. Formaram-se assim, equipes de saúde ocular que ficaram então, sediadas nas Administrações Regionais de Saúde, em número de dez. A triagem visual de escolares é mantida, sendo esse trabalho feito pelo professor ou profissional da saúde, presentes nas unidades educacionais. O fornecimento de óculos manteve-se ao encargo da Secretaria da Saúde. Essa mesma equipe de saúde ocular, também fazia a busca ativa de tracoma e desenvolvia ações educativas para controle dessa doença.

Em 2001, ocorreu nova mudança na administração municipal, novos rumos foram traçados para a Saúde. Encerrou-se o PAS, toda a rede básica de saúde foi municipalizada, o município habilitou-se para a gestão plena da rede de atenção básica. Iniciou-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Outra mudança que ocorreu, foi a divisão do município em 41 Distritos de Saúde, cada um com seu diretor responsável representando a autoridade sanitária local.

Os Distritos de Saúde foram constituídos como uma estratégia para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pois referem-se à menor unidade de território ou de população, apropriada para o processo de planejamento e gestão. Dessa forma, deve ser entendido como um processo social, isto é, como expressão de política pública de dimensão social.⁽¹²⁰⁾

A participação popular imprescindível na implantação do SUS iniciou-se com a formação dos Conselhos Gestores tripartites (administração, população e funcionários) nas unidades de saúde. As ações programáticas das várias áreas de atenção à saúde, constituem-se de ações das várias áreas temáticas (mental, mulher, ocular, trabalhador, auditiva, etc...) divididas por ciclos de vida (criança, adolescente, adulto, idoso), devendo ser implantadas de acordo com as características e necessidades dos Distritos de Saúde.⁽¹³⁴⁾

Em relação aos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, os funcionários que até então estavam em outras Secretarias como da Educação e Assistência Social, Verde e Meio Ambiente, por não terem aderido ao PAS, retornaram às Unidades de Saúde.

Quanto às ações básicas de saúde ocular, novamente são os professores os responsáveis pela aplicação do teste de acuidade visual nos escolares.

O desconhecimento e a falta de informações da sociedade, sobre a importância da promoção da saúde, uma vez que esta introduz a noção de responsabilidade civil de gestores, compartilhada com uma sociedade organizada, têm colocado as ações da política de saúde ao sabor da vontade política dos governantes, sem que haja um efetivo controle social por parte da população.

Nas regiões de Capela do Socorro e Parelheiros, apesar de todas as mudanças administrativas ocorridas que se refletiram na política de saúde, as ações básicas de saúde ocular não sofreram solução de continuidade.

Em outubro de 2002 ocorreram mudanças na estrutura da Administração Municipal, sendo criadas as atuais 31 subprefeituras. Com a subprefeitura o poder municipal é descentralizado e torna-se mais acessível à população. Cada subprefeitura é composta de sete Coordenadorias que fazem a gestão da política pública local junto com o subprefeito. Entre essas Coordenadorias estão a da Saúde, da Educação e Ação Social e Desenvolvimento. A Secretaria de Assistência Social, atualmente, faz parte desta última Coordenadoria.⁽¹²²⁾
(Anexo 1)

Esta mudança não interferiu nas ações de saúde que já se desencadeavam no Município.

A Subprefeitura de Capela do Socorro, entretanto, discute a proposta de implantação de políticas públicas saudáveis, onde a Promoção da Saúde como

processo que confere à comunidade os meios de assegurar maior controle e melhora da sua própria saúde, é uma das estratégias.

Transformar as creches em espaços saudáveis, onde são implementadas ações que conduzam a melhor nível de vida e de saúde, faz parte da política de saúde local.

Espera-se assim, com este estudo, contribuir para o planejamento de ações básicas de saúde ocular que voltadas às crianças de creches, torna imprescindível o preparo das educadoras, para que elas possam colaborar na implantação dessas ações.

Fundamental é a conscientização da comunidade sobre a importância da preservação do sistema visual, para que ela solicite a continuidade e manutenção das ações de saúde ocular.

1.5.3 - Situação da assistência à saúde ocular nas subprefeituras da Capela do Socorro e Parelheiros

As subprefeituras Capela do Socorro e Parelheiros, na região sul do Município de São Paulo, têm em conjunto um total de aproximadamente 730.000 habitantes.⁽¹¹⁰⁾ Na subprefeitura de Parelheiros não há equipamento de saúde pública que ofereça serviço de especialidades, incluindo a oftalmologia. Todos os atendimentos são feitos, principalmente, na região da Capela do Socorro, onde o sistema público de saúde tem apenas quatro oftalmologistas que são referência para as duas subprefeituras.

A oferta maior de assistência oftalmológica é dada pela Universidade de Santo Amaro (UNISA) que tem Faculdade de Medicina, Centro de Saúde Escola e Ambulatório de Especialidades.

O serviço de oftalmologia da UNISA é constituído pelos oftalmologistas desta disciplina da Faculdade de Medicina e alunos do curso de residência. Existe um ambulatório no campus da Universidade e as cirurgias são efetuadas no Hospital Geral do Grajaú (HGG), hospital construído pelo Governo do Estado de São Paulo e gerenciado pela Universidade sob forma de Organização Social, tornando-se assim, hospital escola. Situa-se fora do campus universitário, porém, próximo a ele.

Atualmente mais um equipamento de saúde do governo do estado, foi cedido para gerenciamento da universidade: o Ambulatório de Especialidades de Interlagos (AEI). Este ambulatório conta com mais três oftalmologistas para atendimento de especialidades oftalmológicas como retina, glaucoma, devendo em futuro próximo ser ampliado esse número de profissionais.

A oferta de serviços oftalmológicos na região, pela sua extensão, ainda é deficiente sendo muitos pacientes encaminhados para atendimento com especialistas fora da região.

As escolas do sistema público de ensino principalmente as que oferecem o ensino fundamental, mantém a rotina da aplicação do teste de acuidade visual prioritariamente nos escolares de 1ª série. Essa demanda é absorvida pelos serviços da região e externos à ela, sempre com a garantia de algumas vagas semanais destinadas a esses escolares.

A partir de 1998, até o ano de 2001 inclusive, os escolares de 1ª série de ensino fundamental, também foram contemplados com a assistência oftalmológica oferecida nas campanhas “Veja Bem Brasil” e “Olho no Olho” do Conselho Brasileiro de Oftalmologia em parceria com o Ministério de Educação.

O atendimento era realizado em hospitais públicos e universitários, por meio de mutirões e em clínicas privadas. O mutirão caracteriza-se pelo atendimento, num único dia, de centenas de escolares encaminhados por diversas escolas. Dessa ação, participam as equipes dos serviços de oftalmologia de cada hospital. Consiste em assistência gratuita prestada por meio da reunião de recursos humanos, materiais e institucionais para beneficiar os escolares de preferência em único atendimento. Os mutirões repetiram-se conforme a necessidade de nova oportunidade.

Os óculos prescritos, de acordo com critério técnico foram garantidos pelos organizadores.

Em 2002 não houve a organização de nova campanha e a partir de então os escolares só contam com as vagas semanais destinadas pelos serviços de referência. O atendimento à demanda é oferecido, porém de forma lenta com espera prolongada, o que muitas vezes, acaba diminuindo o interesse da família em levar a criança à consulta, principalmente se ela não apresentar queixas e sinais evidentes, de distúrbios visuais.

Outrossim, as regiões estudadas carecem de serviços de saúde de forma geral. O acesso a consultas médicas é difícil, pois estas não correspondem em número à população à qual se destinam. Existe um déficit tanto na oferta de serviços de atenção básica quanto na atenção secundária e terciária. Este panorama é agravado pela predominância de uma população de baixa renda, sendo praticamente 80% dela, dependente da rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, onde muitas vezes as crianças não têm acesso à consulta pediátrica, é importante a participação das escolas e creches como atores coadjuvantes para as questões que envolvem a saúde. O “saber observar” a criança que apresenta algum tipo de dificuldade e poder encaminhá-la à referência médica mais próxima é inestimável ajuda à criança e a sua família.

No caso da creche, onde a mãe trabalhadora priva-se durante a maior parte do dia, do convívio com seus filhos, impossibilitada de observá-los mais detalhadamente, é necessário preparar as educadoras de creche, não para assumir a responsabilidade materna, mas para se conscientizarem do importante papel que têm auxiliando e orientando as mães e as famílias, colaborando para o melhor desenvolvimento das crianças.

Faz-se mister também, garantir assistência oftalmológica às crianças encaminhadas por orientação das educadoras de creche, para que o programa de saúde ocular que se pretende implantar tenha resolutividade, visando a sua manutenção e a participação efetiva das famílias, fundamental para o êxito do programa.

1.6 - As creches: histórico, organização e funcionamento

A maior inserção da mulher no mercado de trabalho, quer seja em busca de sua independência econômica, quer seja por necessidade, tem aumentado a procura pelo “equipamento creche”. Em regiões como as subprefeituras Capela do Socorro e Parelheiros, há grande contingente de mulheres que trabalham, seja para suprir o salário do homem para manter a família, seja por ser a única

responsável pelo seu sustento e dos filhos,⁽¹¹⁰⁾ necessitando assim de local apropriado para deixá-los e cumprirem a jornada diária.

O número de creches nessa região (56) atende apenas parcela restrita da população da faixa etária de zero a seis anos. Essa insuficiência de recursos constitui a necessidade mais sentida pela população, expressa nas reuniões do Orçamento Participativo dos últimos dois anos. Nessas reuniões a população é convidada a indicar suas prioridades para aplicação do orçamento municipal anual.

O programa de atendimento à criança de zero a seis anos e 11 meses, da Prefeitura Municipal de São Paulo, desde sua implantação passou por várias modificações quanto à concepção social, psicopedagógica e de saúde.⁽⁴⁾ Para melhor compreensão dessas transformações apresenta-se um breve histórico do equipamento que inicialmente apareceu com o objetivo de proteger crianças de riscos nutricionais, sanitários e emocionais, próprios das populações empobrecidas.⁽³³⁾

A primeira creche de que se tem registro, foi criada pelo sacerdote Oberlin, na aldeia de Vasques Au Bam de la Roche, França em 1770. Sua criação teve por finalidade assistir aos lactentes de famílias que trabalhavam nos campos, afastando-se dos filhos em função da longa jornada de trabalho.^(33,54,100,118)

Outras creches foram criadas na Grã Bretanha e em outros países europeus, junto aos centros industriais, na mesma época. Em 1846, havia em Paris 14 creches dirigidas por entidades filantrópicas ou congregações religiosas.⁽¹¹⁸⁾

Durante quase um século, as creches, com a finalidade de combater os agravos decorrentes da pobreza responsáveis, pela alta taxa de mortalidade infantil, adotaram um caráter higienista.^(4,118) O ambiente da creche era semelhante ao de hospitais, onde as crianças permaneciam em seus berços para evitar que se sujassem e se contaminassem; não era permitida a entrada de familiares no recinto.⁽⁴⁾

Nos Estados Unidos, durante a Segunda Grande Guerra, as creches eram freqüentadas pelos filhos de empregadas da indústria da guerra.⁽⁹⁹⁾

No período pós guerra como reflexo do movimento psicanalista, os discursos psicológicos chegam às creches valorizando a relação mãe-criança para garantir o adequado desenvolvimento infantil: mental, físico e social.⁽⁵⁴⁾ Prevalencia a “Teoria do Apego” ou seja, a mulher deveria permanecer no lar, pois a criança não sendo cuidada pela mãe, corria o risco de tornar-se um adulto com sérios riscos nas relações sociais.^(4,99,54)

Colaboraram com esta teoria os estudos de John Bowlby⁽¹¹⁸⁾ sobre a carência dos cuidados maternos e de Rene Spitz⁽¹⁴³⁾ sobre depressão anaclítica e hospitalismo. Todas as oportunidades precipitadas pelo ambiente coletivo foram desvalorizadas. A creche passou a ser aceita como um “mal necessário” para as crianças oriundas de famílias de mães pobres, solteiras, viúvas ou abandonadas, obrigadas a trabalhar para sustentar o lar.⁽⁵⁰⁾

A creche atuava como substituta da mãe, havendo confusão de papéis.⁽⁴⁾

Na década de 60, pesquisas evidenciaram que a creche não era prejudicial à criança, mas era um espaço privilegiado para compensar deficiências biopsico-culturais, apresentadas durante o desenvolvimento da

criança.⁽⁵⁴⁾ Houve assim uma desvinculação do papel da creche como substituta materna.⁽⁵³⁾

Na América do Norte movimentos feministas, passaram a lutar para que as creches atendessem as mulheres independentemente de sua classe social e de necessidade de trabalho.⁽¹⁰⁰⁾

A história e a evolução das creches evidenciam que sua expansão teve origem em políticas que visavam incentivar ou cercear o trabalho materno. O cerceamento decorreu do agravamento da crise econômica em países de capitalismo avançado que optaram por reduzir verbas destinadas a programas sociais. Paralelamente a uma retração do mercado de trabalho, o desemprego afetou mais as mulheres. A política de creches vinculadas a programas de promoção social e ao trabalho materno, pelo exposto foi prejudicada.

O final da década de 60 e início de 70, com as reivindicações dos movimentos sociais urbanos, como o feminista, iniciou-se um ciclo de expansão das creches.^(99,100,115)

Na atualidade de acordo com Haddad⁽⁵⁴⁾ a creche é tida como um direito da criança, um espaço próprio para sua educação e sociabilização.

1.6.1 - As creches no Brasil e em São Paulo

No Brasil, em termos de assistência infantil, o padre José de Anchieta é lembrado como pioneiro, pelo atendimento às crianças indígenas e aos órfãos vindos de Portugal.⁽⁵⁰⁾

Em 1738 foi criada a Roda ou Casa dos Expostos, instituição de caridade gerenciada por freiras, com a finalidade de cuidar de filhos ilegítimos de

escravas e de mães solteiras, abandonados em igrejas ou na Santa Casa de Misericórdia.^(50,140)

Após a primeira Grande Guerra surgiram várias greves de operários, reivindicando melhores condições salariais e de trabalho; as creches eram reivindicadas e foram concedidas pelos empresários. A primeira creche junto à empresa foi instalada no Rio de Janeiro e depois em São Paulo, junto às tecelagens do mesmo proprietário, Jorge Street em 1920.^(33,50,99)

O surgimento da creche legalmente, como suporte para mulheres trabalhadoras, no local do emprego, sob a égide da Consolidação das Leis do Trabalho, data de 1943. Porém, durante muito tempo o empresariado não cumpriu a lei e mesmo a população alvo da lei desconhecia seus direitos.

As primeiras creches municipais em São Paulo datam da década de 60; eram construídas e mantidas pela Prefeitura, mas gerenciadas por instituições particulares.⁽⁹⁹⁾

A década de 70 no Brasil foi marcada por vários movimentos sociais: a creche passou a ser reivindicada pelas mulheres trabalhadoras. A quantidade de mulheres engajadas na força de trabalho cresceu devido a maior empobrecimento de grandes camadas da população.⁽⁵⁴⁾

No município de São Paulo a reivindicação pelas creches iniciou-se na periferia, onde as mulheres, em geral donas de casa e empregadas domésticas, se organizavam nos bairros, formando os “clubes de mães”. Posteriormente, operárias, feministas e intelectuais aderiram ao movimento. Em 1979, por ocasião do 1º Congresso da Mulher Paulista, oficializou-se o Movimento de Luta por creches que propunha criação de rede de creches mantidas pelo Estado,

que tivesse participação da comunidade na orientação e escolha das funcionárias.^(33,54,100)

As reivindicações do movimento, foram atendidas pelo poder público, iniciou-se assim, a expansão da rede de creches, mantida pelo município. A creche passa então a ser vista, como importante equipamento social e educacional.^(42,54) Na década de 90 houve um aumento de 43% no número de creches, sendo estas classificadas como diretas, indiretas, e conveniadas. De acordo com Oliveira foram defendidos convênios da Secretaria do Bem Estar Social (SEBES) de acordo com as quais as creches eram subordinadas a entidades particulares, para dar resposta à imensa procura pelos equipamentos.

A Constituição de 1988 no artigo 208, inciso IV, determina como dever do Estado o atendimento em creches e pré-escolas às crianças de zero a seis anos.

O artigo 7 inciso XXV ainda garante como direito de trabalhadores de ambos os sexos a assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até os 6 anos de idade, em creches e pré-escolas. As creches hoje estão vinculadas à Secretaria Municipal da Educação, quando pertencerem à rede direta e indireta.

Creches Diretas são os equipamentos construídos, equipados e mantidos pela Secretaria Municipal da Educação.⁽¹¹¹⁾

As creches Indiretas são aquelas construídas e equipadas pela Secretaria, mas administradas por uma entidade que é subvencionada pela Secretaria.⁽¹¹¹⁾

Creches Conveniadas são aquelas que recebem subvenções da Secretaria de Assistência Social (SAS). O espaço físico e os recursos humanos são próprios da entidade.⁽¹¹¹⁾

Até dezembro de 2001 as creches diretas e indiretas eram gerenciadas também pela SAS. Pela Lei de Diretrizes e Bases, esse gerenciamento, atualmente, é exercido pela Secretaria Municipal da Educação (SME). As conveniadas passarão, até Julho de 2003, também a ser controladas por essa mesma Secretaria.^(21,119)

As educadoras de creche têm jornada de trabalho diferente de acordo com o tipo de creche. Na rede direta e indireta têm jornada de 33 horas semanais e nas conveniadas as educadoras cumprem jornada de 40 horas, sendo contratadas de acordo com o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nas creches da rede direta e indireta as educadoras trabalham em dois turnos, manhã e tarde, para cobrir o horário de funcionamento da creche, 12 horas. É desejável para melhor qualidade do serviço prestado que as educadoras tenham completado o ensino fundamental, porém para o futuro todas deverão ter o magistério completo, que corresponde ao ensino médio.^(19,20,99,119)

Tendo em vista os aspectos abordados em relação às educadoras de creche, ressalta-se a importância:

- da participação em programas que visem a promoção da saúde ocular de crianças usuárias de creches,
- do conhecimento necessário para identificar crianças com distúrbios oculares,

- da identificação de práticas relativas à saúde ocular.

Assim, considerou-se conveniente a realização desta pesquisa, com o propósito de obter informações que permitam subsidiar programas de treinamento para estabelecimento e implantação de ações de Programa de Saúde Ocular.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Em relação às educadoras atuantes nas creches vinculadas às subprefeituras Capela do Socorro e Parelheiros, propôs-se: verificar conhecimentos e opiniões relacionados à ocorrência, prevenção e detecção de distúrbios oftálmicos de crianças usuárias de creche;

- identificar práticas relacionadas a:
 - presença de secreção ocular
 - presença de ciscos no olhos
 - encaminhamento à consulta oftalmológica
 - supervisão do uso de tampão ocular;
 - analisar percepções e práticas referentes à saúde ocular;
 - oferecer informações para subsidiar o planejamento de orientação/treinamento com vistas à implementação de ações de promoção da saúde ocular.

3. MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1 - Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal, do tipo “survey”. Estuda-se a realidade sem o propósito de estabelecer relação causal entre as variáveis.⁽¹⁴³⁾

Segundo ABRAMSON⁽¹⁾ o “survey” pode ser classificado em descritivo, analítico, exploratório. O “survey” descritivo tem por finalidade obter informações, não explicações. O “survey” analítico analisa a variável dependente, de acordo com as variáveis independentes. O “survey” exploratório tem por finalidade obter informações sobre realidade pouco conhecida.

O termo “survey” não apresenta equivalente em tradução, sendo adotado universalmente no contexto da metodologia científica. Trata-se de pesquisa com ampla e diversificada aplicação com a finalidade de descrever e/ou interpretar a realidade da forma como se apresenta, sem haver manipulações.^(106,150)

Os “surveys” têm sido universalmente empregados na área da saúde, em especial, com os seguintes propósitos:

- identificar conhecimentos, práticas, atitudes, opiniões, valores e crenças de indivíduos em relação à saúde.
- identificar condições socio-ambientais que interferem na saúde de indivíduos, grupos e comunidades.
- obter informações sobre características demográficas da população em estudo.

Os resultados obtidos por meio desse modelo de pesquisa, fornecem informações do fenômeno estudado numa determinada população, em determinado momento.⁽¹⁰⁵⁾

A presente pesquisa constituiu um “survey” analítico, que teve por objetivo identificar percepções e práticas de educadoras de creches em relação à saúde ocular. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (Anexo 2)

3.2 - Variáveis selecionadas

3.2.1 - Variáveis dependentes

Considerando a complexidade das variáveis, procedeu-se à classificação, apresentada a seguir, mencionando-se a questão (Q) destinada a mensurá-las:

1-) Conhecimentos em relação a ocorrência/consequência de distúrbios oftálmicos (Q 16, Q17, Q18, Q24)

2-) Opinião em relação a:

- atividades na creche que provocam trauma ocular (Q 13)
- atribuição da aplicação do teste de acuidade visual (TAV) (Q 19)
- época da primeira consulta ao oftalmologista (Q 20)
- uso de óculos (Q25, Q26, Q27)

3-) Práticas em relação a:

- presença de secreção ocular (Q 11)

- presença de ciscos nos olhos (Q 12)
- encaminhamento a oftalmologista de criança da creche (Q 21)
- supervisão do uso de tampão ocular por criança da creche (Q 14, Q15)

3.2.2 - Variáveis independentes

As variáveis independentes selecionadas foram incluídas nesta pesquisa para melhor descrever e explicar o objeto de estudo. São apresentadas a seguir:

- idade (Q 28)
- escolaridade (Q 29)
- ter/não ter filhos (Q 30)
- idade dos filhos (Q 31)
- tempo de trabalho em creche (Q 1)
- tipo de creche em que trabalha (Q 2)
- grau de satisfação com o trabalho na creche (Q3)
- orientação recebida sobre saúde ocular (Q4) (Q5, Q6) (Q 7) (Q10)
- auto-cuidado quanto ao uso de óculos (Q25, Q26, Q27)
- auto-avaliação do preparo para observar as condições de visão das crianças na creche (Q9)
- importância de treinamento sobre saúde ocular para trabalho na creche (Q8)
- auto-cuidado inicial na ocorrência de problema com os olhos (Q 22)
- cuidados habituais com a própria visão (Q23)

3.3 - População

A unidade populacional do presente estudo é a educadora, que trabalha em creche vinculada à Coordenadoria do Desenvolvimento e Ação Social ou à Coordenadoria da Educação das Subprefeituras de Capela do Socorro e Parelheiros.

A população foi constituída pela totalidade das educadoras (857) distribuídas nas 56 creches das Coordenadorias referidas, sendo dessas unidades, 22 da rede direta, 23 conveniadas e 11 da rede indireta. Da população total, apenas 15 educadoras não foram incluídas na pesquisa, em razão de férias (5) e licença médica (7). O total de sujeitos do estudo foi de 842, no ano de 2002.

3.3.1 - Descrição da região do estudo

A Subprefeitura da Capela do Socorro é composta por três Distritos Administrativos (D.A.): D.A. Socorro, D.A. Cidade Dutra e D.A. Grajaú. É a maior subprefeitura do município de São Paulo incluindo, aproximadamente, 670.000 habitantes.⁽¹¹⁰⁾ É região bastante heterogênea, onde existem áreas urbanas, industriais, rurais e de preservação de mananciais, apresentando níveis socioeconômicos bastante diversificados.

A subprefeitura de Parelheiros é formada pelos D.A. Parelheiros e D.A. Marsilac com população estimada em 130.000 habitantes.⁽¹¹⁰⁾ É uma área de preservação de mananciais caracterizada predominante por zona rural e onde situam-se duas aldeias de índios Tupi-Guarani: Morro da Saudade e Krucutu que reúnem, aproximadamente, 650 índios. O D.A. Parelheiros e o D.A.

Marsilac foram considerados os “piores” distritos do Município de São Paulo, pelo Mapa da Vulnerabilidade Social que identifica os setores de alta privação na cidade balizando novas ações sociais.⁽¹²³⁾

Cada subprefeitura, segundo a nova organização administrativa municipal (DOM 23-12-02), tem uma Coordenadoria de Saúde que segue as diretrizes de saúde elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde, mas tem autonomia decisória sobre a política de saúde a ser adotada na região, de acordo com as suas necessidades e características próprias.^(122,134)

A Coordenadoria de saúde da Capela do Socorro é composta por dois Distritos de Saúde (D.S.): D.S. Socorro (D.A. Socorro e D.A. Cidade Dutra) e D.S. Grajaú (D.A. Grajau), cada um com um supervisor. Esta divisão em Distritos de Saúde foi uma estratégia para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo, favorecendo a democratização e o acompanhamento das ações de saúde.⁽¹²¹⁾

Além da Coordenadoria de Saúde, as subprefeituras têm entre outras, a Coordenadoria da Educação e da Ação e Desenvolvimento Social. As creches da rede direta e indireta são gerenciadas pela Coordenadoria de Educação e as conveniadas pela Coordenadoria da Ação e Desenvolvimento Social, porém todas devem ser subordinadas à Educação segundo previsto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e regulamentado pelo Decreto nº 38.861 de 20 de Dezembro de 1999.^(21,119)

As creches que participaram do estudo, abrigam crianças na faixa etária de zero a cinco anos e 11 meses, num total de 7199 crianças. Essa clientela é

composta por crianças pertencentes a famílias com renda média de até três salários mínimos, de acordo com recente levantamento.⁽⁴⁾

As creches devem contar com um quadro de pessoal composto por vários profissionais, mas o atendimento direto à criança é prestado pela educadora, também denominada auxiliar de desenvolvimento infantil (ADI).

As creches estão distribuídas no quadro 1.

Quadro 1 - Tipos de creche e respectiva subprefeitura. Região sul do município de São Paulo. São Paulo – 2002

Tipo de creche	Subprefeituras			
	Capela do Socorro		Parelheiros	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Direta	20	42,6	2	22,2
Indireta	9	19,1	2	22,2
Conveniada	18	38,3	5	55,6
Total	47	100	9	100

As figuras 1 e 2 apresentam as características geográficas da região de interesse e como se apresenta a divisão do município em subprefeituras e seus respectivos distritos administrativos, uma vez que, até a atualidade (2003), ainda é pouco conhecida.

Figura 1 – Região sul do município de São Paulo – Caracterização das Subprefeituras Capela do Socorro e Parelheiros

Figura 2 – Município de São Paulo – Divisão por Distritos de Saúde e Subprefeituras

3.4 – Instrumento

3.4.1 - Estudo exploratório

A realização do estudo exploratório visa adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer. O estudo leva o pesquisador à descoberta de enfoques, percepções e terminologias novas para ele que, aos poucos, ajustam-se às suas percepções, tornando a pesquisa mais próxima da realidade. Minimiza-se assim, a subjetividade do pesquisador, elaborando-se um instrumento de medida adequado à realidade do entrevistado.^(8,104,113)

Considerando-se essa orientação metodológica, realizaram-se entrevistas e reuniões com educadoras de creches, individualmente e em grupo, obtendo-se informações de 20 educadoras. As conversas transcorreram livremente, visando identificar conhecimentos e práticas em relação ao tema da pesquisa, sempre com a cautela de não interferir nas respostas. Utilizou-se um roteiro de 8 questões de caráter geral. Cada educadora preencheu termo de consentimento para a entrevista (Anexos 3 e 4)

A partir dessas entrevistas, identificaram-se os termos usados pelas educadoras em relação às ações de saúde ocular, opiniões, crenças e importância atribuída a tais ações. Essas entrevistas foram realizadas com educadoras de 10 creches, que apresentavam características semelhantes às da população do estudo, exercendo atividades na subprefeitura de Santo Amaro, portanto, não faziam parte da região escolhida para o desenvolvimento da pesquisa. A análise desse material possibilitou elaborar questões estruturadas, algumas variáveis foram acrescentadas e outras excluídas.

3.4.2 - Elaboração do questionário

O instrumento de pesquisa foi um questionário auto-aplicável pois as educadoras de creche são alfabetizadas e poderiam respondê-lo durante a jornada de trabalho. Construíram-se, desse modo, questões estruturadas a partir dos objetivos propostos, das características da população do estudo e que permitiram tornar exeqüível a coleta de dados. A linguagem baseou-se no vocabulário das educadoras que participaram do estudo exploratório. Como a coleta dos dados seria realizada na creche durante a jornada de trabalho, o número de questões foi adequado para ser respondido no máximo em 30 minutos para evitar transtornos na rotina de trabalho.

3.4.3 - Pré-teste e questionário definitivo

Com vistas a verificar a clareza e adequação do questionário, foi realizado o pré-teste. Solicitou-se a 15 educadoras de creche que identificassem questões que suscitaram dúvidas, bem como fornecessem sugestões para aprimoramento do instrumento. (Anexo 5)

O questionário foi aplicado em creches não incluídas na população do estudo. Introduzindo o questionário elaborou-se carta explicativa sobre os objetivos da pesquisa e do teste prévio do instrumento.

A aplicação do teste durou cerca de 30 minutos, novas questões foram sugeridas e outras modificadas. Procedeu-se então aos ajustes do instrumento, que foi submetido às mesmas educadoras e não recebendo mais críticas e/ou sugestões, foi considerado definitivo. (Anexo 7)

3.5 - Coleta de dados

3.5.1 - Fase preliminar

Foi solicitada autorização para realização deste estudo às autoridades que integravam a supervisão regional da Secretaria de Assistência Social (SAS), para aplicação do instrumento nas creches da rede conveniada e, as que integravam o Núcleo de Ações Educativas 6 (NAE6), ou seja, creches da rede direta e indireta. Na época da coleta dos dados ainda não estavam criadas as Coordenadorias de Ação e Desenvolvimento Social e Educação das subprefeituras.

Os questionários foram distribuídos em envelopes para os técnicos da SAS regional e do NAE 6, em quantidade correspondente ao número de creches conveniadas, diretas e indiretas, respectivamente, para que fossem distribuídos às unidades.

3.5.2 – Execução

A cada questionário anexou-se uma carta introdutória dirigida à educadora de creche, contendo orientações para o correto preenchimento do questionário. Foi assegurado o sigilo e anonimato das respostas. (Anexo 6)

Os questionários colocados em cada envelope correspondiam, em número, à quantidade de educadoras de cada creche, de acordo com levantamento prévio junto à SAS e ao NAE 6 regionais. Acompanhando cada envelope, uma carta circular dirigida aos diretores das unidades introduziu o

questionário. Nela explicava-se a finalidade da pesquisa, solicitando que fossem distribuídos às educadoras e respondidos na creche, individualmente.

Estabeleceu-se prazo para a devolução dos questionários que foram enviados para os setores de protocolo da SAS regional e NAE 6. Procurou-se, assim, preservar o caráter individual das respostas. (Anexo 8)

A coleta dos dados foi realizada em Outubro de 2002.

3.6 - Revisão crítica e codificação

Após a aplicação, revisaram-se todos os questionários para verificação de questões eventualmente não respondidas; a seguir foi feita a codificação das respostas.

3.7 - Processamento dos dados

Para elaboração do “banco de dados”, foi utilizado, de acordo com orientação de profissional da área de estatística, o “software” Microsoft Access. Obteve-se assim, a distribuição de frequências e os cruzamentos das variáveis.

3.8 - Tratamento dos dados

3.8.1 - Análise estatística

Para análise dos resultados aplicou-se o teste “qui-quadrado”, com vistas a identificar possíveis associações entre as variáveis estudadas. ⁽¹³³⁾

O teste foi aplicado tanto para as tabelas de associação (2X2), como para as tabelas de contingência (2XN). Por se tratar de estudo com população e

não com amostra, optou-se por apresentar os resultados do “qui-quadrado calculado” e “qui-quadrado crítico”.

Para o “qui-quadrado” calculado, usou-se a abreviatura **x2 calc.** e para o “qui-quadrado” crítico usou-se a abreviatura **x2 critic.**

Fixou-se em 0,05 ou 5% ($p \leq 0,05$) o nível de rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com um asterisco, os valores significantes.

3.8.2 - Valor Escalar Médio

Foi aplicado aos dados, referentes às escalas ordinais, um tratamento matemático denominado Valor Escalar Médio (VEM), que consiste na redução dos valores de uma distribuição a um único valor.^(148,150) Sua finalidade e processo de cálculo são descritos a seguir.

As comparações entre duas ou mais distribuições, tornam-se difíceis em escalas diferentes, por isso, optou-se pela transformação de seus valores de categorias qualitativas em categorias quantitativas.

A quantificação da escala ordinal consiste na atribuição de números às suas categorias. Esses números são arbitrários e apresentam características ponderais; quando aplicadas às distribuições de frequências, permitem a obtenção da média ponderada denominada Valor Escalar Médio. (VEM)

Dessa forma, a escala é reduzida a um único valor, possibilitando: situar esse valor dentro de uma escala, verificando-se a sua posição ou magnitude relativa e comparar, entre si, valores de diversas escalas.

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

A atribuição de números a suas categorias é realizada de acordo com a magnitude do conteúdo implícito em cada categoria. Como exemplo desse critério, usou-se como base a escala da questão 9 e sua respectiva distribuição de freqüências.

	<i>f</i>		
(3) Bem preparada	47	3X47 =	141
(2) Mais ou menos preparada	378	2X378 =	756
(1) Mal preparada	205	1X205 =	205
(0) Sem nenhum preparo	196	0X196 =	0
	<u>826</u>		<u>1102</u>

$$\text{VEM} = \frac{1102}{826} = 1,3$$

Esse resultado pode ser representado graficamente.

Como os Valores Escalares Médios são usados para comparar distribuições e se referem a escalas de amplitudes diferentes, tornou-se necessário padronizar escalas. Todas as escalas ordinais foram transformadas de tal modo que seus limites passaram a ser zero e 100. No exemplo citado, para que o limite superior seja representado pelo número 100, faz-se necessário multiplicar o VEM por 33,3... Esse valor é o resultado da relação entre os limites final e inicial propostos, $100/3$.

Efetuando-se essa transformação, no exemplo apresentado, tem-se:

$$VEM = \frac{1102}{826} \times 33,3 = 43$$

4. RESULTADOS e DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 - Considerações preliminares

Antes da descrição e análise dos dados coletados, faz-se necessário informar a estruturação adotada nesta apresentação.

Os resultados foram organizados de forma descritiva e analítica. Assim, foram descritas as características pessoais e profissionais da população estudada, bem como as variáveis dependentes.

No estudo analítico verificou-se a existência de relação entre as variáveis dependentes e independentes. Foram escolhidos apenas os cruzamentos que apresentavam maior interesse para a pesquisa.

As variáveis dependentes foram dispostas de acordo com as áreas definidas na metodologia, não sendo observada necessariamente a sequência das questões.

Os valores relativos que correspondem às escalas que contém as respostas “não tem opinião”, “não sabe” e “não lembra”, por visarem finalidades diversas foram apresentadas de duas maneiras, incluindo e excluindo essas categorias no cálculo das frequências. Com a inclusão, clássica nas apresentações tabulares, pretendeu-se representar a realidade como se apresentava, com finalidade descritiva, entretanto contém fator de distorção para fins de interpretação. Com a exclusão, pretendeu-se apresentar uma interpretação verdadeira da realidade, desde que se entenda “verdade” no sentido probabilístico. Dessa maneira, as respostas, “não tem opinião” e “não sabe” devem ser separadas das demais respostas nos trabalhos de análise,

pois impedem que a realidade seja representada quantitativamente pelos seus valores verdadeiros.⁽¹⁴⁹⁾

Como o presente estudo baseou-se nas respostas de educadoras de creche, obtidas por meio de questionário auto-aplicado, as tabelas apresentam diferentes totais de sujeitos, uma vez que nem sempre a totalidade deles respondeu a todas as questões formuladas.

Na apresentação tabular das respostas associadas, considerando a magnitude das associações referidas, optou-se por incluir somente as que apresentavam proporção significativa:

4.2 - Descrição da população

Os dados coletados permitem descrever a população do estudo segundo algumas características pessoais, profissionais e de preparo para realizar ações de saúde ocular.

4.2.1 - Características pessoais e profissionais

As tabelas 1, 2 e 3 registram características pessoais das educadoras de creche que participaram deste estudo.

Tabela 1 – Idade das educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002

Idade (anos)	<i>f</i>	%
< 20	44	5,5
21 a 30	240	30,0
31 a 40	224	28,0
41 a 50	196	24,6
50 e mais	95	11,9
$\bar{X} = 36,3$		

De acordo com a tabela 1, evidencia-se que as faixas etárias entre 21 e 40 anos agrupam 58,0% das educadoras. A média de idade encontrada foi de 36,3 anos. A idade máxima encontrada entre as educadoras é 62 anos. Interessante verificar que 5,1% das educadoras não informam a idade.

Tabela 2 – Tem / não tem filhos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 810		
Presença de filhos	<i>f</i>	%
Tem	596	73,6
Não tem	214	26,4

Os dados da tabela 2 mostram que 73,6% das educadoras de creche têm filhos, sendo que apenas 28,1% têm filhos em idade pré-escolar e 53,0%, referem ter filhos apenas de idade igual ou superior a 11 anos. (Tabela 3)

Tabela 3 – Idade dos filhos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002

		Idade (respostas associadas)			n = 596
Respondentes		Entre	Entre	De 11 anos	
<i>f</i>	%	0 e 5 anos	6 e 10 anos	em diante	
316	53,0			•	
99	16,7	•			
60	10,0		•	•	
53	8,9		•		
32	5,4	•	•		
21	3,5	•		•	
15	2,5	•	•	•	

As tabelas 4, 5 e 6 mostram as características profissionais das educadoras de creche.

Tabela 4 – Tempo de exercício profissional na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 799		
Tempo (anos)	<i>f</i>	%
< 1	190	23,8
1a 5	221	27,7
6 a 14	240	30,0
15 e mais	148	18,5

Tabela 5 – Escolaridade e tipo de creche em que atua. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Escolaridade	Tipo de Creche							
	Direta		Indireta		Conveniada		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ensino fundamental incompleto	21	2,6	—	—	14	1,7	35	4,3
Ensino fundamental completo	26	3,2	2	0,2	29	3,6	57	7,0
Ensino médio incompleto	56	6,9	—	—	39	4,8	96	11,8
Ensino médio completo	247	30,3	8	1,0	229	28,1	485	59,6
Superior incompleto	57	7,0	2	0,2	43	5,3	102	12,5
Superior completo	27	3,3	2	0,2	10	1,2	39	4,8
Total	434	53,3	14	1,7	364	44,7	814	100,0

**Tabela 6 – Grau de satisfação com o trabalho que realiza na creche.
Educadoras de creche da região sul do município de São
Paulo, 2002.**

N = 834		
Grau de satisfação	<i>f</i>	%
Muito satisfeita	487	58,4
Mais ou menos satisfeita	323	38,8
Pouco / nada satisfeita	24	2,8

A maioria das educadoras (28,6%) tem entre seis e 14 anos de tempo de trabalho na creche, sendo o tempo médio de exercício profissional 8,1 anos; porém observa-se uma proporção não muito menor (26,7%), trabalhando nas creches há menos de um ano. (Tabela 4)

Quanto à escolaridade, verifica-se que 59,6% completaram o ensino médio, que inclui o magistério. Observa-se também que 4,8% completaram o ensino superior e que 4,3% não apresentam o ensino fundamental completo. (Tabela 5) PELICIONI⁽⁹⁹⁾ em pesquisa realizada com educadoras de creche, em 1995, evidenciou que 52,6% não haviam completado o ensino médio, embora 96,1% tenham frequentado a escola.

Com o cumprimento da lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional⁽²¹⁾ no futuro todas as educadoras deverão ter cursado o magistério.

Analisando-se ainda a tabela 5, observa-se que, apesar da porcentagem maior das educadoras ter completado o ensino médio, há certa heterogeneidade quanto à escolaridade, sugerindo também diversidade em relação ao preparo para o cuidado de crianças na creche. Verifica-se também

que a porcentagem maior de educadoras com ensino fundamental incompleto trabalha em creches da rede direta, onde o acesso se dá por meio de concurso público.

De acordo com a tabela 6, a maior parcela da população em estudo (58,4%) refere estar muito satisfeita com o trabalho que realiza na creche, porém, 41,6% consideram-se menos satisfeitas, o que sugere necessidade de investigar possíveis causas dessa insatisfação: salário, condição de trabalho, falta de valorização e/ou acolhimento aos funcionários. Muitas vezes a insatisfação do funcionário pode resultar em prestação inadequada de serviço à comunidade.

PELICIONI⁽⁹⁹⁾ realizou pesquisa qualitativa em creches conveniadas no bairro da Bela Vista, em São Paulo e verificou a insatisfação dos funcionários devida aos baixos salários e à falta de programa de preparo, pois raramente recebiam cursos de capacitação ou reciclagens.

GEIS⁽⁵⁰⁾ em estudo realizado numa creche da zona norte do município de São Paulo, relatou que funcionárias também sentiam-se despreparadas para o papel de “educadoras”, pois confundiam esse papel com o de “professor”. Não se julgavam “educadoras”, apesar do intenso contato físico com as crianças, de sua participação na iniciação da fala, no ensinamento diário de hábitos de higiene e de alimentação, fundamentais para a formação do ser humano.

De acordo com LEITE DE MORAIS⁽⁷⁶⁾ as educadoras de creche também denominadas “cuidadoras”, têm origem e formação diversificada. Profissionais com diplomas de nível superior, mesclam-se com outras que trazem vivências de cuidados com crianças de sua própria família. Não existe formação

específica para essas profissionais que devem realizar trabalho tão importante do ponto de vista físico, mental e social.⁽⁹⁴⁾

As educadoras ajudam no desenvolvimento da criança, dando também o suporte afetivo necessário a esse desenvolvimento.

A qualidade da atenção dispensada pela creche é diretamente proporcional ao preparo dos recursos humanos responsáveis por esta atenção, ressaltando que é indispensável que as ações de saúde na creche se estendam às educadoras, uma vez que o seu trabalho é de grande exigência e deve dirigir-se à promoção e proteção da saúde das crianças confiadas a seus cuidados.

4.2.2 Características do preparo em saúde ocular

As características de preparo das educadoras de creche para realizar ações de saúde ocular, constam das tabelas 7 a 14.

Os dados da tabela 7 evidenciam que a maioria das educadoras declara não ter recebido orientação ou treinamento sobre distúrbios oculares (88,0%).

Das 12,0% que declaram recebimento de orientação, 60,0% não lembram a duração do mesmo. Procedendo-se à exclusão da resposta "Não lembra" 60,0%, mencionam ter sido de uma a quatro horas, o tempo destinado à orientação, sugerindo preparo insuficiente dessas educadoras. (Tabela 8)

Para executar ações de saúde ocular, as educadoras necessitam deter conhecimentos sobre distúrbios oculares que acometem crianças com idade entre zero e cinco anos e também saber reconhecer aquelas que apresentem dificuldade visual.

Como treinamento em saúde ocular, de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, entende-se um curso que tenha carga horária entre oito a 12 ou 16 horas, com aulas teóricas e práticas para aplicação de testes de acuidade visual, distribuídas em períodos de quatro horas; após segue-se um período de dispersão quando os educandos retornam ao local de trabalho (creches, pré-escolas ou escolas) para aplicação dos testes. Após um período de 30 dias, os educandos retornam para uma avaliação, quando narram as dúvidas e dificuldades encontradas, recebendo orientações. Em geral, esses treinamentos são oferecidos por técnicos da Secretaria da Saúde Estadual ou Municipal em São Paulo.

Nas aulas teóricas os participantes são informados sobre higiene ocular e agravos à visão como identificar distúrbios visuais, como encaminhar à consulta oftalmológica crianças com dificuldade visual, como orientar a família para assumir a responsabilidade do cuidado com a criança além da aplicação do teste de acuidade visual: no caso das creches é utilizada a tabela de optotipos de Snellen e o teste de Sjögren, que usa a figura da “mãozinha”.

Como orientação em saúde ocular, considera-se qualquer informação recebida por meio de aulas, palestras sobre saúde, cursos sobre cuidados com crianças usuárias de creche, folhetos informativos, entre outros. São informações não sistematizadas.

As creches têm um manual denominado Agenda Mínima: “Saúde em Creche” elaborado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS), até 2002, órgão responsável pela supervisão das creches no Município de São Paulo. Essa Agenda tem orientações e condutas sobre doenças prevalentes na

infância, vigilância nutricional e controle de anemia ferropriva. Nesse material encontram-se apenas orientações sobre conjuntivites e tracoma, nada mais sobre distúrbios oculares.⁽¹³²⁾

Tabela 7 – Recebimento de orientação/treinamento sobre distúrbios visuais de crianças. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 835		
Recebimento de orientação	<i>f</i>	%
Sim	100	12,0
Não	735	88,0

Tabela 8 – Tempo de duração da orientação/treinamento recebidos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

n = 100			
Tempo (horas)	<i>f</i>	%	%*
1 a 4	24	24,0	60,0
5 a 8	5	5,0	12,5
9 e mais	11	11,0	27,5
Não lembra	60	60,0	—

* Exclui "Não lembra"

Tabela 9 – Tempo decorrido do recebimento da orientação/treinamento. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

n = 100			
Tempo (anos)	<i>f</i>	%	%*
1 a 4	12	12,0	27,3
5 a 12	17	17,0	38,7
> 12	15	15,0	34,0
Não lembra	56	56,0	—

* Exclui "Não lembra"

De acordo com os resultados da tabela 9, 56,0% das educadoras referem não lembrar há quanto tempo receberam esta orientação/treinamento, coincidindo com quase igual proporção (60,0%) que não lembra também a sua duração (Tabela 8). Verifica-se também que a maioria manifesta recebimento de orientação/treinamento há mais de cinco anos (72,7%), o que sugere não existir programa de reciclagem periódica destinado às educadoras de creche. Esse fato foi também verificado por outros autores em estudos de população similar. (12,50,94,98,99)

Quanto ao conteúdo da orientação/treinamento recebidos, 34,5% relatam ter recebido orientação ou treinamento cujo conteúdo não faz parte dos tópicos apresentados, o que causa certa estranheza. A aplicação do teste para verificação da acuidade visual foi o conteúdo de orientação/treinamento mais referido como conteúdo de orientação/treinamento (11,5%). Apenas 5,8% das entrevistadas declaram ter recebido todo o conteúdo explicitado na questão (Tabela 10).

Tabela 10 – Conteúdo da orientação/treinamento recebido. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

n = 122

Respondentes <i>f</i> %		Conteúdo da orientação/treinamento						
		Higiene dos olhos	Aplicação do teste de vista	Acidentes nos olhos	Uso de colírios	Problemas de visão	Doenças nos olhos	Encaminha-mento de criança ao oculista
14	11,5		•					
7	5,8	•	•	•	•	•	•	•
6	5,0		•			•		•
4	3,2	•		•				
3	2,4			•				
3	2,4	•		•		•		
3	2,4	•	•	•	•	•	•	
3	2,4							•
<u>3</u>	<u>2,4</u>	•	•	•		•	•	•
* 46	37,5							

* As demais respostas, referem-se a outras formas de associação, fornecidas por grupos de 2 a 1 respondentes (28,0%). Declaram não ter recebido explicações 42 respondentes (34,5%).

Tabela 11 – Tipos de material educativo sobre saúde ocular, ao qual têm acesso. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

N =820

		Tipos de material			
Respondentes <i>f</i>	%	Folhetos	Livretos	Apostilas	Outros
54	6,6	•			
37	4,6				•
33	4,0	•	•		
26	3,1		•		
18	2,1			•	
12	1,5	•			•
11	1,3	•		•	
* 191	23,2				

* Dentre os respondentes, 603 (73,6%) declararam não ter acesso a material sobre saúde ocular. Grupos de 4 a 1 forneceram outras associações (3,2%)

De acordo com os dados da tabela 11, os folhetos são referidos como o tipo de material educativo ao qual as educadoras têm mais acesso (13,4%), provavelmente aqueles que são distribuídos pelo sistema público de saúde em campanhas educativas ou de imunizações; no entanto, esses materiais só têm validade se servirem de apoio a um processo educativo. É preocupante a declaração de 73,6% das educadoras de creche, que ressaltam não ter acesso a nenhum tipo de material educativo sobre saúde ocular.

Evidenciou-se falta de orientação/treinamento periódicos sobre saúde ocular e falta de acesso a materiais educativos sobre o tema, sugerindo assim, pouco investimento na formação dessas educadoras, tão importante como já

descrito anteriormente, para que elas consigam assumir responsabilidades pela saúde das crianças nas creches.

Os resultados da tabela 12 mostram que a maioria das educadoras (95,8%) declaram ser de muita importância, para seu trabalho, o recebimento de orientação ou treinamento sobre distúrbios oculares, sugerindo que a maioria tem interesse no assunto.

Tabela 12 – Grau de importância atribuída ao recebimento de orientação/treinamento sobre distúrbios oculares de crianças. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 825			
Grau de importância	<i>f</i>	%	%*
Muita importância	763	92,5	95,8
Importância média	32	3,9	4,0
Pouca/nenhuma importância	2	0,2	0,2
Não tem opinião	28	3,4	—

* Exclui "Não tem opinião"

As tabelas 13 a 17 mostram a auto-avaliação das educadoras a respeito do seu preparo para identificar crianças na creche com distúrbios oculares, auto-avaliação sobre a necessidade de usar óculos e o auto-cuidado com seu sistema visual.

Tabela 13 – Auto-avaliação sobre preparo para identificar crianças com distúrbios oculares na creche . Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 826		
Auto-avaliação	<i>f</i>	%
Considera-se:		
(3) bem preparada	47	5,6
(2) mais ou menos preparada	378	45,8
(1) mal preparada	205	24,9
(0) sem nenhum preparo	196	23,7
V E M* =1,3 (43)		

* Valor escalar médio calculado a partir dos valores atribuídos às categorias, colocados entre parênteses. Limites das escalas: 0 e 3, 0 e 100.

Tabela 14 – Auto-cuidado na ocorrência de distúrbio ocular. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

n= 827		
Auto-cuidado	<i>f</i>	%
Procura o oftalmologista	654	79,0
Faz compressas com água boricada	81	9,7
Procura oftalmologista e faz compressas com água boricada	48	5,8
Pinga algum colírio	23	2,7
Pede orientação na farmácia	8	1,0
Pinga colírio e procura oftalmologista	4	0,5
Faz compressas com chá	3	0,4

* Outras 0,6% forneceram alternativas diferentes.

Tabela 15 – Cuidados habituais com a própria visão. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

		N =826							
		Cuidados habituais							
Respondentes		Consulta	Uso de	Uso de	Evita ler	Evita ler	Evita ler	Assiste	Não
<i>f</i>	%	oculista	colírios	óculos de	no	em	comendo	TV de	coça os
		todo o		sol	escuro	onibus		longe	olhos
		ano							
151	18,3	•							
18	2,1	•			•			•	
18	2,1	•	•						
16	2,0	•		•					
16	2,0			•	•				
14	1,7				•	•	•	•	
14	1,7				•	•	•	•	
13	1,6	•			•				
10	1,2		•						
10	1,2				•	•	•	•	•
10	1,2	•							
<u>10</u>	<u>1,2</u>							•	
*290	35,1								

* Dentre os respondentes, grupos de 9 a 1 forneceram outras associações com as mesmas respostas. (64,9%)

**Tabela 16 – Opinião sobre necessidade e auto-cuidado no uso de óculos.
Educadoras de creche da região sul do município de São
Paulo, 2002.**

Uso de óculos	f	%	%*
(n = 837)			
Sim	573	68,4	75,4
Não	187	22,5	24,6
Não sabe	77	9,1	—
(n = 573)			
Deve usar sempre	371	69,0	66,6
Deve usar de vez em quando	128	23,9	23,0
Não deve usar	58	10,1	10,4
Não tem opinião	16	2,7	—

* Exclui "Não sabe" e "Não tem opinião"

Tabela 17 – Razões para não usar rotineiramente os óculos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

		Razões					n =326	
Respondentes		Fica feia	O uso de óculos vicia	Os óculos incomodam	Os óculos quebraram	Esquece de usá-los	O uso é só para perto	
f	%							
81	24,9							•
66	20,2			•				
32	9,9				•			
26	8,0					•		
18	5,5			•		•		
11	3,3		•					
11	3,3	•						
9	2,8		•	•				
*254	77,9							

* Dentre os respondentes 72 (22,1%) forneceram outras associações

Os resultados da tabela 13, expressos pelo VEM (1,3), evidenciam que as educadoras de creche não se consideram preparadas para identificar distúrbios visuais de crianças nas creches (48,6%), o que reforça a necessidade de investimentos na formação e capacitação desses profissionais.

Quanto ao auto-cuidado na ocorrência de distúrbios visuais, 79,0% declaram procurar consulta oftalmológica, como primeira providência para solucionar o problema (Tabela 14).

Quanto aos cuidados com o próprio sistema visual, 18,3% das respondentes mencionam consultar o oftalmologista anualmente, (Tabela 15) porém, é possível observar que muitas educadoras referem cuidar do sistema visual evitando ler no escuro, ler em veículos em movimento, ler assistindo a

televisão, assistindo televisão de longe, crenças em relação à visão também encontradas por outros autores em extratos sociais distintos, independentemente do nível de instrução e da idade.^(8,69,113,150,156)

É possível que as crenças populares identificadas neste estudo, sejam divulgadas pelas educadoras e sua incorporação como “verdades”, além de impedir a aquisição de conhecimentos acertados, pode resultar em comportamentos indesejáveis em relação à saúde do sistema visual entre as educadoras, crianças e famílias.

Em pesquisa feita no México, com mulheres de idades entre 35 e 40 anos, TEZOQUIPA e col.⁽¹⁵⁷⁾, evidenciaram que elas desempenham papel importante, tanto no diagnóstico como no tratamento, no que diz respeito aos cuidados de saúde no lar. Essas mulheres aceitam e incorporam valores e normas por contato com outras mulheres, mães e avós; a esse conhecimento inicial segue-se aquele que é fruto da própria experiência. Dessa maneira tomam decisões acerca de condutas para si próprias e para seus filhos. Esse “conhecimento leigo” provavelmente é trazido e aplicado ao ambiente de trabalho.

Esses fatos sugerem a necessidade de inserir no conteúdo de treinamentos, orientação referente a crenças populares relacionadas à visão.

Os resultados da tabela 16 mostram que, de acordo com a própria avaliação, 75,4%, ou seja, a maioria das educadoras de creche, declaram ter necessidade de usar óculos e que 66,6% fazem uso constante dos óculos.

Uma vez que a idade média das educadoras é de 36,3 anos e que a maioria usa constantemente os óculos (68,4%), supõe-se que os erros de refração sejam distúrbios visuais bastante freqüentes entre elas.

Na tabela 17, os dados revelam que 24,9% referem usar óculos somente para perto, indicando que apresentam idade superior a 40 anos, com provável presbiopia e 20,2% declaram não fazer uso deles por desconforto, sugerindo talvez prescrição desatualizada ou desnecessária.

Esses resultados revelam crenças entre as educadoras, que, apesar de atribuírem muita importância ao preparo sobre saúde ocular, encontram-se despreparadas no assunto, embora grande proporção apresente algum tipo de distúrbio visual que as obriga ao uso de óculos.

4.3 - Resultados relativos às variáveis dependentes

A apresentação e discussão dos resultados para descrição das Variáveis Dependentes, obedece à organização a elas conferida no Método deste estudo.

4.3.1- Estudo descritivo

A - Conhecimento das educadoras

As tabelas 18 a 21, registram o conhecimento das educadoras de creche, sobre estrabismo, causas de quedas de crianças, causas de olho vermelho e auto-avaliação do conhecimento sobre distúrbios oculares.

Tabela 18 – Conhecimento sobre estrabismo. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 834

Conhecimento sobre estrabismo	<i>f</i>	%	%*
Deve ser tratado assim que percebido	821	98,5	99,9
Deve ser tratado quando a criança for à escola	1	0,1	0,1
Não deve ser tratado, sara sozinho	—	—	—
Não tem opinião	12	1,4	—

* Exclui "não tem opinião"

Tabela 19 – Conhecimento sobre agravos de saúde que podem provocar quedas de criança na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

n = 835

Respondentes		Agravos de saúde			
		Auditivos	Oftálmicos	Ortopédicos	Nenhum agravo pois cair é normal
<i>f</i>	%				
499	59,8		•	•	
102	12,2				
68	8,1	•	•	•	
36	4,3				•
26	3,1		•	•	•
22	2,6			•	•
20	2,4		•		
<u>* 773</u>	<u>92,6</u>				

* Dentre os respondentes, 43 declaram não ter opinião (5,1%). Grupos de 8 a 1 forneceram outras associações (2,3%).

Tabela 20 – Conhecimento sobre causas de “olho vermelho” de criança de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

		Causas de "olho vermelho"					n =798
Respondentes		Alergia	Conjuntivite	Ciscos	Vitimização	Acidente	
<i>f</i>	%						
180	22,5	•	•	•			
157	19,7	•	•				
136	17,0	•	•	•	•	•	
57	7,1		•	•			
54	6,7	•	•	•		•	
50	6,2		•				
39	4,9	•	•			•	
18	2,2	•	•	•	•		
* 691	86,3						

* Dentre os respondentes 33 (4%) declaram não ter opinião. Grupos de 16 a 1 forneceram outras associações (9,7%)

Tabela 21 – Conhecimento sobre causas de “olho vermelho” de criança de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

Distúrbios visuais	Auto-avaliação								VEM *
	(3) Ouvi falar conheço bem		(2) Ouvi falar conheço mais		(1) Ouvi falar conheço mal		(0) Nunca ouvi falar		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Conjuntivite (N = 813)	482	59,3	289	35,6	39	4,8	3	0,3	2,5 (84)
Terçol (N = 805)	371	46,1	344	42,8	66	8,1	24	3,0	2,3 (77)
Miopia (N = 795)	317	39,9	330	35,6	125	4,8	23	0,3	2,1 (73)
Catarata (N = 800)	239	29,9	337	42,1	208	26,0	16	2,0	2,0 (66)
Astigmatismo (N = 768)	153	30,0	193	25,1	260	33,9	162	21,0	1,4 (47)
Glaucoma (N = 784)	105	13,3	236	30,1	311	39,7	132	16,9	1,4 (47)
Hipermetropia (N = 763)	86	11,2	162	21,2	232	30,5	283	37,1	1,0 (35)
Tracoma (N = 762)	29	3,8	121	15,8	269	35,4	343	45,0	0,8 (26)
Ambliopia (N = 750)	28	3,7	80	10,6	148	19,8	494	65,9	0,5 (17)

* Valor escalar médio calculado a partir dos valores entre parênteses. Limite das escalas: 0 e 3, 0 e 100.

Os resultados da tabela 18, mostram que apesar de não terem participado de treinamento sobre saúde ocular, nem terem recebido orientação sobre o assunto, praticamente a totalidade das respondentes (99,9%) tem conhecimento sobre a importância do tratamento precoce do estrabismo talvez por problemas estéticos, pois pela falta de capacitação não devem associá-lo à prevenção da ambliopia. ^(5,26,61,87)

Na tabela 19, os dados evidenciam que 59,8% das educadoras consideram problemas ortopédicos e distúrbios visuais como sendo responsáveis por quedas de criança na creche.

Em relação à criança que já aprendeu a andar, deve-se dar atenção àquela que cai muito ou que é considerada desastrada pois derruba os objetos que vai pegar, ou ainda tem dificuldades em acompanhar brincadeiras em grupo. Esta criança deverá ter a acuidade visual avaliada, pois seu comportamento pode ser devido à dificuldade visual. Existem outros sinais que podem indicar dificuldade visual na criança, tais como: fazer muita careta, piscar muito, apertar os olhos, inclinar freqüentemente a cabeça ou aproximar muito dos olhos os objetos a fim de enxergá-los melhor.⁽⁸⁶⁾

É importante, levando-se em consideração o descrito, que as educadoras se apropriem dessas informações, para melhor observarem as crianças sob seus cuidados.

Verifica-se que, em relação às causas de “olho vermelho”, 86,3% das respondentes apontam a conjuntivite como causa mais freqüente, seguida da alergia (73,0%). Esse fato sugere que tal conhecimento decorre da experiência pessoal por serem, em geral, causas observadas com certa freqüência na creche.

A criança que sofre maus-tratos pode apresentar lesões oculares como consequência de espancamentos ou uso de cintos para surra-la. A chamada “síndrome da criança sacudida” poderá causar hemorragias retinianas, além de lesões ósseas e cerebrais. Outra forma de violência à criança é a síndrome de Munchausen pelo abuso do poder, assim denominada porque os pais,

principalmente a mãe, simulam na criança uma doença, criando lesões físicas fictícias, provocando sufocação, sangramentos, entre outras. No caso das manifestações oftálmicas, pode ocorrer inclusive a instilação de produtos químicos nos olhos, causando conjuntivites e a presença de hemorragias na conjuntiva podem sugerir sufocamento.^(2,37,80)

Poucas educadoras referem a vitimização de crianças como causa de “olho vermelho” (19,2%) porém considera-se importante saber reconhecer uma criança vítima de maus-tratos, agravo hoje relativamente comum, dado o aumento da violência doméstica e geral, no município de São Paulo, últimos anos.⁽¹¹⁰⁾

Na tabela 21, examinando os resultados do VEM, observa-se que as educadoras declaram desconhecimento relação à ambliopia (VEM 0,5), tracoma (VEM 0,8), hipermetropia (VEM 1,0), astigmatismo e glaucoma (VEM 1,4). Conjuntivite é o agravo mais conhecido pelas educadoras de creche (VEM 2,5). Caracteriza-se por ser a doença ocular mais comum, podendo ter várias causas e provocar hiperemia e edema da conjuntiva.

Entre as ametropias ou erros de refração, a miopia é mais conhecida (VEM 2,1) do que a hipermetropia e astigmatismo. Comparando-se esses dados com os da tabela 16, onde foi indicada a necessidade de uso de óculos por 75,4% das educadoras e sendo as ametropias os distúrbios visuais mais freqüentes, é possível que educadoras sejam míopes ou desconheçam seus próprios distúrbios visuais.

ARMOND⁽⁸⁾, avaliando conhecimentos sobre saúde ocular entre professores de primeira série do ensino fundamental, na mesma região onde foi

realizado o presente estudo, verificou também ser a miopia o distúrbio visual mais conhecido daquela população.

A miopia manifesta-se em geral ao redor dos sete ou oitos anos de idade; o míope enxerga mal de longe e bem de perto, por isso dirige suas atividades e interesses para objetos próximos de si. A hipermetropia é mais comum na idade pré-escolar e escolar e requer, para manter uma boa acuidade visual para longe e para perto, esforço de acomodação, a fim convergir os raios à retina e conseguir nitidez de imagem; os óculos são indicados quando existem sinais de astenopia (desconforto, cefaléia, tontura). O astigmatismo é determinado por diferença de curvatura entre os meridianos principais da córnea e/ou do cristalino, a imagem na retina será deformada. Nos astigmatismos altos a acuidade visual é ruim, nos de pequeno e médio grau, os sintomas de astenopia são freqüentes.^(5,86)

O glaucoma, distúrbio que se caracteriza por aumento da pressão intra-ocular, podendo acarretar perda da visão, é pouco conhecido, porém pode aparecer em pessoas com idade superior a 40 anos e a prevenção é feita com visitas periódicas ao oftalmologista.^(5,86)

KARA JOSÉ e col.⁽⁶⁹⁾, em levantamento sobre conhecimentos e práticas referentes à saúde ocular entre 1000 pessoas da cidade de Campinas (SP), verificou que 88,2%, também desconheciam essa afecção. A gravidade do glaucoma e possibilidade de prevenção, mediante detecção e tratamento precoces, requerem maior divulgação desse conhecimento à população. Sobre catarata, provavelmente devido a campanhas comunitárias freqüentes, quase todas as educadoras de creche já ouviram falar.

Quanto ao tracoma, apesar de descrito no Manual de Saúde das Creches⁽¹³²⁾, 45,0% das educadoras afirmam nunca ter ouvido falar, desconhecendo totalmente. Caracteriza-se por inflamação crônica da conjuntiva e da córnea, causada pela “Clamydia trachomatis”, afetando principalmente pré-escolares e escolares; é uma ceratoconjuntivite folicular, que geralmente torna-se crônica, podendo levar à formação de cicatrizes na conjuntiva e de opacidades na córnea. Condições higiênicas inadequadas, falta de saneamento básico e falta de ações educativas em saúde são fatores de risco para o aparecimento do tracoma.^(5,34,86)

Em relação à ambliopia, também denominada “olho preguiçoso”, 65,9% das educadoras de creche manifestam total desconhecimento. A ambliopia é a diminuição da capacidade visual de um ou de ambos os olhos, sem que haja uma causa estrutural (anatômica) ou óptica para este déficit. As causas mais freqüentes de ambliopia são: estrabismo, erros de refração, anisometropia, catarata congênita, ptose palpebral, ou qualquer fator que impeça a focalização nítida da imagem na retina. Quanto mais precocemente ela for detectada, melhores serão os resultados na recuperação da qualidade de visão; em geral, são praticamente inexistente a prevenção e o tratamento precoces da ambliopia, sendo a maior parte dos casos identificados quando acompanhados de estrabismo. A ambliopia após os três anos de idade pode ser detectada por meio de testes de acuidade visual de fácil aplicação como o de Snellen e de Sjögren.^(5,13,16,26,68,96,163)

No sistema público de ensino municipal o teste de acuidade visual aplicado é o de Snellen, a partir da pré-escola. Nas creches, atualmente, não é aferida a acuidade visual de crianças.

B - Opiniões das educadoras de creche

A tabela 22 apresenta opiniões das educadoras sobre atividades que provocam trauma ocular.

Tabela 22 – Opinião sobre atividades na creche que podem provocar trauma ocular. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

N =825

		Atividades				
Respondentes <i>f</i>	%	Brincar no tanque de areia	Brincar no parque	Brincar com tintas	Usar lápis e giz de cera	Usar régua e/ou facas
163	19,8	•				
103	12,5	•				•
62	7,5					•
57	7,0	•		•		
51	6,1	•	•			
50	6,0	•	•	•	•	•
28	3,3	•		•		•
22	2,8	•			•	
*536	65,0					

* Dentre os respondentes 42 (5,0%) declaram não ter opinião. Grupos de 20 a 1 forneceram outras associações (30,0%).

A maior parte das educadoras, é de opinião que brincadeiras no tanque de areia podem causar acidente com trauma ocular. (Tabela 22)

O contato de areia com os olhos pode causar lesão na córnea e/ou conjuntiva.

Na faixa etária da criança usuária de creche, são de grande importância cuidados que visem a prevenção de acidentes com objetos pontiagudos e/ou contundentes, tais como: faca, tesoura, lápis. Outros fatores de risco para tais acidentes são os produtos químicos como álcool, água sanitária, detergente e medicamentos.⁽⁸⁶⁾

DINIZ⁽³⁸⁾ em levantamento feito no Hospital São Geraldo (Universidade de Minas Gerais), relatou que os traumas oculares apresentados por crianças que procuram aquele hospital, na faixa etária de zero a seis anos, ocorrem mesmo na presença dos pais. OLIVEIRA⁽⁹³⁾ atribuiu aos pais a responsabilidade desses acidentes, por deixarem ao alcance das crianças tais objetos. KARA JOSÉ e col.⁽⁶⁵⁾ ressaltaram que 79,1% dos acidentes domésticos são mais graves do que os que ocorrem na escola.

A utilização pelas crianças, de facas, garfos e tesouras é responsável por mais de 50,0% dos ferimentos perfurantes oculares ocorridos no ambiente doméstico, atingindo crianças de um a dez anos de idade.⁽⁶⁴⁾

As brincadeiras com tintas, o uso de garfos e facas pelas crianças na creche, devem ser monitoradas com a máxima atenção pelas educadoras.

A prevenção de acidentes na infância deveria ser realizada com freqüência para a população, incluindo também o trauma ocular. Ressalte-se que a educação é fundamental para a prevenção.

Tabela 23 – Opinião sobre a atribuição da aplicação do teste de acuidade visual (TAV). Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 826

Atribuição da aplicação do TAV	<i>f</i>	%	%*
Cabe à creche	211	25,6	27,2
Cabe ao serviço de saúde	563	68,2	72,8
Não tem opinião	52	6,2	—

* Exclui "Não tem opinião"

Tabela 24 – Opinião sobre a época da primeira consulta oftalmológica. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 832

Época da primeira consulta	<i>f</i>	%	%*
Quando o distúrbio visual aparecer	632	76,0	78,0
Quando ingressar na pré-escola	170	20,5	21,0
Quando ingressar na 1ª série do ensino fundamental	8	0,9	1
Quando for para a 4ª série do ensino fundamental	—	—	—
Não tem opinião	22	2,6	—

* Exclui "Não tem opinião"

Os resultados da tabela 23, evidenciam que na opinião das educadoras de creche, o teste de acuidade deve ser realizado pelo serviço de saúde (48,0%). ARMOND⁽⁸⁾ obteve resultado semelhante com professores do ensino fundamental.

As educadoras respondentes parecem alijar-se dessa atribuição, talvez por não se julgarem capacitadas para a aplicação do teste, ou por não desejarem acrescentar mais esta tarefa a sua rotina de trabalho. Contudo a aplicação do teste em criança a partir dos três anos de idade não é tarefa complicada, podendo ser feita por leigos, não só por funcionários dos serviços de saúde.

SPERANDIO⁽¹⁴¹⁾ evidenciou a validade de triagem visual realizada por professores e educadoras de creche, em crianças de zero a sete anos de idade usando os testes de Snellen e de Sjögren.

Em relação à época da primeira consulta oftalmológica, 78,0% das educadoras de creche são de opinião que deve ser feita quando o distúrbio ocular aparecer. (Tabela 24)

Trata-se de conhecimento incorreto, pois toda criança ao nascer deve ter avaliação ocular feita pelo neonatologista e deve ser submetida a exame oftalmológico ao redor de quatro e sete anos de idade. Esse procedimento visa detectar ambliopia e erros de refração que poderão influir no desempenho escolar.

De outro lado o pediatra, na consulta de rotina de puericultura, deve fazer avaliação ocular, verificando o alinhamento e a simetria dos olhos, o reflexo do fundo dos olhos quando diretamente iluminados (retinoblastoma, catarata), acuidade visual mediante a aplicação de testes, a dificuldade visual, ocluindo alternadamente os olhos e observando o comportamento da criança. Diante de qualquer anormalidade a criança deverá ser encaminhada à consulta oftalmológica.^(5,86,89)

Outro recurso para detecção precoce de distúrbios visuais, é a aplicação de testes de triagem feita por equipe multiprofissional dos serviços públicos de saúde. Nas campanhas nacionais de imunização que ocorrem duas vezes ao ano, também poderiam ser realizados testes de triagem visual, por profissionais não médicos, sendo assim avaliadas crianças de zero a seis anos, as quais se destinam tais campanhas.⁽¹⁰⁶⁾

NOBRE⁽⁹²⁾ realizou “survey” durante a campanha “Olho no Olho”, no ano de 2000, sobre percepção e conduta de mães de portadores de deficiência visual, verificando que 62,5% dessas crianças teve seu problema identificado durante a campanha. Outro dado importante na mesma pesquisa revela que apesar da percepção do problema visual dos filhos, 66,7% das mães não procuraram atendimento especializado e os 33,3% que o fizeram demoraram em média 11,7 meses, após a identificação do agravo.

Quanto mais precoce a detecção do distúrbio visual de criança e seu encaminhamento à consulta especializada, maior a colaboração para a prevenção da cegueira, por isso devem ser envolvidos profissionais e técnicos das áreas da saúde e da educação, além de funcionários das creches e familiares. Ações educativas a respeito de distúrbios oculares e sua prevenção devem ser realizadas em todos os espaços onde usualmente se concentra a comunidade.

C. Práticas das educadoras de creche

As tabelas 25 e 26 apresentam as práticas das educadoras, na presença de secreção e ciscos nos olhos de criança da creche.

Tabela 25 – Práticas na presença de secreção nos olhos de criança na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

		Conduta		
Respondentes <i>f</i>	%	Lavar os olhos com água boricada	Lavar os olhos com soro fisiológico	Lavar os olhos com chá de camomila
322	38,9	•	•	
195	23,5	•		
157	19,0		•	
12	1,4	•		
10	1,2	•	•	•
* 696	84,0			

* Dentre os respondentes 104 (12,6%) declaram que não se deve fazer nada. Grupos de 9 a 1 forneceram outras associações (3,4%)

Tabela 26 – Práticas na presença de ciscos nos olhos de criança na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002. (respostas associadas)

		N =833			
Respondentes <i>f</i>	%	Assoprar	Conduta		
			Lavar os olhos com água de torneira	Lavar os olhos com água do filtro	Lavar os olhos com soro
114	13,7		•		
85	10,2			•	
63	7,5	•	•		
49	6,0			•	•
44	5,2				•
42	5,0	•			
39	4,7				•
36	4,3			•	•
31	3,8				•
*503	60,4				

* Dentre os respondentes 62 (7,4%) declaram não fazer nada por não ser de sua competência Grupos de 27 a 1 respondentes, forneceram outras associações (39,6%)

Com relação aos resultados mostrados na tabela 25, verifica-se que a maioria das respondentes (84,0%) na presença de secreção ocular de criança na creche declara fazer a limpeza dos olhos com água boricada ou soro fisiológico.

Na tabela 26, verifica-se que na presença de ciscos nos olhos de criança da creche, a prática mais apontada é a irrigação ocular seja com água corrente, água do filtro, água boricada ou soro fisiológico.

Os ciscos ou corpos estranhos podem localizar-se na conjuntiva, na córnea ou em estruturas oculares internas. Quando o corpo estranho está localizado na conjuntiva bulbar ou tarsal, o que se verifica com a eversão

palpebral, irrigação ocular pode resolver o problema ou remove-se com “cotonete” ou gaze. Na impossibilidade da remoção, encaminha-se ao oftalmologista; quando localizado na córnea ou em estruturas internas o encaminhamento ao oftalmologista é imediato.^(86,131)

Como já discutido (Tabela 22), o trauma ocular mais comum na opinião das educadoras, é causado por brincadeiras no tanque de areia, sugerindo que a irrigação ocular seja comumente praticado nesses casos.

Tabela 27 – Práticas e opinião referentes ao uso de tampão ocular por criança da creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Uso do tampão ocular	<i>f</i>	%	%*
Faz supervisão do uso		(N = 837)	
Sim	258	30,9	31,7
Não	554	66,2	68,3
Não lembra	25	2,9	—
Opinião sobre o uso		(N = 831)	
Deve usar na creche	577	69,5	88,4
Deve usar só em casa	58	6,9	8,9
Não deve usar	18	2,1	2,7
Não tem opinião	178	21,5	—

* Exclui "Não lembra" e "Não tem opinião"

Na tabela 27 são apresentados aspectos referentes ao uso de tampão ocular por criança de creche. Para melhor compreensão, reuniram-se aspectos de opinião e prática em relação ao assunto.

Os resultados indicam que a maioria das educadoras (68,3%) não cuida ou cuidou de crianças com necessidade de uso de oclutor ou tampão, embora 88,4% das respondentes ressaltem que o tampão quando indicado, deve ser colocado durante o tempo em que a criança está na creche.

O tratamento mais utilizado para ambliopia, consiste na oclusão do olho são, para estimular-se o olho afetado. A maioria das crianças, entretanto, reluta em usar o oclutor por vergonha, dificuldade para enxergar com o olho de menor visão; é necessário paciência pois o tratamento pode ser demorado até que a visão esteja desenvolvida e estabelecida. A adesão ao tratamento depende também da idade da criança no início do tratamento, da acuidade visual inicial com correção e principalmente da compreensão da família.^(5,116)

Considera-se que a adesão ao tratamento, é o principal fator determinante do prognóstico de cura da ambliopia.⁽¹¹⁶⁾

Esse tipo de tratamento, entretanto, pode trazer conseqüências negativas, angustiando a criança e seus familiares e se o uso do oclutor não for monitorado adequadamente, pode ocasionar ambliopia no olho melhor.⁽⁷³⁾ Conseqüentemente, quando indicado, deverá ser rigorosamente seguida a prescrição médica quanto ao número de horas diárias de oclusão, o olho a ser ocluído e o período de oclusão.

Como a criança usuária de creche permanece por período prolongado sob os cuidados das educadoras, se iniciar tratamento para ambliopia, provavelmente, o oclutor deverá ser usado na creche.

Tabela 28 – Tomada de providências para encaminhamento de criança da creche, com distúrbio ocular. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

N = 824		
Tomada de providências	<i>f</i>	%
Sim	299	36,2
Não	525	63,8

De acordo com os resultados da tabela 28, 63,8% das educadoras relatam não terem tomado providências para encaminhar à consulta especializada, criança que apresentasse algum distúrbio ocular.

Ao comparar-se os resultados das tabelas 24 e 28, presume-se que as educadoras não costumam identificar crianças que apresentem distúrbios oculares, uma vez que declaram que nesses casos a criança deve ser encaminhada.

Tal fato sugere falta de preparo das educadoras para identificação do problema, ou falta de segurança, ou desconhecimento a respeito de procedimentos e local para encaminhar a criança. Verifica-se assim, ausência

de orientações precisas e sistematizadas sob a forma de programa de saúde ocular.

4.3.2 - Estudo Analítico

A - Tipo de creche

Introduziu-se o tipo de creche como variável independente, a fim de verificar a existência de possíveis diferenças em relação à variável recebimento de orientação/ treinamento sobre distúrbios oculares de crianças.

Tabela 29 – Recebimento de orientação/treinamento sobre distúrbios oculares de crianças segundo o tipo de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Orientação/Treinamento	Tipo de creche					
	Direta		Indireta		Conveniada	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Direta	58	13,1	—	—	30	8,2
Conveniada	385	86,9	13	100,0	335	91.8
Total	443	100,0	13	100,0	365	100,0

X² calc. = 6,55* X² crit. = 5,99

Na tabela 29 observa-se diferença significativa em relação ao recebimento de orientação/treinamento e o tipo de creche, ou seja, a maioria das educadoras que declara ter recebido orientação/treinamento trabalha na rede direta da Secretaria Municipal de Educação.

B - Recebimento de orientação/treinamento em saúde ocular

As tabelas 30 e 31 apresentam os resultados da relação entre o recebimento de orientação/treinamento em saúde ocular e algumas variáveis selecionadas.

Tabela 30 – Grau de importância atribuído ao recebimento de orientação/treinamento sobre distúrbios oculares segundo esse recebimento. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Grau de importância	Recebimento de orientação/treinamento			
	Sim		Não	
	f	%	f	%
Muita importância	84	96,6	664	92,0
Importância média	3	3,4	29	4,0
Pouca importância	—	—	1	0,1
Nenhuma importância	—	—	1	0,1
Não tem opinião	—	—	27	3,7
Total	87	100,0	722	100,0

Tabela 31 – Auto-avaliação do preparo para identificar distúrbios oculares de crianças usuárias de creche, segundo recebimento de orientação/treinamento. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Auto-avaliação do preparo	Recebimento de orientação/treinamento					
	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bem preparada	14	15,9	32	4,4	46	5,6
Mais ou menos preparada	58	15,9	309	42,0	367	44,6
Mal preparada	10	11,4	194	26,4	204	24,8
Sem nenhum preparo	4	4,5	189	25,7	193	26,5
Total	88	100,0	735	100,0	823	100,0

$X^2 \text{ calc} = 51,31^*$ $X^2 \text{ crit} = 7,82$

O simples exame das proporções indica que o fato de ter recebido orientação/treinamento, aparentemente, não está relacionado ao grau de importância a ele atribuído, ou seja, quase a totalidade das educadoras refere dar muita importância ao treinamento sobre distúrbios oculares. (Tabela 30)

Essa orientação/treinamento influi significativamente na auto-avaliação do preparo das educadoras para identificação de distúrbios oculares, como mostram os resultados da tabela 31. As educadoras que se julgam melhor preparadas referem tê-lo recebido.

C - Auto-avaliação do preparo para identificação de crianças com dificuldades visuais

As tabelas 32 a 35, referem-se à relação entre a auto-avaliação do preparo em saúde ocular e algumas variáveis selecionadas. Para a elaboração das tabelas 32, 33 e 34, foram excluídas as respostas “Não tenho opinião”.

Tabela 32 – Grau de importância atribuída ao orientação/treinamento sobre distúrbios oculares de crianças segundo a auto-avaliação do preparo para identifica-los. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Grau de importância	Auto-avaliação								VEM*
	Bem preparada		Mais ou menos preparada		Mal preparada		Sem nenhum preparo		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
(3) Muita importância	46	97,9	356	96,0	189	94,5	166	96,0	2,9 (98)
(2) Importância média	—	—	15	4,0	10	5,0	7	4,0	2,9 (98)
(1) Pouca importância	—	—	—	—	1	0,5	—	—	1,0 (33)
(0) Nenhuma importância	1	2,1	—	—	—	—	—	—	0,0 (0)
Total	47	100,0	371	100,0	200	100,0	173	100,0	

(*) Valor Escalar Médio calculado a partir dos valores atribuídos às categorias, colocados entre parenteses. Limite das escalas: 0 e 3, 0 e 100

Tabela 33 – Opinião sobre a incumbência da aplicação de teste de acuidade visual nas crianças usuárias de creche, segundo a auto-avaliação do preparo para identificar crianças com distúrbios oculares. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Auto-avaliação do preparo	Incumbência da aplicação de teste					
	Sim, cabe à creche		Não, cabe ao Serviço de Saúde		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bem preparada	15	32,7	31	67,3	46	100,0
Mais ou menos preparada	102	28,8	252	71,2	354	100,0
Mal preparada	45	23,6	146	76,4	191	100,0
Sem nenhum preparo	48	28,0	124	72,0	172	100,0
X² calc = 2.41 X² crit = 7.82						

Tabela 34 – Opinião sobre a época da primeira consulta oftalmológica, segundo a auto-avaliação do preparo para identificar crianças usuárias de creche com distúrbios oculares. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Auto-avaliação do preparo	Opinião							
	Quando o problema de vista aparecer		Quando for para a pré-escola		Quando ingressar na 1ª série do ensino fundamental		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bem preparada	39	86,7	5	11,1	1	2,2	45	100,0
Mais ou menos preparada	286	77,3	80	21,7	4	1,0	370	100,0
Mal preparada	145	73,2	51	25,8	2	1,0	198	100,0
Sem nenhum preparo	152	82,6	31	16,8	1	0,6	184	100,0

$X^2 \text{ calc} = 8,43$ $X^2 \text{ crit} = 12,59$

Tabela 35 – Providência para encaminhamento ao oftalmologista, segundo a auto-avaliação do preparo para identificar distúrbios oculares de crianças usuárias de creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Auto-avaliação do preparo	Providência para o encaminhamento					
	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bem preparada	25	54,3	21	45,7	46	100,0
Mais ou menos preparada	141	37,8	232	62,2	373	100,0
Mal preparada	64	31,5	139	68,5	203	100,0
Sem nenhum preparo	64	33,5	127	66,5	191	100,0

X^2 calc = 9,50 X^2 crit = 7,82

O grau de importância atribuído à orientação/treinamento sobre saúde ocular, aparentemente, não está relacionado à auto-avaliação do preparo para identificar crianças com distúrbios oculares. Em outras palavras, parece generalizado o reconhecimento da importância de receber a referida orientação ou treinamento, a despeito de se considerar ou não preparada no assunto. (Tabela 32)

Vários estudos têm ressaltado, a necessidade de capacitação e reciclagens periódicas para as educadoras pois a qualidade da prática educativa e do cuidado cotidiano prestado às crianças na creche, tem grande impacto sobre sua saúde. ^(12,50,76,84,96)

A incumbência da aplicação do teste de acuidade visual na creche é rejeitada pelas educadoras, independentemente do fato de se julgarem preparadas ou não. (Tabela 33)

Considerando-se a região onde foi realizada a pesquisa, devido ao baixo nível socioeconômico, à falta de informação da população, à carência de recursos assistenciais básicos e especializados, à dificuldade pela própria geografia, de acesso a esses recursos, na maioria das vezes as crianças só terão sua dificuldade visual detectada, quando ingressarem na primeira série do ensino fundamental.

Nas pré-escolas e escolas de ensino fundamental do sistema público de ensino municipal, há implantação de programa de saúde ocular que determina que seja feita na instituição de ensino a aplicação do teste de acuidade visual (TAV), por meio da tabela de optotipos de Snellen. A identificação de criança com suspeita de dificuldade visual, implica no encaminhamento à consulta especializada. Considera-se, aos seis anos de idade, visão abaixo do normal, acuidade visual igual ou inferior a 0,8 em ambos os olhos, com ou sem sintomas ou sinais e diferença de visão entre os olhos, de duas linhas ou mais, em relação à escala de Snellen.⁽⁵⁾ Devido à carência do recurso para referência, existe demora para a consulta médica.

Nas escolas de ensino fundamental do sistema estadual de ensino público, não existe programa de saúde ocular implantado, ficando as crianças na dependência de realização de campanhas comunitárias para a prevenção da cegueira. Entretanto, ALVES e col.⁽⁷⁾ identificaram alguns problemas que provavelmente dificultaram o atendimento de escolares em campanha

comunitária de prevenção da cegueira, realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Falta de recurso para transporte, perda do dia de trabalho, falta de orientação sobre a campanha, foram algumas das dificuldades referidas pelos familiares das crianças. Assim, levando-se em consideração todas as dificuldades mencionadas, considera-se importante a aplicação do teste de acuidade visual em todos os locais onde agrupem-se crianças, sendo a creche um desses espaços.

Na tabela 34, verifica-se que a maioria das respondentes é de opinião que a primeira consulta oftalmológica deve ser feita assim que percebido o distúrbio ocular, não havendo diferença significativa entre as respostas, segundo a auto-avaliação do preparo em saúde ocular.

Quanto à providência para encaminhamento de criança com suspeita de dificuldade visual ao oftalmologista, é significativamente maior a proporção de educadoras que se julgam preparadas, que declaram ter tomado essa providência. (Tabela 35)

D – Necessidade do uso do tampão ocular na creche

A tabela 36 mostra se o fato de ter feito supervisão do uso de tampão ocular em criança da creche, influi na opinião sobre a necessidade do uso desse tampão. Foram excluídas as respostas “Não lembra”, quanto à supervisão do uso.

Tabela 36 – Supervisão do uso de tampão ocular de criança usuária de creche, segundo a opinião sobre a necessidade do uso na creche. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Necessidade do uso	Supervisão do uso					
	Sim		Não		Total	
	f	%	f	%	f	%
Deve usar na creche	218	38,7	346	61,3	564	100,0
Deve usar só em casa	13	23,6	42	76,4	55	100,0
Não deve usar	2	11,8	15	88,2	17	100,0
Não tem opinião	23	13,5	147	86,5	170	100,0

$X^2 \text{ calc} = 43,24^*$ $X^2 \text{ crit} = 7,82$

Verifica-se que as educadoras que declaram fazer ou já terem feito supervisão de uso de tampão ocular na creche, concordam que essa prática seja realizada na instituição, em proporção significativamente maior que as educadoras que declaram não fazer essa supervisão.

E - Ter / não ter filhos

A tabela 37 mostra se o fato de ter ou não filhos, influi na opinião sobre a incumbência da aplicação do teste de acuidade visual por educadoras nas creches.

Tabela 37 – Opinião sobre a atribuição da aplicação do teste de acuidade visual em criança usuária de creche segundo o fato de ter ou não ter filhos. Educadoras de creche da região sul do município de São Paulo, 2002.

Atribuição da aplicação do teste de acuidade visual	Tem / não tem filhos			
	Sim		Não	
	f	%	f	%
Cabe à creche	132	22,5	71	33,3
Cabe ao Serviço de Saude	416	71,0	131	61,5
Não tem opinião	38	6,5	11	5,2
Total	586	100,0	213	100,0

$X^2 \text{ calc} = 9,68^*$ $X^2 \text{ crit} = 5,99$

Verifica-se que as educadoras que declaram ter filhos, referem em proporção significativamente maior, que a atribuição da aplicação do teste de acuidade visual, não cabe à creche.

Esses resultados levam a duas suposições: as educadoras admitem a própria incapacidade em relação ao desempenho de ações básicas de saúde ocular, por isso mesmo tendo filhos e muitos ainda em idade de freqüentar creches, gostariam e ficariam mais confiantes, se essa função fosse atribuída aos serviços de saúde, assim seus filhos teriam uma atenção de melhor qualidade, ou as educadoras atribuem a responsabilidade de promoção de saúde aos profissionais dos serviços de saúde e, os cuidados com a saúde são compreendidos muitas vezes, como ações para controle de doenças e condutas médicas mediante febre, diarreia, ou qualquer outro agravo que possa surgir.

O cuidado em si, dado à criança, não é associado à promoção da saúde e da qualidade de vida, dentro da creche, mas ao cuidado com o corpo e sua relação com a higiene e com a saúde.⁽⁸⁴⁾

A melhoria da qualidade do serviço prestado pelas creches é uma grande tarefa e deve iniciar-se com investimentos na formação e capacitação dos recursos humanos, destacados para o trabalho com crianças, que muitas vezes, passam a maior parte de seus dias sob seus cuidados.

A formação de educadoras deve prepará-las para o desenvolvimento de projeto pedagógico, necessário na creche, incluindo também conhecimentos sobre promoção de saúde, prevenção de agravos e proteção da saúde de crianças.

Dessa forma o conhecimento das ações básicas de saúde ocular e o fornecimento de materiais educativos sobre o tema, devem obrigatoriamente fazer parte dessa formação.

Há necessidade de informar às educadoras como perceber uma criança com dificuldade visual, principalmente na faixa etária de zero a três anos.

É premente também sensibilizá-las quanto à aplicação de testes para medir a acuidade visual, pois apesar de leigas, podem e devem ser capacitadas para tal.

As dificuldades para promoção de saúde, prevenção e assistência de agravos na região do presente estudo são muitas, dada sua extensão e características. Se cada instituição, principalmente as públicas, colaborar cumprindo o seu papel na melhoria da qualidade de vida da população,

conseguir-se-á fazer das subprefeituras Capela do Socorro e Parelheiros, um **“Território Mais Saudável”**.

5. PRINCIPAIS RESULTADOS

5. PRINCIPAIS RESULTADOS

5.1 - Estudo descritivo:

- a maioria das educadoras têm entre 21 e 40 anos de idade (média 36,3 anos), com média de 8,1 anos de tempo de trabalho nas creches,
- 53,0% têm filhos com idade igual ou superior a 11 anos,
- 59,6% têm o ensino médio completo, incluindo o magistério,
- 58,4% referem estar satisfeitas com o trabalho realizado na creche,
- 88,0% declaram não ter recebido qualquer orientação em saúde ocular,
- das que receberam orientação/treinamento (12,0%) a maioria (72,7%) refere tê-la recebido há mais de cinco anos. Quanto à duração desses treinamentos, 60,0% referem não lembrar,
- o teste de acuidade visual foi o mais citado (11,5%) foi o conteúdo da orientação/treinamento mais apontado,
- 73,6% das educadoras, declaram não ter acesso a material educativo sobre saúde ocular,
- a quase totalidade (95,8%) considera muito importante para o desenvolvimento de seu trabalho na creche o recebimento de orientação/treinamento sobre saúde ocular,
- 48,6% consideram-se mal preparadas para identificação de distúrbios oculares de crianças na creche,

- quanto ao auto-cuidado com o sistema visual, 79,0% declaram procurar consulta oftalmológica quando têm algum problema de visão e 18,3% consultam o oftalmologista anualmente,
- verificou-se a presença de algumas crenças populares incorretas no campo da saúde ocular entre as educadoras tais como: evitar ler no escuro, em veículos em movimento, assistindo televisão e assistir televisão de longe, para evitar danos ao sistema visual,
- 75,4% referem ter necessidade de usar óculos, sendo que 66,6% relatam uso constante.

5.1.1 - Variáveis Dependentes

A - Quanto ao conhecimento

- I. É de consenso quase geral (99,9%) o reconhecimento da importância do tratamento precoce do estrabismo.
- II. As educadoras referem como causas de quedas de criança na creche, problemas visuais e ortopédicos (59,8%).
- III. As conjuntivites e alergias são consideradas como as principais causas de “olho vermelho” de criança na creche (86,3% e 73,0% respectivamente).
- IV. A ambliopia, o tracoma, a hipermetropia, o astigmatismo e o glaucoma são os distúrbios oculares menos conhecidos pela população do estudo. As conjuntivites (VEM 2,5), os terçóis (VEM 2,3) e a miopia (VEM 2,1), os mais conhecidos. A ambliopia é praticamente desconhecida (VEM 0,5).

B - Quanto às opiniões

I. As brincadeiras no tanque de areia, são referidas como atividades que mais comumente propiciam acidentes com trauma ocular, porém não consideram tão perigoso o uso de facas e garfos (7,5%).

II. O teste de acuidade visual, de acordo com a opinião das respondentes, deve ser aplicado por funcionários dos serviços de saúde (72,8%).

III. A primeira consulta oftalmológica, segundo a população do estudo, deve ser realizado quando aparecer algum distúrbio ocular (78,0%)

C - Quanto às práticas

I. A lavagem ocular com água boricada ou soro fisiológico é a prática apontada pelas educadoras, quando a criança apresenta secreção ocular na creche (84,0%).

II. A irrigação ocular quer seja feita com água, água boricada ou soro fisiológico é a prática referida na presença de ciscos nos de criança na creche.

III. Das educadoras, 68,3% não cuidam ou cuidaram de criança com necessidade de usar tampão ocular, porém 88,4% concordam com esta prática durante o tempo que a criança permanecer na creche.

IV. A tomada de qualquer providência no sentido de encaminhar criança com suspeita de distúrbio ocular, à consulta especializada, não é uma prática referida pelas educadoras (63,8%)

5.2 - Estudo analítico

Observaram-se diferenças significantes entre:

I. A auto-avaliação do preparo para identificar criança com distúrbio ocular e o recebimento de orientação/treinamento sobre o tema.

II. A opinião sobre a necessidade do uso de tampão ocular na creche e o fato de fazer ou ter feito supervisão de criança com este tampão.

III. O fato de ter filhos e a atribuição da aplicação do teste de acuidade visual em crianças de creche.

Observaram-se diferenças não significantes entre:

I. A opinião sobre a época da primeira consulta oftalmológica e o recebimento de orientação/treinamento sobre saúde ocular.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- A maioria das educadoras não recebeu qualquer orientação ou treinamento sobre saúde ocular. Das que receberam, a maior parte trabalhava nas creches da rede direta.

- As educadoras, praticamente não tiveram acesso a material educativo sobre saúde ocular.

- As educadoras consideraram-se mal preparadas para identificar crianças com distúrbio ocular e declararam ser de opinião que receber orientação/treinamento sobre saúde ocular é muito importante para o desenvolvimento do trabalho na creche.

- Declararam desconhecer os agravos mais freqüentes do sistema visual, em especial a ambliopia.

- Identificaram-se crenças populares errôneas sobre a maneira de preservar a saúde do sistema visual, tais como: evitar ler no escuro, em veículos em movimento, ler comendo, ler assistindo televisão ou assistir televisão de perto.

- Brincar no tanque de areia foi considerada atividade que pode causar acidente com trauma ocular porém, não consideraram de risco o uso de facas e garfos pelas crianças na creche.

- Foi quase consensual o reconhecimento da importância do tratamento precoce de estrabismo.

- O teste de acuidade visual, segundo as educadoras, deve ser realizado por funcionários dos serviços de saúde independentemente do fato de se considerarem preparadas ou não para ações em saúde ocular.

- A maioria das educadoras declarou não cuidar ou ter cuidado de criança que tivesse necessidade de usar tampão ocular, porém concordaram com a necessidade desse uso na creche.
- A tomada de providência para encaminhar criança com suspeita de distúrbio ocular, não foi prática referida pela maioria das educadoras.
- As educadoras que se julgaram preparadas para identificação de criança com distúrbios oculares, declararam ter tomado alguma providência para encaminhamento de criança à consulta especializada.

7. SUGESTÕES

7. SUGESTÕES

Tendo em vista os resultados apresentados e as conclusões do presente estudo e, considerando-se a capacitação das educadoras de creche para identificação de criança que apresente distúrbio ocular, importante para o seu perfeito desenvolvimento, oferecem-se algumas sugestões.

1. Capacitação das educadoras de creche para realizar algumas ações básicas de saúde ocular, visando seu aprimoramento e destacando seu papel fundamental na orientação e informação às famílias de crianças usuárias de creche, sensibilizando-as para assumirem a aplicação do teste de acuidade visual.

2. Elaboração de materiais educativos sobre saúde ocular, de simples compreensão e facilitar o acesso a esses materiais, distribuindo-os de forma rotineira às creches. Esses materiais poderão ser elaborados pelas secretarias municipais de Saúde e Educação, ou em parceria com entidades ou instituições que se preocupam com a prevenção da cegueira.

3. Reciclagem periódica das educadoras, oferecendo-lhes supervisão para melhor desempenho de suas atividades e material educativo necessário.

4. Implantação de programa de saúde ocular nas creches, tendo como meta o atendimento global aos distúrbios oculares (primário, secundário e terciário).

5. Sensibilização dos médicos pediatras e generalistas do sistema público de saúde, para realizarem testes de acuidade visual durante consultas de

rotina. É desejável que esta prática seja ampliada para pediatras do setor de saúde privado e conveniado.

6. Aproveitar visitas periódicas de crianças aos serviços públicos, para receberem doses de vacinas, bem como aproveitar Campanhas Nacionais de Imunização, para aplicação de testes de triagem visual.

7. Realização de pesquisas sobre conhecimentos e práticas em saúde ocular de médicos pediatras, generalistas e equipe interdisciplinar dos serviços de saúde pública, para melhor planejamento de Programa de Saúde Ocular.

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

1. Abramson JH. **Survey Methods in Community Medicine**. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 1979.
2. Academia Americana de Oftalmologia. Lesões oculares por abusos em crianças **Focal Points – módulos clínicos para oftalmologistas**. 1999; 3(1) 3-14.
3. Aggleton P, O' Reilly K, Slutkin G, Davies P. Risking everything? Risk behaviour, behaviour change and AIDS. **Science** 1994; 265:341-5.
4. Almeida Prado S R L. **Estudo de morbidade e sua relação com estado nutricional de crianças até dois anos de idade matriculadas em creche do Município de São Paulo**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado – Universidade de Santo Amaro]
5. Alves M R & Kara-José N. **O olho e a visão: o que fazer pela saúde ocular de nossas crianças**. São Paulo: Vozes; 1996.
6. Alves M R & Kara-José N. O trauma ocular como causa de cegueira. **Rev Med São Paulo** 1997; 76 (6): 318-323.
7. Alves MR, Temporini ER, Kara-José N. Atendimento oftalmológico de escolares do sistema público de ensino no Município de São Paulo - aspectos médico-sociais. **Arq Bras Oftalmol** 2000; 63(5): 359-63.
8. Armond J E. **Saúde Ocular: Conhecimentos, crenças e opiniões de professores de primeira série do primeiro grau, do Sistema Público de Ensino da Região Sul do Município de São Paulo**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
9. Armond JE, Temporini ER. Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público de ensino do Município de São Paulo, SP - Brasil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(1) 9-14.
10. Armond JE, Temporini ER, Alves MR. Promoção da saúde ocular na escola: percepções de professores sobre erros de refração. **Arq Bras Oftalmol** 2001; 64: 395-400.
11. Barbosa NLM, Kara-José N. Desenvolvimento da visão – crescimento do globo ocular. **Rev Clin Pediatr** 1980; 51: 7-10.
12. Bassof BZ, Willis WO. Requiring formal trianing in preventive health practices for child day care providers. **Pub Health Rep** 1991; 106(5): 523-29.

13. Bechara S J & Kara-José N. Detecção e tratamento de pacientes amblíopes na cidade de São Paulo, SP (Brasil). **Rev Saúde Pública** 1987; 21: 326-30.
14. Becker MH, Drachman H, Kirscht J. Motivations as predictors of health behavior. **Public Health Rep** 1972; 87(9): 852-62.
15. Beer SMC. **Saúde ocular de crianças entre zero e seis anos de idade, residentes na cidade de São Caetano do Sul, Brasil**. São Paulo; 2000 [Tese de Doutorado - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo].
16. Bicas H. Ambliopia: vícios de refração como causas de deficiência visual. **Arq Bras Oftalmol** 1992; 55:206-8.
17. Bowlby J. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. São Paulo: Martins Fontes; 1981.
18. Bowman RJC, Willianson TH, Andrews RGL, Aitchison TC, Dutton GN. An inner city preschool visual screening programme: long term visual results. **Br J Ophthalmol** 1998; 82: 543-8.
19. Brasil **Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
20. Brasil **Consolidação das leis do trabalho**. Organizado por Juarez Oliveira. São Paulo: Saraiva; 1993.
21. Brasil **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. São Paulo: Sindicato dos Profissionais do Ensino Municipal; 2000.
22. Briceño-Léon R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participacion comunitaria. **Cad Saúde Pública** 1988; 12: 7-30.
23. Buchanan NR. Refletions on the relationship between theory and practice. **Health Educ Res** 1994; 9:273-83.
24. Burgueño M C, Colunga C M, González F E, Cuenfuegas G S, Diéz-Lage A S, Dias M S. Traumatismos oculares em edad pediátrica. **An Esp Pediatr** 1998; 48: 625-630.
25. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva** 2000; 5(1): 163-177.
26. Campos E C. Update on strabismus and amblyopia. **Acta Ophthalmol Scand** 1995; 214: 17-25.

27. Candeias N M F & Marcondes R S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atividades e práticas na área de saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1979; 13: 63-8.
28. Candeias NMF. **Promoção da saúde: uma área de concentração para estudos de pós-graduação**. São Paulo, 1999. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (mimeo)
29. Castro R S. **Triagem visual e assistência oftalmológica em pré-escolares da cidade de Limeira** 1995. Campinas; 1997. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].
30. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Olho no Olho. Campanha Nacional de Reabilitação Visual. **Manual de Orientação ao Professor**; 2000.
31. Costa MN, Kara-José N, Rueda G, Pereira V L, Favero M. Estudo da incidência de ambliopia, estrabismo e anisometropia em pré-escolares. **Arq Bras Oftalmol** 1979; 42: 249-53.
32. Cruciani F, Mastromarino A, Latini M, Paganelli G, Rocca M, Fiori F, Melino G. A proposito degli interventi sanitari oftalmologice di prevenzione nella scuola dell' obbligo. **Clin Ter** 1993; 142: 411-420.
33. Cury MCFS. **Evolução Nutricional e Morbidade em lactentes atendidos por creche diferenciada**. São Paulo; 1999 [Tese de Doutorado - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo].
34. D' Amaral RKK. **Fatores de risco associados ao tracoma em área hipoendêmica. Região Santo Amaro - Parelheiros. Município de São Paulo** 1999. São Paulo; 2001 [Dissertação de Mestrado Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
35. Dandona R, Dandona L. Refractive error blindness. **Bull World Health Organ.** 2001; 79(3): 237-43.
36. Davidson DW. The future of vision screening. **J Amer Optom Ass** 1977; 48: 469 – 76.
37. Davis HW, Carrasco M. Abuso e negligências infantis. In: Zitelli BJ, Davis HW editores. **Diagnóstico Clínico em Pediatria**. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1992. p 6.1-6.30.
38. Diniz CM, Tzelikis PFM, Alvin HS, Gonçalves RM, Rodrigues Jr A, Trindade FC. Trauma ocular em crianças abaixo de 15 anos: prevenção baseada em estatísticas. **Rev Bras Oftalmol** 2003; 62(2): 96-101.

39. Dunn SP, Rogers RW. Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. **Health Educ Rev** 1986;1: 153-61.
40. Ehrliche MI, Reinecke RD, Simons K. Preschool vision screening for amblyopia and strabismus. **Surv Ophthalmol**. 1983; 28(3): 145-162.
41. Esteves J F, Domingus C G, Borges L P K, Skolaude P B V, Bortomiol L, Bisol T, Souza C A, Marisco J, Fior O. Prevalência e causas de cegueira em bairro de Porto Alegre. **Arq Bras Oftalmol** 1989; 59: 244-7.
42. Falseti A J W. O Movimento de luta por creches. In **Encontro sobre creches** 1986 outubro, São Paulo, Brasil. São Paulo: Centro do Desenvolvimento do Ser Humano, Faculdade de Saúde Pública da USP; 1986. 243 p
43. Fernandez M S M, Aladio A, Junceda J M. Detección de transtornos de agudeza visual y ambliopia em preescolares. **Atención Primaria** 1995; 16 (4):192-6.
44. Focesi E. Educação em saúde na escola: o papel do professor. **Rev Bras Saúde Esc** 1990; 1(2):4-11.
45. Focesi E. Uma nova visão de saúde escolar e educação em saúde na escola. **Rev Bras Saúde Esc** 1992; 2(1):19-21.
46. Foster A, Gilbert C. Epidemiology of childhood blindness. **Eye** 1992; 6: 173-176.
47. Foster A, Gilbert C, Rahi J. Epidemiology of cataract in childhood: A global perspective. **J Cataract Refract Surg** 1997; 23: 601-4.
48. Friedman Z, Newmann E, Hyams SW, Peleg B. Ophthalmic screening of 38000 children, age 1 to 2½ years in child welfare clinics. **J Pediatr Ophthalmol Strabismus** 1978; 17:260-7.
49. Fulton A. Screening Preschool Children to detect visual and ocular disorders [editorial]. **Arch Ophthalmol** 1992; 110:1553-4.
50. Geis RM. **Criar ou educar crianças?: estudo das representações de mães e de educadoras sobre o papel da creche**. São Paulo; 1994[Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
51. Gilbert C, Foster A, Negrel A-D, Thylefors B. Childhood blindness: a new form for recording causes of visual loss in children. **Bull World Health Organ** 1993; 71(5): 485-89.
52. Green L W & Kreuter M. **Health promotion planning: an educational and environmental approach**. Mountain View: Mayfield; 1991.

53. Haddad L. A relação creche-família: relato de experiência. **Cad Pesq** 1987; 60:70-8.
54. Haddad L. **A creche em busca de identidade** 1ª ed. São Paulo: Loyola; 1991.
55. Hatch SW. **Ophthalmic Research and Epidemiology. Evaluation and application.** London: Butterworth – Heine Mann; 1998: p 212-28.
56. Ingram R M. The problem of screening children for visual defects. **Br J Ophthalmol** 1977; 61: 4-7.
57. Jarvis SN, Tamhne RC, Thompson L, Francis PM, Anderson J, Colver AF. Preschool vision screening. **Arch Des Child** 1990; 65:288-94.
58. Javitt JC. Preventing Blindness in Americans: the need for eye health education. **Surv Ophthalmol** 1995; 40(1) 42-4.
59. Juarez-Muñoz I E, Rodriguez-Godoy M E, Guadarrama-Sotelo M E, Guerrero-Anaya M, Mejia-Arangure J M, Sciandra R M. Frecuencia de transtornos oftalmológicos comunes em población preescolar de una delegación dela Ciudad de Mexico. **Salud Publica de Mex** 1996; 38: 212-6.
60. Kara-José N. O papel do pediatra na oftalmologia preventiva. **Rev Clin Pediatr** 1980; 5 (2): 4-6.
61. Kara-José N & Barbosa N L M. Medida da acuidade visual na criança. Vícios de refração - estrabismo. **Rev Clin Pediatr** 1980; 14: 11-14.
62. Kara-José N, Alves M R. Problemas oftalmológicos mais freqüentes em escolares. In Conceição J A N, coordenador. **Saúde Escolar: A criança, a Vida e a Escola.** São Paulo: Sarvier; 1994. p 195-203.
63. Kara-José N, Oliveira RC. **Olhos: mitos e verdades.** São Paulo: Contexto; 1997.
64. Kara-José N, Alves M R, Bonanomi M T B C. Ferimento perfurante ocular na infância. **Rev Bras Oftalmol** 1981; 40: 50-66.
65. Kara-José N, Alves MR, Oliveira PR. Como educar a população para a prevenção do trauma ocular. **Arq Bras Oftalmol** 1992; 55:160-2.
66. Kara-José N, Holzchuh N, Temporini E R. Vícios de refração em escolares da cidade de São Paulo - Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam** 1984; 96: 326-31.

67. Kara-José N, Almeida G V, Arieta C E L, Araújo J S, Bechara S J, Oliveira P R. Causas de deficiência visual em crianças. **Bol Oficina Sanit Panam** 1984; 97: 405-13.
68. Kara-José N, Carvalho K M M, Caldato R, Pereira V L, Oliveira A M N D, Fonseca Neto C. Atendimento de amblíopes e prevalência na população pré-escolar, Campinas, São Paulo, Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam** 1984; 96: 31-7.
69. Kara-José N, Sabba H C, Cartocci A A, Braga A C A, Shimoda G A, Guidi H C, Meirelles J O, Gabiatti J R E, Alonso P C, Menon R H, Temporini E R. Conhecimentos e práticas em saúde ocular de 1000 pessoas da cidade de Campinas (SP). **Arq Bras Oftalmol** 1985; 48: 160-4
70. Kellner BK, Hane M, Pfan B, Singer A, Ruprecht K W. Screening for amblyopia, strabismus and refractive anomalies in 1030 kindergartens children: results and suggestions concerning the practicability of screening. **Klin Monatsbl Augenheilkd** 1998; 213:166-73.
71. Kobel JL, Harada J, Conceição JAN, Mascaretti LAS, Agenor RMP, Miranda VL. Diretrizes básicas em saúde escolar. **Rev Paul Pediatr** 1997; 15(3):9-13.
72. Köhler L. & Stigmar G. Visual disorders en 7-year old children with and without previous vision screening. **Acta Pediatr Scand** 1978; 67: 373-7.
73. Kvarnström G, Jakobsson P, Lennerstrand G. Screening for visual and ocular disorders in children, evaluation of the system in Sweden. **Acta Pediatr** 1998; 87:1173-9.
74. Kvarnström G, Jakobsson P, Lennerstrand G. Visual screening of Swedish children: an ophthalmological evaluation. **Acta Ophthalmol Scand** 2001; 79:240-44.
75. Lauretti Filho A & Romão E. Estudo da acuidade visual e dos vícios de refração em crianças com baixo rendimento escolar. **Rev Bras Oftalmol** 1982; 41 (5): 31-6.
76. Leite Moraes M C. Aspectos de saúde na rotina da creche e o papel de cuidador da criança: Relato de experiência. **Rev Bras Cres Desenv Hum** 1997; 7 (1): 87-92.
77. Lennerstrand G, Jacobsson P, Kvarnström G. Screening for ocular dysfunctions in children: approaching as common program. **Acta Ophthalmol Scand** 1995; 214: 26-38.

78. Leser W, Barbosa V, Baruzzi RG, Ribeiro MBD, Franco LJ. **Elementos de Epidemiologia Geral**, Rio de Janeiro: Atheneu; 1988. p 1-12.
79. Leske MC & Hawkins B. Screening: relationship to diagnosis and therapy. In Duane TO, Jaeger EA, editors. **Clinical Ophthalmology**. Philadelphia: Harper & Row; 1994. vol 5.
80. Levin AV. Ocular manifestations of child abuse. **Ophthalmol Clin North Am**. 1990; 3:249-264.
81. Li C, Fielding R, Hedley A J. Survey of knowledge, perceptions and behaviour related to smoking in young Asian women airline cabin crew. **Health Educ J** 1976; 55: 92-100.
82. Lisboa AMJ. Formação de recursos humanos para o atendimento à saúde da criança de 0 a 6 anos. **Rev Bras Des Hum** 1993; III(1):129-133
83. Manso P G, Ribeiro D M, Belfort Jr R, Chinen N H, Niero A L P, Ribeiro C R. Avaliação de conhecimentos oftalmológicos entre pediatras. **Arq Bras Oftalmol** 1988; 51: 74-77.
84. Maranhão DG. **O cuidado com o elo entre saúde e a educação: estudo de caso no berçário de uma creche**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo].
85. Minassian D C. Epidemiological methods in prevention of blindness. **Eye** 1988; 2: 3-12.
86. Ministério da Saúde Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico Degenerativas. **Informações básicas para a promoção da saúde ocular**. Brasília; 1994.
87. Moreira J B C. Censo pré-escolar e prevenção da cegueira. **Arq Bras Oftalmol** 1980; 43: 53-55.
88. Neighbor Jr WE. Appropriate screening tests in infants, children and adolescents. **Prim Care** 1994; 21: 717-31.
89. Neustein I. Os Problemas Oftalmológicos. In: Murahovschi J, coordenador. **Pediatria: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier; 1994. p 217-28.
90. Newman D K, Hitchcock H Mc, Keast-Butler A T M. Preschool vision screening; outcome of children referred to the hospital eye service. **Br J Ophthalmol** 1996; 80: 1077-82.

91. Newman D, Mirand ME. Preschool vision screening: negative predictive value for amblyopia. **Br J Ophthalmol** 1999; 83: 676-9.
92. Nobre MSRS. **Identificação de crianças portadoras de deficiência visual: percepção e conduta de mães**. Campinas; 2001. [Tese de Doutorado Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
93. Oliveira P R. Causas de cegueira na infância. **Arq Bras Oftalmol** 1992; 55: 172-3.
94. Oliveira ZMR, Ferreira MCR. Propostas para o atendimento em creches no Município de São Paulo. **Cad Pesq; São Paulo** 1986; 56:39-65.
95. Oliver M, Nawratzki I. Screening of pré-school children for ocular anomalies. **Br J Ophthalmol**. 1971; 55:467-71.
96. Osorio LA. O problema da ambliopia estrábica nos pré-escolares, em crianças menores de 5 anos. **Rev Bras Oftalmol** 1988; 57(2); 47-8.
97. Pedutti-Cunha L A. **Acuidade visual e visão estereoscópica em crianças: seu papel na indicação de exame oftalmológico**. São Paulo; 1988. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP].
98. Pelicioni MCF. Pesquisa qualitativa com creches conveniadas do Bairro da Bela Vista, São Paulo. **Rev bras Saúde esc**. 1992; 2(3/4): 186-191.
99. Pelicioni MCF. **Qualidade de vida das mulheres trabalhadoras das creches conveniadas do bairro de Bela Vista do Município de São Paulo**; 1995. [Tese de Doutorado Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
100. Pelicioni M C F, Candeias N M F A. A creche e as mulheres trabalhadoras no Brasil. **Rev Bras Cres Desenv Hum** 1997; 7 (1): 79-86.
101. Pelicioni MCF **Educação em saúde e educação ambiental. Estratégia de construção da Escola Promotora de Saúde**. São Paulo, 2000 [Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP]
102. Pereira BJMT, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. **Mundo da Saúde** 2000; (24):1:39-43.
103. Piovesan A. Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1970; 4: 85-97.
104. Piovesan A & Temporini E R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública** 1995; 29: 318-25.

105. Polgar S, Thomas S A. **Introduction to Research in the Health Scienses**. Melbourne: Churchill Livingstone; 1988.
106. Polit DF, Hungler B. **Nursing research - principles and methods**. 2nd ed. Philadelphia; Lippincott, 1983
107. Potério MB, Cardillo JÁ, De Senne F, Pelegrino R, Kara-José N, Morato DYJ, Potério GMB. The feasibility of introducing a visual screening test for children during Vaccination Campaings. **J Pediatr Ophthalmol Strabismus** 2000; 37:68-72.
108. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. **Proposta de saúde ocular para crianças de 4 – 14 anos de idade**. São Paulo; 1984.
109. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. Centro para Organização da Atenção à Saúde (COAS) - **Programa de Educação em Saúde**. São Paulo, 1997. (mimeo)
110. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Planejamento, Departamento de Informação. **Censo Demográfico**, IBGE, 2000.
111. Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência Social. **Equipamentos Sociais**. São Paulo: Núcleo de Informática 2001. (mimeo)
112. Rahi JS & Desateux C. The future of preschool vision screening services in Britain. [Editorial] **Br Med J** 1997; 315: 1247-8.
113. Rocha J C P, Gondin E L, Braga F T C, Dantas F J, Temporini E R, Kara-José N. Ocular health myths among a hospital staff. **Ophthalmic Epidemiol** 1997; 4: 107- 13.
114. Rocha R B. **O professor da pré-escola e seu conhecimento sobre aspectos da saúde**. São Paulo; 1986. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
115. Rosemberg F. O movimento de mulheres e a abertura política no Brasil. **Cad Pesq**. São Paulo 1984; 5(1):73-9.
116. Salata ACF, Villaça VTN, Roma RL, Motato DYJ, Carvalho KMM. Terapia oclusiva em ambliopia: fatores prognósticos. **Arq Bras Oftalmol** 2001; 64:123-6.
117. Salum Moraes ML, Paula Souza B. organizadores. **Saúde e Educação: muito prazer**. São Paulo: Caso do Psicólogo; 2001

118. Sampaio VCR. **Creches: atividades desenvolvidas com a criança**. Rio de Janeiro: Brasileira de Medicina; 1984.
119. São Paulo (Município) Decreto nº 38869 de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre as diretrizes para a integração das creches ao sistema Municipal de Ensino. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 21 dez 1999. p 1.
120. São Paulo (Município). Comunicado Secretaria Municipal de Saúde 001/2001. Diretrizes gerais - Documento 1. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 25 de jan 2001. p 1.
121. São Paulo (Município) Comunicado 12/2001 - Secretaria Municipal de Saúde. Orientações para o desenvolvimento do SUS no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 13 set 2001. p 185-7.
122. São Paulo (Município). Portaria Intersecretarial 6/SMSP/SGM/SGP 2002 Dispõe sobre a criação da estrutura organizacional das Subprefeituras. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, 21 dez 2002. p 15-18.
123. São Paulo. Mapa da Vulnerabilidade Social. Centro Brasileiro de Análise de Planejamento 2003. Disponível em www.centrodametropole.org.br/cemas
124. Scarpi M J, Kara-José N, Taiar A. Incidência de ambliopia em 1400 escolares da cidade de São Paulo em 1975. **Arq Bras Oftalmol** 1977; 40: 16-23.
125. Schellini S A, Shimoda G A, Hisano C, Utyama L A C, Moraes Silva M R B. Estudo da prevalência das afecções oculares nos pré-escolares da cidade de Botucatu (São Paulo). **Rev Bras Oftalmol** 1987; 46 (2): 21-5.
126. Schimiti RB, Costa VP, Gregui MJF, Kara-José N, Temporini ER. Prevalence of refractive erros and ocular disorders in preschool and school children of Ibiporã - PR, Brazil (1989 to 1996). **Arq Bras Ophthalmol** 2001; 64: 379-84.
127. Schwab L. **Eye care in developing nations**. New York: Oxford University; 1990. p 1-13.
128. Secretaria de Educação e de Saúde do Estado de São Paulo. **Plano de Oftalmologia Sanitária do Escolar (POSE)**. São Paulo Serviço de Oftalmologia Sanitária do Instituto de Saúde, 1976.

129. Secretaria de Estado da Educação Departamento de Assistência ao Escolar. **Programa de Oftalmologia Sanitária: fase escolar.** São Paulo, 1986.
130. Secretaria do Estado da Saúde. Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde: **Saúde escolar.** São Paulo, 1992.
131. Secretaria de Estado da Saúde Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac. Serviço de Oftalmologia Sanitária. **Manual de Saúde ocular em nível de Atenção primária.** São Paulo; 1999.
132. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Agenda Mínima: Saúde em creche.** São Paulo; 2000. p. 1-95.
133. Siegel, S & Castellan Jr, NJ. **Nonparametric Statistics** 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1988.
134. Silva J C. Saúde divide comando entre 41 secretários. **Folha de São Paulo** 2001 jan 25; cad C:7
135. Simmons K. Preschool vision screening: rationale, methodology and outcome. **Sur Ophthalmol** 1996; 41 (1): 3-30.
136. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência.** Rio de Janeiro; 2002
137. Sommer A. Public Health Aspects of Ophthalmic disease. **Annu Rev. Public Health** 1996; 17: 115-19
138. Souza FJC. Normas gerais de assistência à criança em idade escolar. **Manual de saúde Escolar II.** São Paulo; Sociedade Brasileira de Pediatria; 1994. p 13-9.
139. Souza G A C. Educação em saúde nas escolas. **Anais Nestlé** 1977; (100): 71-81.
140. Souza PC. **Efeito da frequência à creche nas condições de saúde e nutrição de pré-escolares residentes em favelas da periferia de São Paulo;** 1996. [Dissertação de Mestrado - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo].
141. Sperandio A M G. Capacitação de professores e pajens, para detecção precoce de problemas visuais: Relato de uma experiência. **Rev Bras Saúde Esc** 1990; 1 (1): 22-5.

142. Sperandio A M G - **Assistência à saúde ocular de crianças nos serviços de saúde pública no município de Campinas 1993-1994**. São Paulo; 1994. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP]
143. Spitz RA. **O primeiro ano de vida**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1983.
144. Sposati A. **Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo/2000**, dinâmica Social dos anos 90 [CDRom]. Microservice Tecnologia Digital S.A. São Paulo 2000.
145. Stayte M, Reeves B, Wortham C. Ocular and vision defects in preschool children. **Br J Ophthalmol** 1993; 77: 228-32.
146. Temporini E R. **O plano de oftalmologia sanitária escolar do Estado de São Paulo: aspectos técnico-administrativos**, São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
147. Temporini E R. Aspectos do plano de oftalmologia sanitária escolar do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 1982; 16: 243-60.
148. Temporini ER. **Saúde do escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo**. São Paulo; 1986. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]
149. Temporini E R. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq Bras Oftalmol** 1991; 54: 279-81.
150. Temporini E R. **Prevenção da AIDS. Percepção e conduta sexual de estudantes universitários no Estado de São Paulo**. São Paulo; 1995. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
151. Temporini ER. Promoção da saúde ocular. **Arq Bras Oftalmol** 1999; 62(1)
152. Temporini ER. A pesquisa oftalmológica - o que investigar? **Sinopse Oftalmol** 2002; (1): 15-17.
153. Temporini E R & Kara-José N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. **Arq Bras Oftalmol** 1995; 58: 189-94.
154. Temporini E R, Kara-José N, Rigolizzo H B. Envolvimento do pessoal da comunidade em projeto de detecção de ambliopia em pré-escolares. **Arq Bras Oftalmol** 1983; 46: 85-9.

155. Temporini E R, Kara-José N, Taiar A, Ferrarini M L. Validade da aferição da acuidade visual realizada pelo professor em escolares de 1ª à 4ª série de primeiro grau de uma escola pública do Município de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 1977; 11: 229-37.
156. Temporini ER, Kara-Junior N, Kara-José N, Holzchuh N. Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. **Rev Saúde Pública** 2002; 36(3) 343-9.
157. Tezoquipa IH, Moreal MLA, Santiago RV. O cuidado à saúde no âmbito familiar: interação social e vida cotidiana. **Rev Saúde Pública** 2001; 35: 443-50
158. Theodorson, G. A. & Theodorson, A. G. **A modern dictionary of sociology**. London: Metwen; 1969
159. Thylefors B. Global data on blindness. **Bull World Health Organ** 1995; 73: 115-121.
160. Tommila V, Tarkkanen A, Incidence os loss of vision in the healthy eye in amblyopia. **Br J Ophthalmol** 1981; 65: 575-7.
161. Trindade J C. Testes de triagem visual para a avaliação das acuidades visual e auditiva em escolares. **Pediatr Mod** 1991; 25: 336-8.
162. Valla VV, (organizador). **Saúde e Educação**. 1ª ed. São Paulo: De Paulo; 2000.
163. Von Norden G K. Amblyopia: A multi disciplinary approach. **Invest Ophthalmol Vis Sci** 1985; 26: 1704-16.
164. Wagner GH. Health promoting schools evidence for effectiveness workshops report. **Promotion & Education** 2002; IX(2): 55-61
165. Wright MC, Cowille DJ, Oberklaid F. Is community screening for ambliopia possible or appropriate? **Arch Dis Child** 1995; 73:192-5.
166. Yazawa K, Suga J, Wakita S, Sumitomo M, Uemura Y. The Tokyo Metropolitan home vision screening program for Amblyopia in 3-year-old children. **Am J Ophthalmol** 1992; 114: 416-9.

9. ANEXOS

Anexo 1 –

Anexo 2 –

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/216/01

17 de outubro de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou**, em sua 8.ª/01, Sessão Ordinária, realizada em 16.10.01, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 563, intitulado: “SAÚDE OCULAR NA INFÂNCIA: CONHECIMENTOS, OPINIÕES E PRÁTICAS DE EDUCADORAS DE CRECHES DA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Jane de Eston Armond.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

Anexo 3 –

São Paulo, outubro de 2002

Termo de consentimento para entrevista com educadoras de creches
(Individual ou em grupo)

Estou realizando estudo sobre problemas visuais em crianças usuárias de creches; para isso, preciso conversar com algumas educadoras de creches a respeito desse assunto.

Gostaria de ter a sua opinião sobre vários aspectos relacionados à visão e defeitos visuais; para isso faremos uma entrevista que será gravada e o seu conteúdo utilizado na elaboração de um questionário para a realização deste estudo.

Posso contar com a sua colaboração? Sim___ Não___

Assinatura

Agradeço a colaboração de todas!

Jane de Eston Armond

Anexo 4 –

São Paulo, outubro de 2002

Roteiro de entrevistas com educadoras de creche
(individual ou em grupo)

Introdução

Estou realizando estudo sobre problemas oculares em crianças usuárias de creches; para isso, preciso conversar com algumas educadoras a esse respeito.

Gostaria da colaboração de vocês, conversando sobre alguns aspectos relacionados à visão e problemas oculares. Posso contar com vocês?

1. Quais os problemas de visão que você conhece, de crianças que freqüentam creches?
2. O que sabe sobre eles?
3. É comum você cuidar de crianças na creche, com problemas oculares?
4. Você já recebeu alguma orientação ou treinamento sobre problemas oculares de crianças?
5. Na sua opinião, quais são os cuidados que se deve tomar com os olhos?
6. Na creche pode ser feita alguma coisa para verificar se a criança tem dificuldade visual?
7. Você conhece algum teste para medir a acuidade visual?

Jane de Eston Armond

Anexo 5 –

São Paulo, outubro de 2.002

Prezada Educadora de creche;

Vimos solicitar sua preciosa colaboração no teste prévio do questionário destinado às educadoras de creche, sobre atividades relacionadas à saúde ocular. Este estudo tem por finalidade subsidiar programações de saúde ocular nas creches diretas, indiretas e conveniadas região da Capela do Socorro e Parelheiros.

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

Assim:

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

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

Agradecendo antecipadamente a sua colaboração apresentamos nos nossos cordiais cumprimentos.

Jane de Eston Armond

Anexo 6 –

São Paulo, novembro de 2002

Instruções sobre o preenchimento do questionário

Prezada Educadora de creche

Com o presente, estamos lhe entregando um questionário sobre a pesquisa “Percepções e práticas em relação à saúde ocular entre educadoras de creche”.

Esse estudo, que tem por finalidade subsidiar programações de Saúde Ocular na creche, está sendo realizado com a participação de educadoras das creches, da região da Capela do Socorro, município de São Paulo.

Vimos, assim solicitar, a sua colaboração respondendo ao questionário anexo.

Solicitamos observar as seguintes recomendações:

- 1- Leia com atenção cada pergunta e todas as respostas.
- 2- Assinale com um X a resposta que você quiser indicar.
- 3- Use caneta e não lápis para assinalar as respostas.
- 4- Cada questão apresenta todas as respostas possíveis. **Não deixe de responder nenhuma questão.**

5- **Existem questões com mais do que uma resposta** e isto está escrito nas perguntas.

6- As demais questões admitem apenas uma resposta.

7- Os números colocados ao lado do traço onde você colocará o X, assim como os que se encontram na margem à direita, serão utilizados para codificar as questões e para a computação dos dados. Portanto, não os leve em consideração ao responder ao questionário.

Para que esta pesquisa tenha validade e fidedignidade é preciso que as respostas sejam sinceras.

Os questionários **não devem ser assinados ou de alguma forma identificados.**

Respondido, o questionário deve ser entregue à Diretoria da Creche que saberá como encaminha-lo.

Atenciosamente;

Jane de Eston Armond

Anexo 7 –

PESQUISA: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE OCULAR ENTRE EDUCADORES DE CRECHES - 2002

PESQUISADOR: JANE de ESTON ARMOND

QUESTIONÁRIO

1 2 3

1. Há quanto tempo você trabalha em creche? _____	<u>4</u> <u>5</u>
2. A creche em que você trabalha atualmente é: - direta (1) - indireta (2) - conveniada (3) - não sei (4)	<u>6</u>
3. Qual o seu grau de satisfação com o trabalho que você faz na creche? - Muito satisfeita (1) - Mais ou menos satisfeita (2) - Pouco satisfeita (3) - Não estou satisfeita (4)	<u>7</u>
4. Você recebeu algum treinamento ou orientação sobre problemas de vista de crianças de creche? - Sim (1) - Não (Passe para a questão 8) (2)	<u>8</u>
5. Há quanto tempo você recebeu esse treinamento ou orientação? - Faz _____ mes(es) - Faz _____ ano(s) - Não lembro (99)	<u>9</u> <u>10</u>

<p>6. Nesse treinamento (ou orientação) você recebeu explicações sobre: (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - higiene dos olhos (2) - aplicação de teste de vista (4) - cuidados para evitar acidentes nos olhos (8) - uso de colírio (16) - problema de visão (32) - doenças que dão nos olhos (64) - como encaminhar crianças ao oculista (128) - não recebi explicações sobre nenhum dos assuntos relacionados acima (999) 	<p>11 12 13</p>
<p>7. Quanto tempo durou este treinamento ou orientação?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durou _____ horas ou - Durou _____ dias ou - Durou _____ semanas - Não lembro (99) 	<p>14 15</p>
<p>8. Qual é o grau de importância para o seu trabalho na creche, o fato de receber treinamento (ou orientação) sobre problemas de vista das crianças?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muita importância (1) - Importância média (2) - Pouca importância (3) - Nenhuma importância (4) - Não tenho opinião (5) 	<p>16</p>
<p>9. Como você avalia o seu preparo para perceber se as crianças da sua creche têm algum problema de vista?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considero-me bem preparada (1) - Considero-me mais ou menos preparada (2) - Considero-me mal preparada (3) - Considero-me sem nenhum preparo (4) 	<p>17</p>
<p>10. Que tipo de material educativo sobre problemas de vista, você tem acesso? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folhetos (2) - Livretos (4) - Apostilas (8) - Outros (16) - Não tenho acesso a esse material (99) 	<p>18 19</p>

<p>11. Na sua opinião quando uma criança da creche tem remela nos olhos, o que deve ser feito? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>- Lavar os olhos com água boricada (2)</p> <p>- Lavar os olhos com soro fisiológico (4)</p> <p>- Lavar os olhos com chá de camomila (8)</p> <p>- Pingar gotas de limão (16)</p> <p>- Pingar leite (32)</p> <p>- Não se deve fazer nada (99)</p>	<p>20 21</p>
<p>12. Quando entra um cisco no olho de uma criança na creche, o que você faz? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>- Assopro (2)</p> <p>- Lavo com água da torneira (4)</p> <p>- Lavo com água filtrada (8)</p> <p>- Lavo com soro fisiológico (16)</p> <p>- Lavo com água boricada (32)</p> <p>- Tento tirar com cotonete (64)</p> <p>- Espero a criança chorar para sair o cisco (128)</p> <p>- Não faço nada, pois não é da minha competência (999)</p>	<p>22 23 24</p>
<p>13. Na sua opinião, quais atividades na creche, podem causar algum tipo de machucado nos olhos das crianças? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>- brincar no tanque de areia (2)</p> <p>- brincar no parquinho (4)</p> <p>- brincar com tintas (8)</p> <p>- usar lápis e giz de cera (16)</p> <p>- usar réguas (32)</p> <p>- usar garfo e/ou faca (64)</p> <p>- Não tenho opinião (99)</p>	<p>25 26</p>
<p>14. Você já cuidou ou cuida, na creche, de criança que usa tampão no olho?</p> <p>- sim (1)</p> <p>- não (2)</p> <p>- não me lembro (3)</p>	<p>27</p>
<p>15. Você acha que deveria colocar o tampão no olho da criança durante o tempo que ela fica na creche?</p> <p>- sim (1)</p> <p>- não, o tampão só deve ser usado em casa (2)</p> <p>- não, porque tenho receio de mexer com isso (3)</p> <p>- não tenho opinião (4)</p>	<p>28</p>

<p>16. Na sua opinião, “o olho torto ou vesgo”:</p> <p>- deve ser tratado assim que for percebido (1)</p> <p>- deve ser tratado quando a criança for à escola (2)</p> <p>- não deve ser tratado, sara com a idade (3)</p> <p>- não tenho opinião (4)</p>	<p>29</p>
<p>17. Na sua opinião, quando a criança “cai muito” na creche ela pode ter: (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>- problema de audição (2)</p> <p>- problema de vista (4)</p> <p>- problema ortopédico (8)</p> <p>- nenhum problema, pois cair é normal (16)</p> <p>- não tenho opinião (99)</p>	<p>30 31</p>
<p>18. Na sua opinião, quando uma criança chega na creche com olho vermelho, ela: (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>- pode ter alergia (2)</p> <p>- pode ter conjuntivite (4)</p> <p>- pode ter cisco no olho (8)</p> <p>- pode ter sido vítima de maus tratos (16)</p> <p>- pode ter sofrido algum acidente (32)</p> <p>- não tenho opinião (99)</p>	<p>32 33</p>
<p>19. Na sua opinião, cabe à creche a aplicação de teste de vista nas crianças?</p> <p>- Sim, cabe à creche a aplicação (1)</p> <p>- Não, cabe ao serviço de saúde a aplicação (2)</p> <p>- Não tenho opinião (3)</p>	<p>34</p>
<p>20. Na sua opinião, quando a criança deve ir ao oftalmologista (oculista) pela primeira vez?</p> <p>- Quando o problema de vista aparecer (1)</p> <p>- Quando for para pré-escola (2)</p> <p>- Quando ingressar na 1ª série do ensino fundamental (3)</p> <p>- Quando ingressar na 4ª série do ensino fundamental (4)</p> <p>- Não tenho opinião (5)</p>	<p>35</p>

<p>21. Você já tomou alguma providência para encaminhar ao oftalmologista (oculista) uma criança que parecia ter problema de vista?</p> <p>- Sim (1)</p> <p>- Não (2)</p>	<p>36</p>																																																												
<p>22. Quando você tem algum problema de vista, o que você faz em primeiro lugar?</p> <p>- Faço compressas com água boricada (1)</p> <p>- Faço compressas com algum tipo de chá (2)</p> <p>- Faço compressas com rodela de batata ou pepino (3)</p> <p>- Faço compressas com leite (4)</p> <p>- Pingo algum tipo de colírio (5)</p> <p>- Peço orientação na farmácia (6)</p> <p>- Procuro o oftalmologista (oculista)..... (7)</p>	<p>37</p>																																																												
<p>23. O que você costuma fazer para cuidar de sua vista? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>- Uso colírios para limpeza dos olhos (2)</p> <p>- Uso óculos escuros para andar no sol (4)</p> <p>- Evito ler no escuro (8)</p> <p>- Evito ler dentro do ônibus ou carro (16)</p> <p>- Evito ler comendo (32)</p> <p>- Evito ler assistindo televisão (64)</p> <p>- Assisto televisão de longe (128)</p> <p>- Não aplico muito a vista (256)</p> <p>- Pingo gotas de limão para clarear a vista (512)</p> <p>- Evito coçar os olhos (1024)</p> <p>- Vou ao oftalmologista (oculista) todo ano (2048)</p>	<p>38 39 40 41</p>																																																												
<p>24. Como você classifica o seu conhecimento sobre os problemas de vista relacionados abaixo? (RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Já ouvi falar e conheço bem (1)</th> <th>Já ouvi falar e conheço mais ou menos (2)</th> <th>Já ouvi falar e conheço mal (3)</th> <th>Nunca ouvi falar, desco- nheço (4)</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-Tracoma</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>- Terçol</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>- Conjuntivite</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>- Miopia</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>- Hipermetropia</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>- Astigmatismo</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>- Ambliopia (olho preguiçoso)</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>- Catarata</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>49</td> </tr> <tr> <td>- Glaucoma</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>50</td> </tr> </tbody> </table>		Já ouvi falar e conheço bem (1)	Já ouvi falar e conheço mais ou menos (2)	Já ouvi falar e conheço mal (3)	Nunca ouvi falar, desco- nheço (4)		-Tracoma	_____	_____	_____	_____	42	- Terçol	_____	_____	_____	_____	43	- Conjuntivite	_____	_____	_____	_____	44	- Miopia	_____	_____	_____	_____	45	- Hipermetropia	_____	_____	_____	_____	46	- Astigmatismo	_____	_____	_____	_____	47	- Ambliopia (olho preguiçoso)	_____	_____	_____	_____	48	- Catarata	_____	_____	_____	_____	49	- Glaucoma	_____	_____	_____	_____	50	
	Já ouvi falar e conheço bem (1)	Já ouvi falar e conheço mais ou menos (2)	Já ouvi falar e conheço mal (3)	Nunca ouvi falar, desco- nheço (4)																																																									
-Tracoma	_____	_____	_____	_____	42																																																								
- Terçol	_____	_____	_____	_____	43																																																								
- Conjuntivite	_____	_____	_____	_____	44																																																								
- Miopia	_____	_____	_____	_____	45																																																								
- Hipermetropia	_____	_____	_____	_____	46																																																								
- Astigmatismo	_____	_____	_____	_____	47																																																								
- Ambliopia (olho preguiçoso)	_____	_____	_____	_____	48																																																								
- Catarata	_____	_____	_____	_____	49																																																								
- Glaucoma	_____	_____	_____	_____	50																																																								

25. Você tem necessidade de usar óculos? - Sim (1) - Não (passe para a questão 28) (2) - Não sei (passe para a questão 28) (3)	51
26. Na sua opinião, o uso do óculos, quando indicado pelo oftalmologista (oculista): - é necessário, uso sempre (passe para a questão 28) .. (1) - é necessário, mas eu uso de vez em quando (2) - é necessário, mas eu nunca uso (3) - não tenho opinião (4)	52
27. Qual(is) a(s) razão(ões) que você tem para não usar sempre os óculos? (UMA OU MAIS RESPOSTAS) - Acho que fico feia de óculos (2) - Acho que o uso de óculos vicia (4) - Os óculos incomodam (8) - Não estou enxergando bem com eles (16) - Os óculos quebraram e não pude fazer outros (32) - Minha família acha que não fico bem de óculos (64) - Esqueço de usá-los (128) - Uso óculos só para perto..... (256)	53 54 55
28. Quantos anos completos você tem? _____ anos	56 57
29. Qual é a sua escolaridade? - Ensino fundamental incompleto (1) - Ensino fundamental completo (2) - Ensino médio incompleto (3) - Ensino médio completo (4) - Magistério incompleto (5) - Magistério completo (6) - Superior incompleto (7) - Superior completo (8)	58
30. Você tem filhos? Caso sim, responda a questão seguinte. - Sim (1) - Não (2)	60

31. Qual a idade do(s) seu(s) filho(s)? (UMA OU MAIS RESPOSTAS)		
- entre 0 e 5 anos	____ (2)	
- entre 6 e 10 anos	____ (4)	61 62
- de 11 anos em diante	____ (8)	

Anexo 8 –

São Paulo, novembro de 2002

Prezado Diretor(a)

Com o presente, estamos lhe entregando um questionário sobre a pesquisa "Percepções e práticas em relação à saúde ocular entre educadoras de creche".

Esse estudo, que tem por finalidade subsidiar programações de Saúde Ocular na creche, está sendo realizado com a participação de educadoras de creche, da região da Capela do Socorro, no município de São Paulo.

Vimos solicitar a sua preciosa colaboração, distribuindo os questionários para as educadoras de sua creche.

Elas deverão respondê-los individualmente e entregá-los novamente na Diretoria, onde serão colocados em envelopes fechados e remetidos ao Distrito de Parelheiros.

Pedimos novamente a sua colaboração no sentido de enviar, no prazo máximo de 4 (quatro) dias, os envelopes para o Distrito de Parelheiros.

Agradecendo, atenciosamente;

Jane de Eston Armond

Anexo 9 –

GLOSSÁRIO

ADI	Auxiliar de desenvolvimento infantil
AEI	Ambulatório de Especialidades de Interlagos
CADAIS	Centro de apoio do desenvolvimento da assistência integral à saúde
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CDU	D.A. Cidade Dutra
COAS	Centro para organização da atenção à saúde
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DA	Distrito Administrativo
DAE	Departamento de assistência ao escolar
DS	Distrito de Saúde
DSE	Departamento de Saúde Escolar
EMEF	Escola municipal de ensino fundamental
EMEI	Escola municipal de educação infantil
EMPG	Escola municipal de 1º grau
GRA	D.A. Grajau
HGG	Hospital Geral do Grajaú
MAR	D.A. Marsilac
NAE	Núcleo ação educativa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Plano Assistência à Saúde
PLH	D.A. Parelheiros
POSE	Programa de oftalmologia sanitária do escolar

SAS	Secretaria Municipal da Assistência Social
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEBES	Secretaria do Bem Estar Social
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOC	D.A. Socorro
SSE	Serviço de saúde escolar
SUS	Sistema Único de Saúde
TAV	Teste de acuidade visual
UNISA	Universidade de Santo Amaro
VEM	Valor Escalar Médio