

## ACÇÕES ESTRATÉGICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VISUAL: RELATO DE UMA EXPERIENCIA

### STRATEGIES ACTIONS FOR HEALTH PROMOTION AND PROTECTION: A WAY THAT MAY ASSURE CHILDREN'S VISUAL QUALITY

Ana Maria Girotti Sperandio<sup>1</sup>

SPERANDIO, A. M. G. Ações estratégicas de promoção da saúde visual: relato de uma experiência. Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum., São Paulo, 13(2): 71-00, 2003.

**Resumo:** O objetivo deste trabalho foi o de descrever os passos estratégicos para a construção e a implantação de um projeto que envolveu ações de promoção e proteção da saúde das crianças de 0 a 7 anos, do município de Morungaba, SP, de 2000 a 2003. A área escolhida foi a da ocular. Contou-se com a participação de atores sociais locais – educação, saúde, ONG e famílias – que interagem, de alguma forma com essa população infantil. As estratégias básicas foram o planejamento do processo de trabalho com os representantes locais; participação da comunidade; realização de parcerias; intersetorialidade e capacitação sobre noções de saúde ocular para atores sociais (empoderamento). Os resultados qualitativos foram considerados os mais relevantes. Foram implementadas no Município a partir do projeto: ações de educação em saúde desenvolvidas com os atores sociais e destes, com as crianças população-alvo; ações intersetoriais e inter-institucionais—Prefeitura, Educação, Saúde, ONG e parcerias com empresas locais. A liderança político-institucional local assumiu e desencadeou o projeto, comprometendo-se com sua continuidade por meio da criação de uma lei, institucionalizando ações de promoção da saúde ocular e prevenção de problemas visuais para crianças moradoras do Município; ocorreu a articulação do setor público com o privado e o Projeto passou a apresentar condições para ser auto-sustentável. Quanto aos resultados quantitativos, cerca de 1600 crianças foram triadas, até novembro de 2002. A triagem visual detectou 12% de crianças com problemas visuais e em 2002 cerca de 10%. O projeto teve continuidade em 2003 com a ampliação das ações. As ações propostas e desenvolvidas foram de baixo custo utilizando a mão de obra local.

**Palavras-chave:** promoção da saúde; saúde ocular; crianças; intersetorialidade; participação.

#### INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Anualmente duas são as linhas de ações na perspectiva da promoção da saúde: a mudança do estilo de vida por meio da alteração do comportamento dos indivíduos e a elaboração de políticas públicas que atuam nos determinantes políticos, econômicos e sócio-culturais (ZANCAN, 2002).

Desta forma, as ações de promoção da saúde devem manifestar-se por meio de políticas públicas efetivas e atuar nas condições de vida da população de forma a conquistar uma melhor qualidade de vida (ZANCAN, 2002).

Sabe-se que, para a construção de um plano de ação de promoção da saúde, são necessários o compromisso do governo local e a participação popular nas diferentes etapas do processo: no diag-

<sup>1</sup> Parte da tese de doutorado em saúde pública desenvolvida no Dep. Saúde Materno-Infantil apresentada à Faculdade de Saúde Pública – USP em 12/2001. Financiada pelo CNPq Nº 42186/1997-0. Aluna de Pós-Doutoramento da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; Pesquisadora do CEPEDOC/USP; Doutora pela FSP/USP - Departamento Saúde Materno-Infantil. Endereço para correspondência: R: Emilio Romanetti, 246 Cond. Village do Itamaracá. Cep. 13278-352 - Valinhos - São Paulo. E-mail: amgspera@uol.com.br  
In Memória: Keiko Ogura Buralli, Profa. Dra. do Departamento Saúde Materno-Infantil - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

nóstico local, na execução e na avaliação, sendo que esta última deve ser constante, utilizando-se da metodologia da pesquisa-ação (SPERANDIO, 2001; ZANCAN, 2002). Desta forma, criam-se espaços para a conquista do *empowerment* e, como consequência, de atores sociais conscientes do que necessitam defender em relação à sua saúde (SPERANDIO, 2001).

Muitos foram os pesquisadores que escreveram e reescreveram sobre promoção de saúde. Uma das primeiras descrições de promoção de saúde data dos anos 20, com WINSLOW (apud CERQUEIRA, 1997), que referia que a comunidade organizada poderia obter políticas que promovessem as suas condições de saúde e, nesse sentido, valorizava a existência de programas educativos para o indivíduo melhorar sua saúde, enfatizando a importância da educação em saúde.

Em 1941, Henry Sigerist (apud ERRAR, 1998) propõe que a promoção da saúde seja uma das quatro tarefas básicas da medicina, quais sejam: promoção da saúde, prevenção da doença, restabelecimento do doente e a reabilitação. Sigerist ressaltava a importância da interação entre estadistas e líderes de trabalho, da indústria, da educação e dos médicos. Para o autor, a promoção da saúde seria viável quando existisse “um nível de vida decente, com boas condições de trabalho, educação, cultura física, descanso e recreação”.

A Declaração de Alma Ata (Organização Mundial da Saúde, 1978) ratificou a saúde como sendo “um estado de completo bem estar físico, mental e social”, reconhecendo a saúde como objetivo social importante, proporcionando novos caminhos para as políticas de saúde e delineando a importância da participação comunitária e a cooperação entre diferentes setores da sociedade (apud CERQUEIRA, 1997).

Em 1984, apontou-se que a promoção da saúde representava uma estratégia entre pessoas e o seu ambiente, apontando para a responsabilidade da escolha pessoal e social para se criar um futuro saudável. E que “promoção da saúde é um processo de capacitação de pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la” (WHO, 1984).

A Carta de Ottawa (1986) é considerado, ainda hoje, um marco conceitual da promoção da saúde por ter ampliado o conceito, adicionando a importância do impacto social, econômico, político e cultural, propondo estratégias intersetoriais, como: estabelecer políticas públicas saudáveis, criar meios saudáveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver atitudes pessoais, reorientar os serviços de saúde. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Este coinpromisso foi e tem sido reafirmado e ampliado nos documentos subsequentes, elaborados nas conferências mundiais sobre promoção da saúde, que produzem cartas e acordos internacionais, traçando as bases para a reinvenção das políticas de promoção da saúde: dentre outros o de Adelaide, 1988; de Sundsvall, 1991; de Bogotá 1992; de Jacarta, em 1997; do México, 2000. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; 2002).

No México, em 2000, foram reconhecidos alguns avanços na prestação de serviço de saúde e relevantes melhoras sanitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Do ponto de vista dos problemas de saúde existentes que interferem no desenvolvimento social e econômico, acordou-se em diminuir as desigualdades para o desenvolvimento da saúde e do bem estar. Concluiu-se que a promoção da saúde deveria fazer parte das políticas de saúde para que se caminhasse na direção da equidade em saúde e que saúde é um elemento positivo para o desenvolvimento humano (WHO, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Neste sentido, a promoção da saúde, para as autoras deste artigo, foi (re)entendida, como estratégia de desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida para todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um instrumento de resgate da cidadania, qual seja, a transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito (SPERANDIO, 2001).

Para o desenvolvimento deste trabalho que inclui uma construção coletiva de ações na direção da promoção da saúde – que se aproximasse das perspectivas acima citadas, elegeu-se uma área, a saúde ocular, para a construção das ações estratégicas de promoção da saúde.

É imprescindível deixar claro que não se pretendeu priorizar uma “parte do corpo”, os olhos, já que o indivíduo é uma totalidade, com um corpo, sentimentos, emoções, valores, e que se desenvolve imerso em uma dada realidade social, econômica, política e cultural. Isto implica, portanto, em encarar a saúde ocular como parte integrante da saúde, entendida em seu sentido amplo, como processo biológico-social.

Segundo a visão apontada nos parágrafos anteriores, na promoção como instrumento de resgate da cidadania e qualidade de vida, faz-se necessário repensar o lugar da saúde ocular e, ao mesmo tempo, vislumbrar as possibilidades de estar direcionando ações específicas na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de problemas.

Isto implica em um processo de construção/reconstrução de uma prática de saúde ocular; a partir da socialização de conhecimentos bási-

cos da área em questão, mediante um processo participativo de uma dada população, que contribua para o seu fortalecimento individual e coletivo, conduzindo à construção de práticas transformadores do quadro atual. Envolve a articulação de conhecimentos de distintas disciplinas e o ato de disponibilizá-los para outros cidadãos e, com eles, construir novos conhecimentos e novas práticas.

A educação em saúde é um dos instrumentos que vem sendo privilegiado para a efetivação da promoção da saúde, como uma responsabilidade de toda a sociedade e, em particular, de profissionais que integram serviços de saúde – médicos, enfermeiros, educadores em saúde, auxiliares e demais profissionais; escolas – professores e auxiliares, e comunidade – líderes, religiosos, agentes comunitários.

Foi apontado por SPERANDIO (1999), que grande parte dos engenheiros e pediatras que trabalhavam nos centros de saúde de Campinas desconheciam as ações básicas de saúde ocular. Esse autor recomendou que devemos instrumentalizá-los para a aplicação das ações, até mesmo para fazer cumprir a lei do direito ao acesso às ações básicas de saúde.

Os objetivos de programas educativos em saúde ocular devem contemplar não apenas acesso a conhecimentos sobre a área, mas também mudanças de atitudes e de práticas da comunidade, inclusive, dos serviços públicos, privados e filantrópicos.

Assim sendo, os atores sociais necessitam, antes, entender o significado de enxergar, a importância da visão no contexto da saúde, da educação, para assumirem e defenderem a concepção da saúde ocular como direito do cidadão.

Desta forma, entende-se que a apropriação de conhecimentos básicos sobre saúde ocular por parte do cidadão representa um dos componentes importantes do processo educativo na direção da promoção da sua própria saúde, ao lado de outros de ordem social, em seu sentido amplo, produtores de condições geradoras de saúde/doença.

O pressuposto de situar a saúde ocular desta forma se resume em que uma boa condição de saúde ocular faz parte de uma boa condição de saúde, e esta constitui um direito do cidadão, permitindo entender que toda criança/adulto tem o direito de conhecer e preservar a sua saúde ocular, cabendo ao Estado a atenção e cuidados necessários para mantê-la.

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é descrever os passos estratégicos para a construção e a implantação de um projeto que envolva ações de promoção e proteção da saúde ocular para crianças de 0 a 7 anos, a partir de uma experiência vivenciada no município de Morungaba, SP, de 2000 a 2003.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE SAÚDE OCULAR

É importante lembrar que o desenvolvimento ocular ocorre nos primeiros sete anos de vida (CRAWFORD, 1982) e, portanto, cabe ao setor público/administrativo, à saúde, à educação e à comunidade se responsabilizarem pelas ações de promoção e proteção à saúde ocular, principalmente desta faixa etária (SPERANDIO, 1999).

Segundo dados preliminares do IBGE do Censo de 2000, a primeira causa de deficiência entre 24,5 milhões de deficientes brasileiros, é a visual, representando 48,1% do total, o que indica um aumento na busca do serviço de saúde ocular para resolver os problemas sentidos.

E ainda, que cerca de 20% das crianças em idade escolar apresentam algum problema ocular e aproximadamente 95% podem ser evitados se fossem aplicadas ações de promoção e a prevenção através do processo educativo (CBO, 1998).

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (THYLEFORS, 1987) refere que cerca de 70% dos casos de cegueira mundial poderiam ser evitados se utilizássemos técnicas simples, de baixo custo, como a de aplicação de testes para avaliar a quantidade de visão (triagem visual).

KARA-JOSÉ (1997), um dos autores de referência nacional de trabalhos direcionados à saúde pública, descreveu sobre a importância de se desenvolver ações preventivas com crianças.

Atualmente, a situação da área corresponde, na sua grande maioria, às iniciativas de triagens visuais em escolares e programas para os idosos, com soluções curativas, diante dos problemas detectados.

Para propor ações voltadas para a promoção da saúde ocular em um país em desenvolvimento é uma tarefa bastante complexa. É importante ter clareza da situação em que se encontra a área em questão. A saúde ocular não se apresenta consolidada de fato, do ponto de vista da saúde pública, como espaço interdisciplinar, inter-profissional e com preocupação centrada na saúde populacional. No Brasil, esta área encontra-se voltada ao modelo médico, fragmentado, de atendimento individual e com ênfase na correção, em detrimento da prevenção de problemas e promoção da saúde.

É importante reconhecer algumas iniciativas com os escolares e os idosos realizada nos últimos anos como o Projeto Olho no Olho e o da Catarata que vem reduzindo o número de deficientes visuais no país.

Porém, a organização dessa área ainda tem, algumas vezes, privilegiado, determinadas parcelas da sociedade, com maior poder aquisitivo, sem

levar em consideração grande parte da população, que permanece sem acesso a esse tipo de atenção e sem conhecimento das possibilidades de estar assegurando a sua saúde ocular e estar desenvolvendo a capacidade de poder discernir o que é melhor para si.

Essa situação levou as autoras a refletir e considerar a construção de um projeto na área, sob a ética da saúde pública na direção da promoção da saúde.

## METODOLOGIA

Dentro desta Ética, a prevenção de distúrbios oculares na população infantil teve como instrumentalização fundamental: sensibilizar profissionais e cidadãos do Município para as questões de saúde ocular, sobretudo das crianças; criar condições para que estes se apropriassem de um determinado conhecimento científico, com espaço para o desenvolvimento de sua autonomia; e comprometer as autoridades locais, as organizações e a sociedade local.

Foi utilizado, neste trabalho, o método da pesquisa-ação, em que se tentou associar uma ação e resolução de um problema considerado coletivo, de modo participativo (THIOLLENT, 1998). O problema considerado foi a falta de acesso às ações básicas de saúde ocular.

Apresentaremos, a seguir, o desenvolvimento da proposta acima delineada.

### Escolha do local

O projeto foi desenvolvido na cidade de Morungaba, desde 2000. Esta cidade foi escolhida devido às especificidades do serviço de saúde, de educação e do tamanho da população. É uma cidade do interior de São Paulo, situada próxima ao município de Itatiba, distando 40 km de Campinas, aproximadamente.

Segundo dados preliminares do Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população do Município era de 9.919 habitantes, distribuída entre 4.914 mulheres e 5.004 homens (IBGE, 2000).

A população de zero a sete anos foi estimada, a partir dos dados preliminares do Censo de 2000, em 1.400 crianças, IBGE (2000).

### Estratégias e Refrências Teóricas Utilizadas

Foram adotadas algumas estratégias, da Declaração de Jacarta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA SALUD, 2002), para a elaboração e desenvolvimento de um projeto na perspectiva da promoção e proteção da saúde, contemplando:

- Planejamento do processo de trabalho junto com os representantes locais, a partir de um diagnóstico básico;
- Participação da comunidade no processo de trabalho;
- Realização de parcerias com diferentes setores da sociedade;
- Intersetorialização entre saúde- educação - comunidade;
- Capacitação dos atores sociais, “*empowerment*”.

Foram considerados também, como eixos referencias norteadores do trabalho, as seguintes abordagens:

– Método Profissional de SANTOS (1993): concepção de processo metodológico considerada em movimento, especificando os seguintes momentos: aproximação; investigação significativa; interpretação diagnóstica; re-aproximação; programação; execução do projeto; revisão e sistematização.

– Educacional: com o objetivo de socializar os conhecimentos básicos de saúde ocular – teóricos e práticos – com os atores sociais, foi utilizada, nesta pesquisa, a linha educacional proposta por Paulo Freire, em seu livro *Pedagogia da Autonomia* (1999).

– “*Empowerment*” (empoderamento): essa abordagem contribuiu para direcionar o processo educativo na medida em que se trabalhou com os atores sociais para que eles identificassem seus próprios interesses e problemas, e desenvolvessem a habilidade e confiança para atuarem de alguma forma sobre eles (NAIDOO & WILLS, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; NUTBEAM 1998).

– Médica/preventiva: esta abordagem implica em uma concepção do processo saúde enfocada mais sobre a doença, centralizando-se no aspecto clínico, biológico, do corpo humano. Neste sentido, considerou-se como prevenção em saúde toda ação antecipada, com base no conhecimento da história natural da doença (LEAVEL & CLARK, 1976). As ações de saúde oculares desenvolvidas durante o processo de trabalho contemplaram os vários setores, as diversas áreas no sentido preventivo, quais sejam, triagem visual e aplicação dos testes visuais.

– *Modelo da Ação Intersetorial*: proposto por NUTBEAM (1998), de que não existem modelos ou teorias que definam o processo de ação intersetorial; o que se tem são tentativas de revisão das experiências de ações intersetoriais e o relato de atividades de conexão e construção, considerando o passado recente, com o objetivo de entender o processo pelo qual as organizações, ou parte delas, trabalham juntas.



Para a abordagem sobre os cuidados básicos com a saúde ocular utilizou-se o documento PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1997) e KARA-JOSÉ (1997).

Do ponto de vista metodológico, ao se considerar o projeto como um processo em construção, adotou-se um conjunto de procedimentos inter-relacionados, também construídos e selecionados à medida de seu desenvolvimento, a pesquisa-ação. Desta forma, o trabalho é apresentado na seqüência dos momentos vivenciados durante o desenvolvimento do mesmo, seguindo proposta de SANTOS (1993).

## IMPLANTAÇÃO DA PROPOSTA

*1º Momento – aproximação, investigação e conhecimento da realidade local, programação e elaboração do projeto*

Esse momento consistiu em aproximar-se e conhecer a realidade do Município, verificar suas necessidades gerais, principalmente em saúde ocular, e criar as condições necessárias para a adoção, elaboração e viabilização do projeto, no sentido dos gestores locais estarem assumindo-o gradualmente, até dele se apropriarem enquanto parte da política pública local.

*2º Momento – formação de parcerias: intersetorialidade*

Após a aceitação do projeto preliminar de Promoção da Saúde Ocular pelo Conselho Municipal de Saúde, foram articuladas parcerias locais com o setor da Saúde, Educação, Promoção Social e com a Comunidade (Empresas, Organização não-governamental e grupo de mães). Desta forma, ter-se-ia o envolvimento de diferentes setores da sociedade local no trabalho, garantindo assim seu comprometimento na realização do mesmo.

Em relação à realização de parcerias com empresas locais, este foi previsto e efetivado, no que diz respeito a doações de armações de óculos e lentes a serem fornecidas para crianças que delas necessitassem.

*3º Momento – aproximação, divulgação e execução do projeto de Saúde Ocular*

A aproximação de atores sociais foi provocada, novamente, para ampliar o contato, na tentativa de discutir a (re)elaboração do projeto e as estratégias de execução do projeto.

Nessa etapa do trabalho, foi aplicado um instrumento de avaliação – questionário – para verificar quais eram os conhecimentos específicos de saúde ocular que os envolvidos no proces-

so de trabalho detinham e os que gostariam de saber, com o objetivo de certificar se realmente existia falta de acesso das crianças às ações de saúde ocular e de poder organizar o conteúdo do treinamento de ações básicas de saúde ocular.

Para os treinamentos, que tiveram a intenção de socializar conhecimentos básicos de saúde ocular – teóricos e práticos – com os atores sociais, foi utilizada a linha educacional proposta por Paulo Freire no que se refere aos saberes necessários para a prática educativa com o educando (FREIRE, 1999).

O autor faz uma abordagem técnico-científica, de forma criativa e de fácil entendimento, sobre alguns caminhos para a prática educativa transformadora: o respeito, o comprometimento, o saber escutar e a humildade durante o processo educativo (p. 33-141). Apresenta uma proposta pedagógica que tem, como pressupostos, a ética, o respeito à dignidade e a autonomia do educando.

Utilizou-se essa abordagem que contribuiu para a sensibilização e preparação de profissionais no que se refere à socialização de conhecimentos entre atores sociais, de forma que pudessem escolher caminhos que considerassem mais adequados para a situação, desenvolvendo para isto, atividades envolvendo três aspectos: cognitivo (informação e conhecimento), afetivo (atitudes e sentimentos) e habilidades.

Durante o processo de desenvolvimento do projeto, tentou-se resgatar a importância do papel de cada envolvido, trabalhando na direção do respeito e do elogio constante daquilo construído por eles.

Ressaltou-se a importância do desenvolvimento do projeto em coletividade e que o trabalho pedagógico era tão importante quanto a realização do teste de visão dado ser o momento de transmitir os conhecimentos dos direitos em relação à saúde ocular e os sobre a saúde dos olhos. Eram eles, os atores sociais atuantes no projeto, principalmente aqueles ligados às escolas, os quais detinham a metodologia e criatividade para tal.

A triagem consistiu na aplicação de testes que possibilitaram: verificar a musculatura extrínseca ocular (movimentos oculares e sinais de presença, ou não, de estrabismo); avaliar as condições do aspecto externo ocular quanto à presença de sinais e sintomas de problemas visuais; e medir a acuidade visual, mediante a aplicação de três métodos adotados, de acordo com a idade da criança, explicitados a seguir.

A triagem visual integrou este estudo como uma ação proposta a ser desenvolvida com crianças de 0 a 7 anos por diferentes atores sociais, inserindo-se como abordagem preventiva e de detecção precoce de problemas visuais, uma vez

que um dos impactos que se esperaria, ao longo do tempo, na faixa etária do estudo, era a redução da morbidade, a partir de atividades desenvolvidas ou por desenvolver com crianças de faixas etárias específicas.

Compreendeu uma afiação do aspecto externo, observação da presença de estrabismo e aplicação dos testes de acuidade visual de acordo com a faixa etária conforme abaixo: 0 a 3 anos – teste de reação à oclusão (LINFUN, 1971; CRAWFORD, 1982) e 3 a 5 anos teste da mãozinha – *jogger hand test*; maiores que 5 anos - teste de Snellen (LIN-FUN, 1971).

Esses testes foram escolhidos pelo fato de serem de fácil execução e entendimento por parte do aplicador e das crianças, além de seu baixo custo.

A criança era encaminhada para o centro de saúde de Morungaba, para reteste com a equipe de enfermagem devidamente capacitada, caso apresentasse acuidade visual menor ou igual a 0,8 ou algum sinal visual persistente. Quando necessário, era encaminhada para o oftalmologista do próprio serviço.

A execução do projeto ocorreu, de acordo com a disponibilidade dos envolvidos, respeitando-se a seqüência: Sensibilização de atores sociais para as questões da saúde ocular; Orientação e habilitação dos envolvidos no projeto; Desenvolvimento da parte prática, com acompanhamento e supervisão; Atividade pedagógica com as crianças, abordando conceitos básicos de saúde ocular; Triagem e retestagem das crianças por professores, pessoal da saúde e mães; Encaminhamento para o oftalmologista do serviço público; Encaminhamento de crianças que apresentaram problemas oculares à escola e ao serviço de saúde, para recebimento de óculos e/ou atendimento de maior complexidade; Tabulação dos dados.

Os treinamentos foram realizados por grupos e duraram cerca de 8 horas, entre teoria e prática. Após o treinamento, era realizado o acompanhamento de cada participante, durante cerca de 10 minutos, em seu local específico de trabalho.

Os envolvidos no projeto tinham que preencher a ficha de saúde ocular de cada criança a ser triada. Foram estimulados a trabalhar o conteúdo pedagógico sobre noções básicas de saúde ocular. Desta forma, principalmente o grupo de professores, teve a oportunidade de usar sua capacidade criativa no preparo de materiais pedagógicos: letras musicais, teatro, cartazes e “*folders*,” sempre com a participação e co-autoria das crianças.

#### 4º Momento – avaliações e divulgação de resultados

Nesta fase, foram realizadas avaliações do processo de trabalho junto aos participantes dado

ser fundamental a sistematização das ações e o entendimento das relações intersectoriais. Discutiu-se com os diferentes atores sociais envolvidos sobre as ações e estratégias de promoção de saúde desencadeadas por eles na comunidade.

Entretanto, vale lembrar que a intenção do projeto, desde seu início, foi deflagrar um processo que fosse assumido por cidadãos locais e que perdurasse no tempo, na perspectiva de se consolidar na gestão atual da Prefeitura Municipal e, posteriormente, ser ampliado, incorporando outras questões relevantes para o Município, na direção do exercício da participação, da cidadania, no contexto da promoção da saúde. Em outras palavras, a intenção não era divulgar dados quantitativos e sim os qualitativos.

## RESULTADOS

O projeto de promoção da saúde ocular e prevenção precoce de problemas visuais foi desenvolvido em oito meses de trabalho no primeiro ano, em 2000, envolvendo mais de 200 atores sociais dos diferentes setores da sociedade – Educação, Saúde, Pastoral da Criança e Mães – que trabalharam para alcançar os objetivos, transformando, criando e ampliando as propostas iniciais (SPERANDIO, 2001).

Para se ter uma idéia mais concreta da abrangência do projeto no município de Morungaba, são apresentados alguns dados referentes às atividades de triagem, desenvolvidas com crianças por atores sociais.

O total de atores sociais envolvidos inicialmente, durante o processo de desenvolvimento do projeto, foi de 61 pessoas.

As mães que participaram do projeto foram as do Bairro São Benedito, considerado pelas autoridades locais como um dos mais carentes do Município.

Por considerar oportuno, assinalam-se algumas características dos grupos envolvidos quanto a:

- sexo – o grupo primou por ser basicamente feminino, com apenas 4,9% (3) do sexo masculino;
- idade – adultos jovens – mediana de idade: 35 anos, idade mínima de 14 anos e a máxima, 61 anos;
- escolaridade – variou desde analfabetos, até pessoal com nível superior: dentre o pessoal da Educação, do total de 33 professores, 51,5% possuíam curso superior, sendo o nível de educação fundamental incompleto mais frequente entre mães, em sua maioria, operárias, e pessoal da Pastoral da Criança, constituído por vo-

luntários da comunidade.

- Em relação ao trabalho realizado pelos diferentes grupos de atores sociais, são apresentados na Tabela I dados referente à triagem visual.

**Tabela 1** - Número de crianças que foram riadas, segundo as categorias de alores sociais, Morungaba, 2000.

Atores sociais	Nº de crianças	%
Professores e monitores de creche	846*	86,2
Pessoal da Saúde	20	2,0
Pastoral da Criança	100	10,2
Mães	15	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>981</b>	<b>100,0</b>

\* Crianças de até a quarta série, que foram incluídas no projeto pelo professores, com o apoio da Diretora da Escola Estadual de Ensino Fundamental, situação não prevista no início do processo.

No espaço de 8 meses, o total de crianças triadas pelos envolvidos no projeto correspondeu a 981.

Conforme a proposta inicial de estudo, a população-alvo compreendia crianças de 0 a 7 anos de idade; entretanto, no processo concreto, os próprios atores sociais, isto é, os professores da rede estadual de ensino fundamental, junto com a direção da escola, decidiram, por sua iniciativa, ampliar a triagem para crianças acima de 7 anos, ou seja, para alunos até a quarta série do primeiro grau, dada a importância atribuída a esse trabalho e à capacidade instalada para sua execução.

Ressalta-se o esforço despendido por professores e monitores de creche, que triaram 846 crianças, correspondentes a 86,2% do total de crianças abrangidas pelo projeto.

Assim, considerando a faixa etária selecionada para este estudo, 0 a 7 anos, o total de crianças triadas correspondeu a 722, o que pode ser verificado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Número e proporção de crianças de 0 a 7 anos triadas, segundo os atores sociais que participaram do projeto, Morungaba, 2000.

Atores sociais	Nº de crianças	%
Professores e monitores de creche	587	81,3
Pessoal da Saúde	20	2,8
Pastoral da Criança	100	13,8
Mães	15	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>722</b>	<b>100</b>

O total de crianças triadas por estes atores sociais (722), correspondeu a s 1,6% da população total de crianças de 0 a 7 anos do Município IBGE (2000).

Este dado refere-se ao primeiro ano do projeto (8 meses) e demonstra a obtenção de uma boa cobertura, ao se considerar o curto período que compreendeu a triagem, o volume e a complexidade do trabalho que a envolveu. Entretanto, em 2000, um grande número de crianças na faixa etária da pesquisa (48,4% no total de 1400), ficou a descoberto, Isto apontou para a necessidade da continuação desse trabalho, tendo como alvo à cobertura de 100%, por se tratar de um projeto que visava à promoção e a prevenção.

É importante citar que a participação do pessoal da saúde foi pequena, comparado com a dos professores, apontando a necessidade de intensificação do trabalho junto a esses profissionais.

A distribuição dessas crianças, segundo a faixa etária, pode ser verificada na Tabela 3. Como já mencionado anteriormente, professores e a Direção da Escola Estadual de Ensino Fundamental Antonio Rodrigues, por iniciativa própria, ampliaram a faixa etária das crianças a serem triadas, envolvendo alunos da 2<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries da referida Escola.

**Tabela 3** - Número e proporção de crianças da Creche, da Educação Infantil e Ensino Fundamental das escolas Municipais, Estaduais e Privadas, triadas por professores e monitores, segundo faixa etária, Morungaba, 2000.

Faixa Etária (anos)	Crianças Triadas nas escolas	
	Nº	%
0-1	6	0,7
2-3	41	4,8
4-5	184	21,7
6-7	356	42,1
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>587</b>	<b>69,4</b>
≥ 8	259	30,6
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>100,0</b>

Nas Escolas Estaduais Rurais do Município, 4 salas de aulas concentravam crianças da primeira à quarta série e, conseqüentemente, a faixa etária encontrada ultrapassava os 7 anos de idade. Dada a dificuldade em excluí-las das atividades programadas, principalmente no que se referia ao teste de acuidade visual, a Diretoria de Educação decidiu estender a faixa etária, incluindo esses alunos, conforme relatado anteriormente.

Essas mudanças – alteração da população alvo do estudo, de crianças de 0-7 anos para crian-

ças acima de 7 anos – foram assumidas pelo projeto, uma vez que caracterizava um processo de construção coletiva, ou seja, do conjunto de atores sociais envolvidos, frente a uma realidade concreta.

A cobertura total alcançada nesta faixa etária nas diferentes unidades escolares foi de 93,6%. Quando vista, segundo os tipos de unidade escolar, essa variou entre 89,0% a 100%, o que pode ser considerado um excelente resultado. A mais baixa cobertura obtida foi nas Escolas Municipais de Educação Infantil 89,0% – mas que ultrapassou a meta pretendida pelo projeto, quando apresentado para as autoridades locais, que era de 80% para essa faixa etária.

O número total de crianças de 0 a 7 anos de idade, triadas por professores, educadores de creche e pessoal da Pastoral da Criança, que apresentaram problemas visuais, confirmados pelo oftalmologista, está descrito na Tabela 4.

**Tabela 4** - Número e proporção de crianças com problemas visuais confirmados por médico oftalmologista, após triagem dos professores, educadores de creche e pessoal da Pastoral da Criança e Mães, por grupos etários. Morungaba, 2000\*

Grupo Etário (anos)	Crianças com problemas visuais		Total de crianças triadas	
	Nº	%	Nº	%
0-1	4	11,1	36	1,0
2-3	5	8,2	61	7,0
4-5	23	10,2	224	11,3
6-7	51	13,9	166	60,7

\* Os resultados da triagem visual realizada pelo pessoal da saúde e mães estão sendo recuperados pois houve extravio.

Em relação à proporção de crianças com problemas visuais encontrados na população do estudo, de acordo com os resultados (12,1%), manteve-se dentro dos parâmetros de comparação da literatura científica que aponta entre 10 a 20% das crianças em idade escolar, que podem apresentar alguma perturbação oftalmológica (CBO, 1998).

Crianças que não estavam freqüentando a escola/creche correspondiam, em dezembro de 2000, a cerca de 120, sendo que a maioria delas pertencia à faixa etária de 0 a 4 anos. Estas foram triadas pelo pessoal da Pastoral da Criança e da Saúde, de acordo com sua disponibilidade.

De acordo com a literatura, o problema visual mais prevalente, em crianças nesta faixa etária, são os erros refracionais que, neste estudo, foi de 53,4% (39) em relação ao total dos problemas oftalmológicos encontrados (73), seguidos de

estrabismo (8) e ambliopia, 11,0% (8); na proporção de crianças com “outros” problemas oftalmológicos (18), foram considerados os diferentes processos infecciosos como conjuntivites, hordeólos, calázios, blefarites, além de outras não infecciosas mas não tão freqüentes de serem encontradas como é o caso da ptose palpebral.

Com referência ao trabalho de promoção da saúde e triagem visual, realizado pelo pessoal da Pastoral da Criança, ressalta-se que essa tarefa representou uma primeira experiência. Em sua rotina, mantiveram as ações de pesagem e medição de estatura de crianças recém-nascidas até cinco anos de idade, com o objetivo de combater a desnutrição.

O grupo da Pastoral se propôs a colaborar com o projeto Ver e Viver. Além das atividades que a fizeram conhecida face a sua eficácia e simplicidade, foram de grande auxílio as atividades empreendidas pela Pastoral devido ao seu conhecimento da comunidade mais carente de Morungaba. Este fato contribuiu para que o projeto pudesse aumentar a cobertura, principalmente em relação às crianças menores de 3 anos de idade, muitas delas, até então, fora da creche.

O pessoal da Pastoral da Criança triou 100 crianças, seguindo a mesma metodologia de triagem visual utilizada por professores, citada anteriormente, qual seja, após a triagem da criança, diante de suspeita de alguma dificuldade visual, procedia-se ao reteste e, diante da confirmação da suspeita, encaminhava-se a criança ao centro de saúde.

O próprio coordenador da Pastoral encarregava-se de levar as crianças com suspeita de algum problema visual até a unidade de saúde.

A participação da Pastoral foi de extrema importância, possibilitando ampliar a cobertura, bem como manter a continuação do projeto de promoção, garantindo atingir os grupos sociais excluídos, localizados sobretudo nas áreas rurais e periféricas do município.

Do total das 100 crianças triadas, 10 (10,0%) apresentaram problemas visuais, confirmados por médico oftalmologista, não se distanciando do que referem as referências bibliográficas.

Em relação ao pessoal da área da saúde, os 2 centros de saúde existentes no Município realizaram, em 2000, triagem visual em um número pequeno, de crianças que estavam fora da escola, mas faziam os retestes em todas as crianças encaminhadas ao centro de saúde para consulta oftalmológica.

O que pode confirmar a teoria que o setor da saúde apresenta uma certa dificuldade em deslocar-se de seu espaço para levar conhecimento e trazer outros para o seu ambiente de trabalho.



Contudo, a intersetorialidade foi sendo construída na medida em que apareciam as necessidades e fluiu, de forma crescente, com a participação dos diferentes setores e instituições: saúde, educação, promoção social e ONG.

O trabalho com uma amostra da população de mães, do bairro São Benedito, local considerado carente pelas autoridades locais, foi interessante do ponto de vista de apreender o que sabem e como vêem os problemas da vida, de forma geral.

Elas participaram ativamente do treinamento. Mesmo cansadas depois de uma jornada dupla de trabalho (em casa e na fábrica ou na casa de família), estavam dispostas a aprender e falar o que sabiam, rir, brincar, conversar sobre as dificuldades da vida e preocupações com os filhos no mundo de hoje.

Elas desenvolveram o trabalho muito timidamente, mais no bairro onde moravam e com alguns familiares. Contudo, a experiência vivenciada provocou nas autoras um processo reflexivo no sentido que devemos envolvê-las em diferentes atividades, na medida do possível, pois as mães estão ávidas por aprender e ensinar.

Das crianças encaminhadas pelas escolas, creche e Pastoral da Criança, 83,2% foram atendidas pelo médico oftalmologista do setor público. Esta situação era esperada, dado que o único oftalmologista existente na cidade prestava assistência apenas no setor público, sendo mais fácil e menos oneroso para os pais da crianças, a ele recorrerem.

Desta forma, as crianças com suspeita de algum problema visual recorreram, em sua maioria, ao serviço público de saúde, seguindo as indicações sugeridas pelos atores sociais. Apenas 18% delas procuraram os serviços privados de saúde.

As crianças que necessitaram de óculos apresentando erro refracional, ambliopia e/ou estrabismo, receberam a armação e as lentes da Fábrica Sorel e da Ótica Nossa Senhora do Belém respectivamente, parcerias estabelecidas a partir do projeto. Foram doados 51 óculos enquanto os demais foram adquiridos através de recursos próprios da família, por opção. Esta parceria continuou em 2002.

Acredita-se que os resultados mais relevantes deste trabalho se referem aos resultados qualitativos obtidos durante o processo da construção do projeto.

Em 3 anos da implantação do projeto, o serviço público de saúde ocular o local foi equipado a partir de reivindicações dos usuários, pela Prefeitura Municipal, com aparelhos mais sofisticados, necessários a uma assistência com qualidade.

Em termos qualitativos, muitos ganhos apontaram na direção da promoção da saúde. Realizou-se, em 2000, uma Exposição das atividades sobre a saúde ocular desenvolvida pelos alunos, professores e monitoras de creche em um espaço público de Morungaba – na Casa da Cultura –, com o objetivo de valorizar, registrar e divulgar as informações, valorizando a produção das crianças e da equipe de educação.

Juntamente com as autoras, os atores sociais envolvidos criaram instrumentos básicos de apoio para as atividades, com o objetivo de padronizar procedimentos, que consistiram em: manual sobre “Promoção da Saúde Ocular e Detecção Precoce de Problemas Visuais”; a criação do “slogan”: “VER E VIVER! Construindo um Projeto de Promoção da Saúde Ocular”; sete personagens foram criadas para o projeto, com o objetivo de que as pessoas as adotassem como auxiliares no trabalho com as crianças; a criação de um jogo interativo chamado Olho Mágico, útil para fixar os conhecimentos básicos de saúde ocular, utilizado ao final de cada treinamento com os participantes para realizar um resumo do que havia sido trabalhado em grupo; a produção de um filme com crianças, professores e monitores de creche, em situação de ensino-aprendizagem sobre ações básicas de saúde ocular, e um “folder”, com historinhas em quadrinhos, abordando os cuidados com os olhos e o que fazer para protegê-los.

Todas as ações e (re)criações tiveram a participação dos diferentes setores da sociedade e da organização não governamental.

A sustentabilidade do projeto foi evidenciada pela criação de uma lei em 2000, no final da gestão política anterior, institucionalizando ações de promoção da saúde ocular e prevenção de problemas visuais para crianças de até 8 anos, com envolvimento dos setores da saúde e da educação.

A continuidade do trabalho foi garantida pois, em 2001, a nova gestão política local assumiu as atividades propostas pelo projeto e ampliou a triagem visual para os escolares da faixa etária até 12 anos ou até a quarta série do Ensino Fundamental.

Em junho de 2002, os professores, em parceria com o pessoal da saúde do serviço público e apoio da Prefeitura Municipal de Morungaba, organizaram o projeto Ver e Viver (nome dado ao projeto pelos participantes) na Praça, com o objetivo de divulgarem as noções básicas de saúde ocular e realizarem triagem visual em crianças que não estavam vinculadas às escolas, principalmente as menores de 3 anos.

Nesses momentos metodológicos do trabalho, os atores sociais locais, com o apoio da

Prefeitura Municipal, principalmente os da Educação, recriaram/criaram e, deste modo, apropriaram-se do projeto, indicando uma reflexão coletiva do porque fazer e de como fazer.

## CONCLUSÕES

As estratégias utilizadas na construção e desenvolvimento do projeto em Morungaba, na perspectiva da promoção da saúde, podem e devem ser aplicadas em qualquer área da saúde e com qualquer cidadão, desde que haja vontade política, participação popular, planejamento estratégico, estabelecimento de alianças e intersectorialidade.

De início, o projeto teve características verticalizantes em que o nível político-institucional atuou de forma vital para sua construção, tornando-o factível e aceitável. Porém, durante sua implementação, passou a apresentar condições de deslocar esse foco para uma outra direção: a partir das ações/atividades que foram sendo adequadas à realidade local, durante o processo de treinamento, propiciou o envolvimento dos atores sociais, no sentido de tomar para si o Projeto. Assim, este foi sendo transformado, permitindo novas articulações, parcerias, caracterizando-o como uma construção mais coletiva, mais participativa e mais condizente com o perfil da cidade.

Em oito meses de trabalho, 981 crianças foram atendidas pelo Projeto: 722, entre 0 e 7 anos e 259, com idade acima de 7 anos, em 2000.

Em 2001, a nova gestão política local ampliou a faixa etária de crianças de 0 a 12 anos. Cerca de 1600 crianças foram triadas, no total, até novembro de 2002.

A triagem visual detectou cerca de 12% de crianças com problemas visuais e, em 2002, cerca de 10%. As ações propostas e desenvolvidas foram de baixo custo, utilizando a mão de obra local.

Mas os resultados que deram forma ao trabalho foram os qualitativos, em que os atores sociais locais passaram a se articular, desenvolveram ações intersetoriais e interinstitucionais, estabeleceram parcerias para se atingir os objetivos básicos, e todo este processo foi sendo construído, a partir da sensibilização e criação de espaços para produção de novos saberes, neste caso, sobre saúde ocular, possibilitando o fortalecimento de grupos sociais e indivíduos para exer-

citarem a defesa de seus direitos sociais, mediante a participação no processo.

O trabalho desenvolvido em Morungaba foi/é uma demonstração de que é possível coletivizar ações de saúde, com a participação de diferentes atores sociais, mediante o desenvolvimento de um processo de reformulação de valores e objetivos comuns, formando-se uma rede de comunicação e de trabalho solidário.

As estratégias para implantação de ações de promoção e proteção da saúde ocular para crianças implantadas em Morungaba, em 2000, alcançaram diferentes resultados, fruto do esforço de seus participantes, que acreditaram na possibilidade de um trabalho coletivo.

A reformulação e criação de uma política pública, que incluiu a triagem visual como parte da política de saúde local, voltada à população infantil, mediante promulgação de uma lei municipal, tornando-a obrigatória para a faixa etária de 0 a 8 anos, deu ao projeto legitimidade. Além disso, ocorreram novas aquisições de aparelhagem do serviço de saúde para a assistência condizente, otimização de vagas de oftalmologia, por necessidade provocada pelos moradores da cidade.

No plano processual, a continuidade dos trabalhos, a sustentabilidade, foi garantida por meio da cobertura, em 2002 e 2003, ampliando-se para escolares até quatro séries do ensino fundamental, com a reformulação da lei pela nova Prefeita. Houve continuidade não apenas da triagem visual mas, principalmente, das atividades de promoção no sentido de reconhecer seus direitos e (re)aprender determinadas ações na busca de melhor qualidade de vida.

Estas considerações reafirmam a idéia de que o desenvolvimento de projetos para uma dada população local em que haja participação das pessoas nas diferentes etapas do trabalho pode significar o início de um processo em que os atores sociais locais assumam a posição de protagonistas, garantindo a continuidade do projeto, com o compromisso de ampliação de horizontes, incorporando outras questões relevantes para a qualidade de vida dos moradores de um Município.

## AGRADECIMENTO

A Keiko Buralli, por ter me ensinado muito mais do que os simples passos de desenvolvimento de um trabalho de doutorado, com tranquilidade e alegria.

**Abstract:** The purpose of this study was the description of the strategic steps for the construction and implementation of a Project eye health promotion and visual problem prevention to children below 7 years of age in the city of Morungaba, São Paulo, with the participation of local social actors - from education and health sectors, non-governmental organizations and families - that interact with the children population. This was an investigation-action Project which aimed at analyzing the developed process focusing on the social actors' participation, utilizing a methodological process built during the development of the Project. The more important results were qualitative. The Project has implemented in the city: health education actions developed with the social actors and with the children, the targeted population; actions among different sectors and institutions (City Administration, Education, Health and Non-Governmental organizations). Partnerships were established with local companies. The political and institutional local leadership took the Project over and was committed to its continuity: a law was created institutionalizing eye health promotion and visual problem prevention in public education; public and private sectors ran the Project through integrated actions; inter and intra sectorality were achieved and the Project established conditions for its self-sustentation.

**Key-words:** health promotion; eye health; children; sectoral integration; participation.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CBO - Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Manual de orientação - veja bem Brasil. São Paulo, Imprensa Oficial, 1998.
- CERQUEIRA, M.T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ARROYO H V; CERQUEIRA, M.T. (Eds.). *La promoción de la salud y la educación para la salud em America latina.un análisis sectorial*. San Juan, Puerto Rico, Ed. Univ. de Puerto Rico /OPAS, 1997. p.748.
- CRAWFORD, J. S.; MORIN, J. D. *The eye in childhood*. Toronto, Dep. Ophthalmology, 1982.
- FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Rev. Adm. Pública*, 32(2): 46-60,1998.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à política educativa. 133 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1999.
- FUNDAÇÃO IBGE. Dados preliminares do censo de 2000. [on line] Rio de Janeiro, 2000 Disponível em URL: <http://www.ibge.gov> [2001-8 Fev.].
- KARA-JOSÉ, N.; OLIVEIRA, R. C. *Mitos e verdades: olhos*. São Paulo, Contexto, 1997.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community. an epidemiological approach*. 3<sup>rd</sup> ed. New York, MacGraw-Hill, 1965.
- LIN-FUN, J. S. Vision screening of children. US Department of Health, *Maternal and Child Health Service*, 1971, p. 12-13.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI*. Brasília, DF, 1997. (Setor de informação, Educação e Comunicação).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* (documento para discussão). Brasília, Ed. M S,2002.
- NAIDOO, J.; WILLS, J. *Health promotion: foundations for practice* 3 ed. London, Bailière Tindall,1996.
- NUTBEAM, D; HARRIS, E. *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion* Sydney, Departament of Public Health and Community Medicine-University of Sydney, 1998,
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Municipios y comunidades saludables.Guia de los Alcades para promover calidad de vida*. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC, OMS, 2002.
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Primary eye care manual*. Washington, DC, 1985. p. 1 42
- SANTOS, L. L. *Textos de serviço social*. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo, Cortez, 1993.
- SPERANDIO, A. M. G Construção de um projeto de saúde ocular para crianças: análise da participação, Morungaba, SP - 2000. [Tese de Doutorado Faculdade de Saúde Pública, USP, 2001].
- SPERANDIO, A. M. G A promoção da saúde ocular e a prevenção precoce de problemas visuais nos serviços de saúde pública de Campinas. *Rev. Saúde Pública*, 33, 513-520, 1999.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo, Cortez, 1998.
- THYLEFORS, B. A simplified methodology for the assessment of blindness and its main causes. *World Health Stat Q*, 40, 129-141, 1987.

WHO-World Health Organization. *Health promotion a discussion document on the concept and principies*. Copenhagen, 1984  
WHO-World Health Organization. *Fifth Global Conference for Health Promotion Health Promotion: bnnnging the equity gap. Conference report*. Geneva, 2000. [Docuinent on line] Available at: URL: [2001 5 Feb.]

ZANCAN, L. et al. Promoção da saúde coino caminho para o desenvolvimento local. A experiência de Manguinhos. *Brasco/Fiocruz*, 5, 20-35, 2002

*Recebido em 19/05/2003*  
*Modificado em 05/09/2003*  
*Aprovado em 18/09/2003*