



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa**



Raquel Malta Fontenele

**SAÚDE OCULAR EM ESCOLARES: CONHECIMENTOS, ATITUDES E
PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**

**Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Inês Sousa**

**Rio de Janeiro - RJ
Dezembro/2013**

Raquel Malta Fontenele

**SAÚDE OCULAR EM ESCOLARES: CONHECIMENTOS, ATITUDES E
PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, vinculado ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC), da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 16 de dezembro de 2013, por:

Prof^a. Dr^a. Ana Inês Sousa (Presidente)
Doutora em Ciências.

Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Carlos dos Santos Silva (1^o examinador)
Doutor em Saúde Pública.

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dr^a. Maria Catarina Salvador da Motta (2^a Examinadora)
Doutora em Enfermagem.

Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Alexandra Schmitt Rasche (suplente)
Doutora em Enfermagem.

Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Rosane Harter Griep (suplente)
Doutora em Ciências.

Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

FICHA CATALOGRÁFICA**Fontenele, Raquel Malta**

Saúde ocular em escolares: conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros. Raquel Malta Fontenele - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013. xvi, 128.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Inês Sousa

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de pós-graduação em enfermagem, 2013.

Referências Bibliográficas: f.9102-112

1. Saúde Escolar. 2. Saúde Ocular. 3. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. 4. Enfermagem. 5. Atenção primária à Saúde. I. Sousa, Ana Inês. II. Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

CDD 610.73

Para Alciomar e Bernarda, por serem
minha riqueza, meu tesouro mais caro, “vida minha”.
Por me apoiarem em todos os momentos e permitirem que eu
aprenda o verdadeiro sentido da palavra ‘realização’.

Para João Neto e Cacilda, meus braços e minha vida.
Sem vocês nada eu seria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao nosso Pai, que tanto nos deseja o melhor e nos protege de todos os males, Deus! Agradeço a Nossa Senhora da Conceição, pela força e pela proteção, pelo colo de todas as horas.

À minha família amada e minhas amigas queridas, que moram em minha cidade natal, Teresina – Piauí, que tanto entenderam os momentos de ausência. Mesmo com uma distância entre nossas cidades, sempre senti as boas vibrações de todos.

Ao meu marido, pela paciência, apoio, incentivo, companheirismo, amor e dedicação em todos os momentos.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Ana Inês Sousa, que com muita paciência e sabedoria soube ensinar e me guiar neste início de trajetória. Obrigada pelas tardes de orientação, pela confiança de sempre, pelos inúmeros conselhos e pela sua presença tão iluminada em nossas vidas.

À família carioca, meus tios Aldi Fontenele e Madalena Fontenele, aos primos Mariana Fontenele e Pedro Ariano Fontenele, pela moradia tão bem receptiva, pela companhia maravilhosa e pelo apoio em momentos decisivos.

Aos amigos cariocas, em especial Márcia Martins, Priscila Andrade, Amanda Meneleu e Isabella Moraes, pela paciência nos momentos de ausência, pelas lamentações ouvidas, pelo colo e pelo ombro amigo de todas as horas.

A todos da Coordenação do Curso de Pós-graduação da EEAN/UFRJ, em especial aos docentes que por dois anos se dedicaram a nos ensinar e em especial aos funcionários Sônia Maria Xavier e Jorge Anselmo, pela paciência.

À Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, em especial a todos da Coordenação do Programa de Saúde na Escola do Município do Rio de Janeiro.

À Coordenadora de Área de Planejamento 3.1, em especial a Márcia Reis, Carolina Santa Rosa de Oliveira e todos os apoiadores de saúde da área Michelle Nadai, José Columbano, Eliane Paixão, André Ramos, Carla, Teresa, Telma e Neyse Couto, agradeço pela ajuda, apoio e empenho excelente.

A todos os professores no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC), em especial à Maria Helena Nascimento Souza por ter confiado desde o início.

À Enf M^a. Maria Teresa dos Santos Guedes, pela força e incentivo de todos os dias e a todos da equipe do Banco Nacional de Tumores do Instituto Nacional do Câncer.

Aos colegas do curso de mestrado pelo compartilhamento de experiências e aprendizado conjunto, em especial a Thais Castro Palermo e Rosa Gomes, amiga de todas as defesas, qualificações, seminários e de alegrias!

Aos membros efetivos e suplentes da Banca Examinadora desta dissertação, pelo apoio e incentivo: Prof^a. Dr^a Ana Inês Sousa, Prof^a. Dr^a Maria Catarina, Prof. Dr Carlos dos Santos Silva, Prof^a. Dr^a Alexandra Schmitt Rasche, Prof^a. Dr^a Rosana Harter Griep.

RESUMO

FONTENELE, Raquel Malta. Saúde ocular em escolares: conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros da estratégia saúde da família de uma área de planejamento no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

O objetivo deste estudo foi analisar os conhecimentos, as atitudes e as práticas sobre saúde ocular em escolares dos enfermeiros que atuam na Equipe de Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) com enfermeiros (n = 94) lotados na Área de Planejamento 3.1. O período de coleta de dados foi entre maio e junho de 2013, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, sob o protocolo 240.019. Os dados foram digitados, revisados e analisados utilizando o *software* Epi-Info (versão 3.5.2). Os resultados, após análises univariadas com distribuição de frequências simples, foram apresentados em tabelas e quadros e apresentados separadamente de acordo com cada variável do método. Destaca-se a predominância do sexo feminino (84%), com tempo de formação de um a cinco anos (49,9%) e 21,3% tiveram cargo de gerente de Unidade Básica. No consolidado dos percentuais de respostas adequadas, a população estudada apresentou conhecimento adequado (61,26%), atitude positiva (90,15%) e, em destaque, um percentual baixo de práticas adequadas (36,43%). O nível de conhecimento e atitudes foi favorável, visto que a maioria das respostas demonstrou ser adequada. Com relação à prática, o baixo nível evidenciou que, no momento da realização da pesquisa, poucos praticavam ações voltadas para saúde ocular em ambiente escolar, assim como no ambiente ambulatorial. O método utilizado permitiu que os objetivos fossem alcançados, sendo que o estudo possibilitou a realização de um diagnóstico seccional da área de planejamento sobre a promoção da saúde voltada para saúde ocular, permitindo a descrição dos conhecimentos, atitudes e práticas. Contudo, recomendam-se melhorias no âmbito da intersetorialidade, assim como o melhor envolvimento das Equipes de Saúde da Família com as Unidades Escolares pertencentes ao seu território. Espera-se contribuir com as práticas dos gestores frente à tomada de decisão para melhor articulação das ações, para que possamos enaltecer a prática e reforçar os princípios da Atenção Básica e do Programa Saúde na Escola, assim como contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços e das ações voltada para prevenção, diagnóstico precoce e intervenções na saúde ocular voltada para os escolares.

Palavras-chaves: Saúde Escolar; Saúde Ocular; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

FONTENELE, Raquel Malta. Eye healthcare for school children: Family Healthcare Strategy's Nurses knowledge, attitudes, and practices at a Planning Area in the Municipality of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

The aim of this study is to analyze the knowledge, attitudes and practices of Nurses who work with the Family Health Strategy Staff, in regards to the eye healthcare in school children. This is a descriptive study, of the KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) kind, with Nurses (n=94) with a position at the Planning Area 3.1. The timeline for data collection was from May to June, 2013, after the approval granted by the Research Ethics Committee at the Escola de Enfermagem Anna Nery, #240.019. Data was digitalized, revised and analysed using the Epi-Info (version 3.5.2) software. After univariate analyses with simple frequency distribution, the results were presented in tables and charts, and were separately presented according to each method's variable. The predominance of female gender (84%), time of finishing education (49.9%), and having occupied the Basic Unit's managing position (21.3%) were highlighted. The consolidated percentages of adequate responses showed that the studied population presented adequate knowledge (61.26%), a positive attitude (90.15%), and, highlighted, a low percentage of adequate practices (36.43%). The level of knowledge and attitude were favorable, since the majority of answers showed to be adequate. In relation to the practice, the low level indicated that, at the time of the research, there were only a few actions in practice that were turned to the Eye Healthcare at the school environment, as well as at the outpatient environment. The method used permitted that the objectives were reached, and the method enabled to make a sectional diagnosis of the Healthcare promotion for the Eye Healthcare, allowing the description of knowledge, attitudes, and practices. Nevertheless, improvements in the inter-sectional area, as well as the better involvement of the Family Healthcare Staffs with the School Units pertaining to their territory are advised. It is hoped that we may help the managers who are faced with decision making to better articulate actions; that we may contribute to the reinforcement of the Basic Healthcare, and the School Healthcare Program principles; as well as to contribute with the improvement in the quality of services and actions regarding prevention, early diagnosis, and interventions in school children eye healthcare.

Keywords: School Healthcare; Eye Healthcare; Knowledge, Attitude and Practices in Healthcare. Nursing. Health Care (PublicHealth).

RESUMEN

FONTENELE, Raquel Malta. La salud ocular en escolares: conocimientos, actitudes y prácticas de los enfermeros de la estrategia salud de la familia de un área de planeamiento en el Municipio de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud ocular en escolares de los enfermeros que actúan en el Equipo de Salud de la Familia. Este es un estudio descriptivo, de tipo entrevista KAP (Knowledge, Attitudes and Practices) con enfermeros (n = 94) que trabajan en el Área de Planeamiento 3.1. El período de coleta de datos fue entre mayo y junio de 2013, después de la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la Escola de Enfermagem Anna Nery, bajo número 240.019. Los datos fueron digitalizados, revisados y analizados usándose el software Epi-Info (versión 3.5.2). Los resultados, después de análisis univariadas con distribución de frecuencias simples, fueron presentados en tablas y cuadros, y fueron presentados en separado de acuerdo con cada nivel del método. Destacase la predominancia del sexo femenino (84%), con tiempo de formación de uno a cinco años (49.9%) y 21.3% tuvieron la posición de gerente de Unidad Básica. El resultado consolidado presentó porcentuales de respuestas adecuadas: la población estudiada presentó conocimiento adecuado (61.26%), actitud positiva (90.15%) y, destacándose, un bajo porcentual de prácticas adecuadas (36.43%). El nivel de conocimiento y actitudes fue favorable, ya que la mayoría de las respuestas demostró ser adecuada. Con relación a la práctica, el bajo nivel puso en evidencia que, en el momento de realización de la investigación, eran pocos los que practicaban acciones direccionadas a la salud ocular en el ambiente escolar, bien como en ambiente de ambulatorio. El método utilizado permitió que los objetivos fueran alcanzados, y además, el método posibilitó la realización de un diagnóstico seccional de la area de planeamiento sobre la promoción de salud ocular, permitiendo la descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas. Sin embargo, se recomiendan mejorías en el ámbito de la inter-sectorialidad, así como el mejor involucramiento de los Equipos de Salud de la Familia con la Unidades Escolares que pertenecen a su territorio. Esperase que posamos ayudar a los gestores que están ante tomadas de decisiones a que mejor articulen sus acciones, que podamos contribuir para que refuercen los principios de la Atención Básica y de lo Programa de Salud en la Escuela, así como contribuir con la mejoría de la calidad de los servicios y de las acciones direccionadas para la prevención, diagnóstico temprano y intervenciones en la salud ocular de los escolares.

Palabras clave: Salud Escolar; Salud Ocular; Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud. Enfermería. Atención a la Salud.

“Vejo, vejo... o céu azul.
Vejo, vejo... o verde mar.
Vejo, vejo... tantas coisas,
que não as posso contar!
Ouço a chuva e o vento,
ouço o trovão a trovejar,
ouço os pássaros cantar
e ouço as rãs coachar.
Vejo e ouço tantas coisas,
que não as posso contar.”

Poema da Visão – Lariça Betfuer
(BETFUER , 2010)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Aproximação com o tema	4
1.2	Tema do estudo.....	7
1.3	Objetivos	7
1.3.1	Objetivo geral	7
1.3.2	Objetivos específicos	7
1.4	Justificativa e relevância	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	11
2.1	Histórico da promoção de saúde do escolar	11
2.2	Acuidade visual e saúde do escolar	18
2.3	Atenção Básica e Equipe de Saúde da Família	24
2.4	Programa de Saúde na Escola: contexto nacional e local	30
2.5	Saúde ocular no Brasil e no município do Rio de Janeiro	36
3	CAMINHOS METODOLÓGICOS	44
3.1	Tipo de pesquisa	44
3.2	Cenário da pesquisa	46
3.3	População	49
3.4	Critérios de exclusão	52
3.5	Definições das variáveis.....	52
3.6	Instrumento de coleta de dados	53
3.7	Pré-Teste	53
3.8	Etapas de coleta de dados	54
3.9	Análise de dados	57
3.10	Aspectos éticos	59
3.11	Limitações do estudo	60

4	RESULTADOS	61
4.1	Características da amostra	61
4.2	Dados sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre acuidade visual e Programa de Saúde na Escola	63
4.3	Variáveis sobre as atitudes dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família voltadas para a saúde ocular em escolares	68
4.4	Dados sobre a prática dos enfermeiros da ESF na promoção da saúde ocular em escolares	71
4.5	Frequência de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas	75
4.6	Descrição das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros sobre a realização da saúde ocular	76
5	DISCUSSÃO	79
5.1	Características sociodemográficas e formação profissional da população estudada	79
5.2	Conhecimentos dos enfermeiros da ESF sobre acuidade visual	81
5.3	Discussão sobre as atitudes dos enfermeiros da ESF voltadas para saúde ocular em escolares	85
5.4	Prática e ações dos enfermeiros da ESF voltadas para a saúde ocular em escolares	88
5.5	Dificuldades sobre a implementação de ações voltadas para saúde ocular em escolares	93
6	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	96
6.1	Recomendações	98
6.1.1	Recomendações para os profissionais da saúde – enfermeiros	98
6.1.2	Recomendações para os gestores	99
6.1.3	Recomendações para ensino e pesquisa	100
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	- Atenção Primária em Saúde
APs	- Áreas de Planejamento
BOPE	- Batalhão de Operações Especiais
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AV	- Acuidade Visual
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAP	- Coordenação Regional da Área de Planejamento
CBO	- Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CF	- Clínica da Família
CMS	- Centro Municipal de Saúde
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRE	- Coordenadoria Regional de Educação
CSE	- Centro de Saúde e Escola
ESF	- Estratégia Saúde da Família
eSF	- Equipe de Saúde da Família
EPS	- Escolas Promotoras de Saúde
GTI	- Grupo de Trabalho Intersetorial
KAP	- Conhecimentos, atitudes e práticas (Knowledge, Attitudes and Practices)
NSEC'S	- Núcleos de Saúde nas Escolas e nas Creches
NUPENSC	- Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PMSEC	- Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche
POSE	- Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar
PSE	- Programa de Saúde na Escola
RA	- Região Administrativa
SMS	- Secretária Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SMSDC	- Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil

SME	- Secretaria Municipal de Educação
SMAS	- Secretaria Municipal de Assistência Social
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UMO	- Unidade Móvel de Oftalmologia
USF	- Unidade de Saúde da Família
UPP	- Unidade de Polícia Pacificadora

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	– Distribuição total e por Área de Planejamento da cobertura de Equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, 2013	28
Figura 2	– Mapa do município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento	47
Figura 3	– Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro, 2013	49
Figura 4	– Diagrama de constituição da população do estudo	51
Gráfico 1	- Distribuição dos percentuais de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas entre os entrevistados (n = 94)	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Metas e Prioridades do Plano Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro da missão da Coordenação de Saúde Escolar, 2012	42
Quadro 2	- Distribuição demográfica das Regiões Administrativas (RA) da AP 3.1, segundo SMSDC – Rio de Janeiro, 2013	48
Quadro 3	- Distribuição entre apoiadores de territórios e unidades de saúde da CAP 3.1 – Abril de 2013	55
Quadro 4	- Descrição das definições de conhecimento, atitudes e práticas adequadas no contexto deste estudo	58
Quadro 5	- Distribuição dos entrevistados segundo fonte de informação sobre saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	65
Quadro 6	- Distribuição sobre quais os principais sintomas que podem surgir no ato do exame físico e que caracterizam acuidade visual alterada, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 9)	65
Quadro 7	- Distribuição dos entrevistados sobre quais os principais erros de refração, percebidos nas crianças, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro (n = 94)	66
Quadro 8	- Distribuição dos entrevistados sobre os sinais e sintomas identificados em sala de aula, sugestivos de alteração na acuidade visual, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	67
Quadro 9	- Descrição dos percentuais sobre o conhecimento dos enfermeiros da ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	68
Quadro 10	- Distribuição da opinião dos entrevistados sobre qual o recurso mais efetivo para atingir a população, a fim de promover a saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	70
Quadro 11	- Descrição dos percentuais sobre as atitudes dos enfermeiros da ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	71
Quadro 12	- Distribuição dos entrevistados sobre o que os levou a investigar a alteração visual nos casos que foram investigados, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 62)	72
Quadro 13	- Distribuição dos entrevistados sobre a melhor maneira de receber informação sobre o tema acuidade visual, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	74
Quadro 14	- Descrição dos percentuais sobre as práticas dos enfermeiros da ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	75
Quadro 15	- Distribuição dos entrevistados sobre as dificuldades para realizar a promoção da saúde ocular na área adscrita, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 48)	77
Quadro 16	- Resposta dos entrevistados sobre as dificuldades em adquirir material para distribuição voltado para os profissionais, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 37)	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição dos entrevistados segundo as características sociodemográficas e a formação profissional dos enfermeiros, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	62
Tabela 2	- Distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento relativo ao tema saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	64
Tabela 3	- Distribuição dos entrevistados sobre a procura de algum profissional para obter informação sobre saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94))	66
Tabela 4	– Distribuição dos entrevistados sobre a situação do PSE na área adscrita, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	69
Tabela 5	– Relato dos entrevistados sobre identificação do paciente com alteração visual no momento da consulta de enfermagem na ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	71
Tabela 6	– Relato dos entrevistados sobre realização do exame para identificar alteração na acuidade visual AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	72
Tabela 7	– Relato dos entrevistados sobre se já realizou alguma ação de saúde ocular nas escolas (n = 94)	73
Tabela 8	– Distribuição dos entrevistados sobre quais ações são realizadas para a promoção da saúde ocular (n = 94)	73
Tabela 9	– Distribuição dos entrevistados sobre recebimento de caso encaminhado com suspeita de alteração na acuidade visual, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)	74
Tabela 10	– Respostas dos enfermeiros sobre a alguma dificuldade em realizar a promoção de saúde ocular na área que trabalham (n = 94)	76
Tabela 11	– Distribuição dos entrevistados sobre as dificuldade em adquirir material para distribuição voltado para os profissionais, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n=94)	77

1. INTRODUÇÃO

A visão desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança. É importante para o aprendizado e recebimento da informação sensorial do meio externo. A prevenção e a detecção precoce de deficiências oculares na infância são os melhores recursos para evitar visão subnormal e essas ações poderão ser desenvolvidas, preferencialmente, no ambiente escolar, por se tratar de instituições com grande concentração de crianças (CAVALCANTI JUNIOR *et al*, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), aproximadamente 20% dos escolares brasileiros apresentam alguma alteração ocular e 10% necessitam usar óculos para correção de erros de refração (hipermetropia, miopia e astigmatismo), sendo que há evidências de que 5% dos escolares apresentam alguma redução grave de acuidade visual (BRASIL, 2013).

De acordo com censo geral realizado em 2010, existem no Brasil 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência e, destas, 48,1% são deficientes visuais. Dentre os deficientes visuais, 148 mil pessoas são cegas, sendo que, de acordo com as estimativas, cerca de 90% dos casos poderiam ter sido evitados com ações de promoção da saúde e prevenção (CEZARIO *et al*, 2010). A prevalência de cegueira infantil no Brasil é de 1,0 a 1,5 para cada 1.000 crianças e, destes, segundo Taleb, Ávila e Moreira (2009), no período de realização do estudo em 2009, existiam cerca de 7,5 milhões de crianças em idade escolar portadoras de algum tipo de deficiência visual e apenas 25% delas apresentam sintomas.

No ambiente escolar, os profissionais da saúde, em destaque o enfermeiro, podem atuar mediante realização de ações que conduzam a uma atenção integral. Neste sentido, cabe aos profissionais da saúde o delineamento de ações de promoção da saúde voltadas para as crianças em idade escolar, assim como as famílias e profissionais da área de educação, desenvolvendo as capacidades para o autocuidado e identificação precoce de problemas (PINTANEL, GOMES *e* XAVIER, 2013).

Para Laingner, Castro *e* Sá (2010), pesquisar a acuidade visual possibilita a assistência primária do enfermeiro junto aos escolares, sendo conduta que promove bom rendimento no processo aprendizagem do escolar, obtendo melhorias que influirão na

qualidade de vida das crianças. As alterações oculares, quando não detectadas precocemente, podem acarretar consequências negativas para o estudante, uma vez que limita a visualização das informações que são passadas através de textos, recursos audiovisuais e conteúdo explorado em quadro da sala de aula, meios bastante utilizados no processo de ensino-aprendizagem escolar.

Segundo Toledo e colaboradores (2010), a deficiência visual em idades precoces altera o desenvolvimento da motricidade, cognição e linguagem durante etapas sensíveis do desenvolvimento da criança. O fato é que as crianças, em sua maioria, não sabem identificar e relatar as alterações oculares. Quando possui uma alteração visual que a impede de enxergar bem, a criança entende que todos ao seu redor enxergam da mesma forma, o que evidencia a importância dos que convivem, com mais proximidade, em identificar as manifestações que ela possa vir a apresentar. É preciso que pais, profissionais da saúde e educadores escolares em geral fiquem atentos para qualquer sinal de problema de ordem visual da criança a fim de que sejam tomadas as providências cabíveis.

Contudo, a criança poderá manifestar sinais ou sintomas que possam evidenciar alguma alteração na acuidade visual. Portanto, é importante que a família, o educador e os profissionais da Equipe de Saúde da Família saibam identificar alguns sinais que indiquem dificuldade visual, tais como: sensibilidade à luz (fotofobia), dor de cabeça, estrabismo, nistagmo (tremor dos olhos), franzir das pálpebras, lacrimejamento, desatenção em classe, desatenção ao andar (trombadas e tropeços nos obstáculos que estão ao seu redor), hábito de aproximar-se exageradamente dos objetos, livros e cadernos, lateralizar a cabeça para um dos lados durante a leitura, dificuldade em discriminar e parear as cores e dificuldade para ler na lousa (COELHO *et al*, 2010).

Figueiredo, Machado e Abreu (2010) afirmam em seu estudo que cabe aos profissionais da saúde compreender sua participação no processo de educação em saúde e realizar ações nas escolas. A força dessa participação se destaca na realização de ações pontuais de educação em saúde direcionadas para todos os envolvidos (educadores, gestores educacionais, estudantes, profissionais da saúde). É de importância crucial a ação do educador em sala de aula – o que pode ser estimulado através da oferta de cursos de formação continuada ou atualização voltada para os mesmos.

Armord, Temporini e Alves (2001), afirmam em sua pesquisa que os problemas visuais influenciam o rendimento escolar e a sociabilização da criança. Sendo assim, necessitam de ações de prevenção e ações que apontem à identificação precoce, ao encaminhamento ao especialista e ao tratamento. Nessa pesquisa, evidenciam a importância do profissional de educação em articulação com o profissional da saúde lotado na unidade de referência para planejamento e realização de ações abrangendo os problemas de saúde, como as alterações visuais.

Como estratégia nacional o decreto nº 6286, dispõe sobre o Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE), publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), busca fomentar a gestão coletiva das ações de saúde e educação a partir da participação de profissionais da saúde, de educação, assim como dos educandos e da comunidade, no território onde convivem.

O trabalho conjunto entre escola e equipe de saúde pode trazer novos significados para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre profissionais e comunidade. No entanto, a importância de integração das redes do Sistema de Educação e do Sistema Único de Saúde (SUS) nas diferentes comunidades adstritas com a criação de contínua e sustentada articulação entre as Escolas Públicas e as Unidades Básicas/Saúde da Família, por meio da realização de ações dirigidas aos alunos, são necessidades objetivas do PSE (BRASIL, 2008a).

Durante o desenvolvimento do ciclo de vida, a vigilância da saúde da criança, do adolescente e do jovem carece de auxílio capacitado e comprometido das Equipes de Saúde da Família, as quais têm a competência de realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde dos alunos. Por isso, segundo o caderno de Atenção Básica voltada para saúde do escolar:

Sempre que detecte uma criança, adolescente ou jovem com necessidades ou problemas de saúde, deve-se designar um profissional da equipe de saúde, em conjunto com um representante da comunidade escolar, para fazer o acompanhamento e coordenação do cuidado ou plano terapêutico proposto, mobilizando os recursos de saúde e educacionais necessários, evitando-se ou reduzindo-se ao máximo o afastamento dos estudantes de suas atividades escolares normais (BRASIL, 2009, p. 20).

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) poderá promover a saúde ocular buscando fazer um elo entre saúde e educação, para que assim possam auxiliar no diagnóstico precoce e, junto à família, encaminhar ao profissional especializado, a fim de promover a correção da acuidade visual prejudicada o mais precocemente possível.

1.1 Aproximação com o tema

A grande motivação para a realização da pesquisa veio ainda na graduação ao realizar o exame físico em crianças de uma escola pública da capital do estado do Piauí, atividade exigida como parte da disciplina Semiologia e Semiotécnica, para a qual tive a oportunidade de ser monitora, dando continuidade ao trabalho no semestre seguinte. Durante a prática, nos dois períodos, observei a grande curiosidade dos professores, que direcionavam algumas perguntas para o grupo de alunos de enfermagem que ali estavam, principalmente sobre o exame de acuidade visual que realizamos durante alguns dias com escolares cursando o ensino fundamental.

Frente ao interesse, foi realizada a pesquisa intitulada “Conhecimento e atitudes de professores do ensino fundamental sobre alterações visuais em escolares”, aprovada em comitê de ética (número de protocolo 156/ Junho de 2007) da Faculdade Integral Diferencial, em Teresina, Piauí. Nessa pesquisa, analisei a percepção dos professores e sua conduta frente à identificação das alterações visuais. Como resultado, percebeu-se a grande dificuldade dos professores frente à identificação das alterações visuais em escolares, mesmo com um conhecimento adequado dos sinais e sintomas que poderiam ser evidenciados em sala de aula.

Para esta etapa, de pós-graduação, o propósito foi descrever o conhecimento, as atitudes e as práticas de enfermeiros da Equipe de Saúde da Família (eSF) no município do Rio de Janeiro. Acredito que a importância de abrir discussão e alerta sobre o tema, tanto para os interessados pela temática saúde escolar, quanto para os atuantes (gestão e

assistência – educação e saúde) reside na possibilidade de melhorar o planejamento e a implementação das políticas de saúde voltada para a saúde ocular.

No contexto, destaco a importância do enfermeiro da eSF, na implementação das ações voltadas para os escolares, estabelecidas pelos programas do Ministério da Saúde e a importância de articular as áreas Saúde e Educação, principalmente, dentro da área adscrita. A realização das ações tem como objetivo planejar, desenvolver e enaltecer a atenção à saúde dos educandos, sendo de grande importância que a equipe desenvolva estratégias de prevenção, identificação e educação em saúde, em conjunto com os atores envolvidos nas escolas de seu território (educandos, educadores, gestores em saúde, profissionais de saúde) (BRASIL, 2008b).

No entanto, é necessário buscar o conhecimento correto para que haja mudança em algumas atitudes de práticas de saúde voltadas para os escolares e a comunidade, valorizando a Atenção Básica. Sobre esse propósito e problemática, o instrutivo do Programa de Saúde na Escola (PSE) cita que:

O trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Desse modo, profissionais de saúde e de educação devem assumir uma atitude permanente de emponderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas (BRASIL, 2011 p 06).

Sobre a relação entre a equipe de saúde e o ambiente escolar, o Instrutivo divulgado pelo Ministério da Saúde sobre o PSE (BRASIL, 2008a) relata que se a eSF for presente na escola e organizada de maneira coletiva, incluindo a família e exaltando o envolvimento dos educandos e educadores nas tomadas de decisões e planejamento das ações em saúde, o compromisso dessa comunidade com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais se tornará mais efetiva, prazerosa e múltipla, sendo esse envolvimento um aspecto crescente.

Segundo Figueiredo, Machado e Abreu (2010), as Equipes de Saúde da Família poderão realizar visitas periódicas e permanentes às escolas, no sentido de avaliarem as

condições de saúde dos educandos, proporcionando, dessa forma, o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, conforme as necessidades locais.

No entanto, algumas questões surgiram após a leitura de artigos, observando a citação da exclusão de ações referentes à saúde ocular dos escolares, visto que a faixa etária correspondente apresenta o menor índice de morbidade e menos possibilidade de adoecer, sendo os acidentes a maior causa de morte. Entretanto, há um interesse de melhoria da promoção de saúde do escolar, podendo a escola ser utilizada de forma mais eficaz com um programa participativo e protagonista de atenção à saúde.

Durante a elaboração desta dissertação, busquei atualização periódica sobre o tema pesquisando bibliografias, artigos, dissertações e teses, de acordo com os descritores: promoção da saúde, saúde escolar e saúde ocular. Foram pesquisados nas bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE e PERIÓDICOS CAPES (Banco de teses), chamando atenção às poucas publicações do profissional enfermeiro, sendo que algumas tiveram destaque (FERRIANI, 1999; SPERANDIO 1999; RASCHE, 2008; CEZARIO *et al*, 2010; CAVALCANTI JUNIOR *et al*, 2012; SILVA *et al*, 2013), o que foi bastante significativo para a construção do referencial desta.

Para a procura de dissertações e teses, os descritores utilizados na pesquisa foram: conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, nos mesmos bancos citados acima. Dentre os destaques estão: KALIYAPERUMA, 2004; CANDEIAS e MARCODES, 1979; e PEREIRA, 2008.

1.2 Tema de estudo

Conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde ocular em escolares dos enfermeiros que atuam na Equipe de Saúde da Família na Área de Planejamento 3.1, do município do Rio de Janeiro.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Analisar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos enfermeiros que atuam nas Equipes de Saúde da Família na Área de Planejamento 3.1 sobre saúde ocular em escolares

1.3.2 Objetivos específicos

Descrever os conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros das Equipes de Saúde da Família sobre a promoção da saúde ocular em escolares;

Identificar as dificuldades de enfermeiros das Equipes de Saúde da Família na atuação da promoção de saúde ocular em escolares.

1.4 Justificativa e relevância

Esta pesquisa busca despertar atenção sobre a importância do enfermeiro em realizar ações de intersetorialidade dentro da ESF, em conjunto com os demais profissionais da equipe. Dessa forma, tem-se a intenção de enaltecer a prática de promoção da saúde voltada para a saúde ocular em escolares, sendo que não estaremos em busca de avaliar erros ou denunciar algo, porém esperamos evidenciar os pressupostos do SUS, dentre eles, de estreitar o elo entre as áreas de saúde e educação (intersetorialização), associadas à promoção de saúde com qualidade e eficácia.

Para que haja melhoria das condições de saúde da coletividade escolar é necessário semear um conhecimento correto e práticas plausíveis e pautadas em fundamentos teóricos coesos. Neste aspecto, se espera que a comunidade escolar (educadores, gestores do setor de educação e os escolares) receba informações sobre saúde, tendo como referência a Unidade de Saúde próxima de sua localidade, direito que é estabelecido em Constituição e caracteriza ações de Atenção Básica. Tal temática será discutido ao longo deste estudo.

Como estratégia prioritária de reorganização da Atenção Básica, a ESF está presente na maioria dos modelos nos municípios do país. Sua organização é feita de acordo com os preceitos do SUS, com foco na família e na comunidade, buscando a integração com instituições e organizações sociais em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias. Portanto, a relação entre a ESF e a escola, correspondente a cada área adscrita, está assegurada entre os preceitos do SUS, tanto pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) quanto pelo Caderno de Atenção Básica: Programa de Saúde na Escola (2009), respaldando a importância do conhecimento da equipe na promoção da saúde com relação à saúde ocular em escolares.

O destaque do profissional enfermeiro frente à implantação de políticas públicas, em especial em Atenção Básica, justifica-se por ser um importante agente de transformação do processo saúde-doença, implantando e instaurando práticas de promoção à saúde comprometidas com o fortalecimento da Atenção Básica. Contudo, se

faz necessário o desenvolvimento de atividades que estabeleçam uma relação entre os profissionais de saúde e comunidades, gerando ações humanizadas, tecnicamente competentes, articuladas intersetorialmente e socialmente apropriadas para o desenvolvimento da saúde coletiva de toda comunidade adscrita à área sob sua responsabilidade.

Com a iniciativa de expandir as ações da Equipe da Saúde da Família busca-se um profissional com perfil de visão integral do indivíduo, família e comunidade, atuando com e na gestão do sistema, capaz de atuar em campo crítico, mediante prática humanizada, intersetorializada, competente e resolutiva, configurando o perfil do enfermeiro. Tais características enaltecem a prática profissional e fazem com que o enfermeiro se destaque na ESF. Segundo Silva e colaboradores (2013) a enfermagem representa mais de 80% do efetivo que atua nos programas de saúde pública, portanto trata-se de profissional apto a participar efetivamente de práticas de atenção em saúde.

O enfermeiro pode construir vínculo com a comunidade, com a família e com as crianças em diferentes etapas de seu desenvolvimento, tornando-o uma figura conhecida e de confiança, fazendo com que seu contato com a população no ambiente fora da Unidade de Saúde não seja intimidado. Daí a importância de ser o enfermeiro o profissional que pode articular com as escolas e creches, estreitando relações com professores, educadores e gestores do setor Educação, no intuito de estarem trabalhando de forma conjunta nas ações de saúde ocular, assim como outras ações voltadas para os escolares.

Com relação ao pactuado pelas esferas de governo, sobre à temática do estudo, evidenciam-se os princípios divulgados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008c; BRASIL, 2009), destaca-se as publicações que referem a prioridade temática da Semana de Saúde na Escola do ano de 2013, onde os Ministérios da Educação e Saúde escolheram a saúde ocular como ação prioritária (BRASIL, 2013a). A melhor abordagem para o tema é a interdisciplinar, de modo que os resultados possam enriquecer as discussões e as tomadas de decisões sobre as ações de promoção da saúde voltadas para o escolar.

Neste estudo, espero evidenciar os princípios dos Cadernos de Atenção Básica: Saúde do Escolar (BRASIL, 2009) e Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012),

Manuais Instrutivos: Programa de Saúde na Escola (BRASIL 2008a; 2009; 2013) e Guia de Sugestões de Atividades da Semana na Escola (BRASIL, 2013a), assim como enriquecer a arte da enfermagem no ato de promover a saúde em comunidades escolares pensando no processo de saúde e formação de cidadãos, abrindo discussões para próximas pesquisas sobre o tema.

A grande área da Saúde Coletiva enaltece ações com a comunidade, sendo ativa na realização de pesquisas e colaboração com as áreas de gestão e assistência, com a avaliação contínua e incansável busca de melhora da qualidade da assistência em saúde prestada pelos serviços, setores e profissionais atuantes principalmente aqueles voltados para a Atenção Básica no país. Contudo, espera-se contribuir, com os resultados apresentados, com o tema da saúde ocular em escolares, auxiliando o diagnóstico situacional na área para tomada de decisões, planejamento e pactuação de novas ações, gerando mudanças e melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde ocular.

Além disso, espera-se com este trabalho sensibilizar e atingir a área de ensino e pesquisa, a comunidade científica e enriquecer a temática da saúde do escolar com novos elementos teóricos que favoreçam o desenvolvimento da prática profissional, tanto para profissionais de saúde que atuam na ponta (assistência), quanto para a tomada de decisão dos gestores (educação e saúde). Este estudo contribui, ainda, para o fortalecimento da linha de pesquisa “A assistência de enfermagem a grupos, família e comunidade”, do NUPENSC, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Histórico da promoção de saúde do escolar

Tanto a concepção de saúde, quanto a visão de ensino-aprendizagem, modificaram-se ao longo do tempo, o que possibilitou novas maneiras de se abordar Educação e Saúde. Os programas e políticas voltadas para o escolar foram se organizando, estruturando e sendo desenvolvidos frente às diferentes concepções sobre saúde e sobre educação, repercutindo em diversos modelos de práticas escolares (GOMES, 2012).

Para entender o presente e provocar alterações em busca de melhorias, precisamos entender a história e, desta forma, direcionar a mudança. Para tal, busquei compreender o histórico da relação Saúde e Educação e a evolução da promoção da saúde ocular. Essa é a discussão apresentada a seguir.

O século XVIII é considerado o marco para a história da saúde escolar, quando o interesse pela saúde começa a surgir e em que o conceito de polícia médica dá início a uma nova etapa (FERRIANI, 1991). O termo “*Policey*”, que segundo Ferriani (1991, p 44) deriva do termo grego *politeia*, que significa constituição ou administração de um Estado, sendo o termo “polícia” já empregado anteriormente por muitos escritores alemães quando se tratava de saúde e suas exigências para uma tentativa de controle de pestes. A polícia médica é o conceito referente às teorias e práticas originadas nas bases políticas e sociais do estado alemão absoluto e mercantilista dos séculos XVII e XVIII agindo na esfera da saúde e bem-estar.

Entretanto, a formação da criança e do jovem representava poder ou posse dentro da ideia mercantilista da época, sendo que a educação não era privilégio de todas as classes sociais, não existia o pensamento de educação para as massas e sim uma educação para indivíduos ricos o suficiente para custear um preceptor (RASCHE, 2008).

Durante o período entre o século XVIII e início do XIX, surgem escolas populares e, concomitante a esse surgimento, vem o interesse pela política de atenção à saúde escolar, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou o *System Einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, ficando conhecido como Sistema Frank (FIGUEIREDO, 2010). Segundo alguns autores, incluindo Ferriani (1991, p 44) atribui-se a Peter Frank a formulação do conceito de polícia médica com maior precisão. A obra, em nove volumes, redigida como um guia para os funcionários do Estado absolutista trazia a preocupação com a higiene pública e individual, detalhando o atendimento ao escolar e a supervisão das instituições escolares.

Ferriani (1991), ainda completa que a preocupação se estendia não somente à higiene, mas também outros pontos da saúde, como no grifo:

Trazia a preocupação com a higiene (...) estendendo-se sobre a demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, vestuário, problemas sanitários, da habitação, esgotos, suprimento de água, prevenção de acidentes; medicina militar, doenças epidêmicas, transmissíveis, venéreas e medicina escolar (FERRIANI, 1991, p 45).

Tais ideias levaram à institucionalização da saúde escolar através da inspeção dos ambientes escolares, visto que o aumento da mortalidade infantil concomitante ao aumento populacional preocupou a sociedade capitalista, levando à busca de educar as crianças e a comunidade, tendo como principal objetivo mantê-los sob subordinação à política do Estado. As preocupações não eram com a saúde do indivíduo em si.

Reconhecida politicamente em 1893, segundo Ferriani e Cano (1999), a gravidade da mortalidade infantil, nos países ocidentais levou a um intenso esforço para a elevação do nível de saúde da criança, implantando-se programas completos de bem-estar materno-infantil, com visitas de um clínico à criança e exame do recém-nascido e

leis que protegiam mães e crianças. Um desses programas mais atuantes foi o estabelecido em Nova York.

O sistema Frank acabou resultando em um código de saúde elaborado por Franz Anton Mai¹, de caráter abrangente, dando grande ênfase à educação, onde a primeira lei do código tratava dos deveres de um oficial de saúde agindo nas escolas, instruindo as crianças e os professores para a promoção e manutenção da saúde. Entretanto, considera-se que, na prática, o código não chegou a vigorar plenamente em face de questões de ordem tanto econômica quanto política, porém as ideias do Sistema Frank se difundiram por todo o continente europeu e os Estados Unidos da América (FIGUEIREDO, 2010).

Na sociedade brasileira, as ideias e práticas de saúde escolar foram incorporadas trazidas por intelectuais e estudiosos no início da República. Em 1889, o ministro do Império, conselheiro Ferreira Vianna, criou a “inspeção higiênica” dos estabelecimentos públicos e particulares de instrução e educação do Rio de Janeiro, sendo realizado por uma comissão permanente. Nesse mesmo ano, Moncorvo Filho fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, incluindo a inspeção médica das escolas que estavam em pleno funcionamento (FERRIANI, 1991). Por ser a escola um ambiente que agregava um contingente grande de pessoas, exigia-se fiscalização e inspeção devido à preocupação de controlar as frequentes epidemias que assolavam as grandes cidades, como o Rio de Janeiro.

Até 1911, segundo Ferriani (1991, p 79) a verdadeira inspeção médica escolar não existia no estado de São Paulo. Os inspetores sanitários efetuavam somente a inspeção higiênica dos locais; a limpeza dos prédios, o funcionamento e a existência de casos de moléstias contagiosas. Dentre os nomes envolvidos com a saúde escolar da

¹ Franz Anton Mai (1742-1814) Médico alemão, pioneiro da medicina do trabalho, realizou a prática da saúde nas escolas com auxílio das enfermeiras.

época, assim como Moncorvo Filho, destaca-se também Arnaldo Vieira², que obteve do governo do estado autorização para criação de um curso de higiene escolar anexo à cadeira de higiene da Faculdade de Medicina, que teve, dentre outros objetivos, habilitar as enfermeiras escolares. As atividades do enfermeiro que o colocavam no sistema escolar eram mínimas até a década de 1880. A partir dessa época, a enfermeira de Saúde Pública que, ao longo da história, se fez presente nos discursos intelectuais que trouxeram para o Brasil a ideia de Saúde do Escolar, teve participação mais evidente e crescente.

No Brasil, há registros dos primeiros estudos sobre saúde escolar que se realizaram a partir da classe médica entre 1889 e 1890, em que Moncorvo Filho e Clemente Ferreira elaboraram trabalhos norteados pela inspeção médica escolar. Moncorvo Filho, natural do Rio de Janeiro, ficou conhecido como fundador da pediatria brasileira, que através de congressos médicos e da imprensa, defendia a proteção higiênica nas coletividades infantis, salientando a necessidade do estabelecimento da inspeção médica. No contexto, Clemente Ferreira, em São Paulo, buscava a institucionalização da saúde escolar e trabalhou no combate da tuberculose, militando ambos no âmbito da puericultura (FERRIANI, 1991).

A partir daí, passam a existir duas correntes no âmbito da saúde do escolar, sendo uma privada e outra de caráter oficial. A primeira era realizada por médicos institucionalizando com a inspeção médica escolar, com certo êxito, e a segunda, menos expressiva, pois sua aplicabilidade na prática não teve tantos resultados. O trabalho de inspeção médica escolar era realizado pela inspeção local de higiene e limpeza dos prédios e a identificação de moléstias.

É deste período que surge o termo “escola higienista” quando as inspeções médicas escolares, seguindo as ideias da Policia Médica, instalavam as medidas de

² Médico. Diretor Emérito da Faculdade de Medicina de São Paulo.

higiene para os escolares no intuito de que as informações chegassem às famílias e assim os problemas sanitários das escolas e dos lares pudessem se resolver. As mudanças de hábito seriam a principal ferramenta para melhoria da saúde, porém os profissionais adotavam uma postura de sábios absolutos.

Rasche (2008), analisando esse contexto, afirma que:

No modelo da escola higienista o conteúdo é transmitido pelo método de “educação bancária”³, ou seja, os alunos são como recipientes que se encontram vazios e a informação pode ser depositada nesses recipientes de forma a ir sendo acumulada. Os assuntos do tema são repassados de uma forma autoritária, com controle e imposição de hábitos e condutas “saudáveis”. Está baseada no antigo conceito de saúde, definida como a ausência de doença (2008, p 27).

Apesar do contexto histórico, espera-se que os educadores estejam preparados para serem os grandes incentivadores do aprendizado e não apenas o depósito de informação, baseado em uma educação tradicional. Dentro do nosso contexto globalizado e moderno, em que as informações são rápidas e cada vez mais novos estímulos são projetados para um conhecimento atualizado, não se espera de um profissional de saúde educando sob um modelo de educação bancária, fadado ao insucesso. Uma participação ativa e estímulo à curiosidade, leva ao mundo de busca de conhecimento rico.

Entretanto, no contexto histórico, após um período considerável, entre 1930 e 1960, o modelo médico-curativo dá lugar no cenário das políticas de saúde, aumentando o número de hospitais e evoluindo os efeitos diagnósticos com a tecnologia. Essas mudanças refletem no escolar ao se tornar obrigatórios, na década de 70, os exames clínicos. Junto com esse movimento, eclodiu o encaminhamento dos escolares apenas

³ Termo criado por Paulo Freire, para uma metodologia de educação caracterizada por acúmulo de informações julgadas como “pré-fabricadas” por Freire (RACHE, 2008).

por motivos de fracasso no rendimento escolar, em que se pode perceber o não compartilhamento de informações e ideias entre os educadores e os profissionais de saúde.

Desse período, conhecido por ser um modelo biologicista, ocorre uma reforma escolar, preocupados com a pedagogia, métodos de ensino, tentando promover adequação à melhor forma de educar. Diante do exposto, Rasche (2008) afirma, em sua dissertação:

O sucesso ou o fracasso escolar não pode ser explicado somente por fatores orgânicos-biológicos, mas insere-se em um contexto onde saúde e formação escolar deverão ser entendidas através de uma visão integral do aluno, como são preconizadas nas propostas de promoção da saúde (RASCHE, 2008, p 31).

Ainda nesse período, propostas de saúde escolar referenciando a “biologização” como questão relacionada à aprendizagem escolar não consideraram, durante muito tempo, as múltiplas causas do fracasso escolar. Assim, a culpabilidade do fracasso do processo ensino aprendizagem era diretamente ligada às doenças, sendo que o pensamento curativista reinava e pouco havia de prevenção. No entanto, o fracasso escolar está ligado aos múltiplos fatores: setor educação, ambiente familiar e setor saúde.

Corroborando com o exposto, Silva (2010) afirma que, nas décadas seguintes, baseado nesse contexto e evidenciando crianças em situações socioeconômicas desfavoráveis, iniciaram-se os investimentos subsequentes em torno da desnutrição e dos programas de merenda escolar, bem como dos distúrbios neurológicos e dos programas de triagens neurológicas, visuais e auditivas, que foram prioridades de intervenção de Saúde nas escolas. Evidencia-se a permanência dos programas supracitados, porém com mais clareza da necessidade de desenvolvimento e pactuação dos mesmos.

Até o início dos anos 2000, as iniciativas e abordagens desenvolvidas na escola eram voltadas para educação em saúde, pautadas a partir da transmissão de informações e desenvolvimento de habilidades e atitudes que incentivassem melhor estilo de vida e comportamento, com escolhas saudáveis. Nesse período, a prioridade de programas e

políticas eram crianças de zero a cinco anos de idade e mulheres, valorizando ações de imunização, desenvolvimento da criança, saúde da mulher (gestação, pré-natal, parto e puerpério), trabalhando na prevenção e evitando os agravos nesses grupos, deixando de lado as crianças acima de sete anos com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esse quadro gerou certa confusão entre o fracasso e o baixo rendimento escolar, e os problemas de saúde (GOMES, 2012).

Em paralelo ao movimento supracitado, enfermeiros e os profissionais de saúde das demais especialidades, que atuavam em saúde pública, trouxeram para o Brasil um discurso crescente sobre a ideia e a necessidade de implementar a saúde do escolar. Com a ideia e a estrutura de um modelo americano, deu-se início uma longa trajetória de conquistas e atuações do enfermeiro nas ações voltadas para a saúde do escolar, configurando-se em leis e políticas voltadas para o escolar.

Dentro do contexto histórico, vale ressaltar a inserção do enfermeiro escolar no Brasil. Há relatos, ainda na década de 30, em Anais de Enfermagem da época, que demonstram isso. Na década de 70, surge o programa de formação de especialistas em educação em saúde, que emerge de uma demanda de profissionais, evidenciando a atuação do enfermeiro escolar (RASCHE, 2008).

Sobre os estudos realizados por enfermeiros, Ferriani (1991, p. 135) afirma que poucos trabalhos foram realizados na área da saúde escolar entre 1930 e 1980. É na década de 80 que seu número começa a crescer. Entretanto, vale ressaltar que durante a busca do referencial deste estudo, a maioria dos trabalhos eram direcionados para as experiências no ensino de graduação de enfermagem nas escolas de primeiro grau e voltadas para o espaço que o enfermeiro deveria ocupar na escola, enfatizando ações educativas, não sendo abordado o papel do enfermeiro inserido nos programas de saúde ocular.

2.2 Acuidade visual e saúde do escolar

O Ministério da Saúde ressalta a importância da visão, conceituando-a como a capacidade que indivíduo tem de perceber o universo que o cerca, sendo que 80% da sua relação com o mundo se dá por meio da visão. É fundamental que toda a via visual esteja perfeita (os dois olhos, os nervos ópticos, as vias cerebrais e o córtex visual occipital) para que o sentido da visão seja aproveitado de maneira plena (BRASIL, 2008c).

A maior parte das dificuldades visuais da criança até a idade escolar pode passar despercebida pela família e pelo cuidador, seja por desconhecimento, ou pela ausência dos sinais e sintomas que evidenciam as alterações visuais. No entanto, ao ingressar na escola, em razão do esforço visual que é necessário para a realização do processo ensino-aprendizagem, ficam evidenciados os distúrbios oculares, pré-existentes ou não (ARMOND, TEMPORINI e ALVES, 2001).

Degrazia, Pellin e Degrazia (2010) afirmam que a deficiência visual interfere no comportamento, na autoimagem e no desenvolvimento harmônico da criança, levando a algum prejuízo no processo ensino-aprendizagem, influenciando decididamente na saúde do escolar. O sentido da visão, para Silva e Nobrega (2006), capacita a criança a desenvolver sua habilidade motora, lhe dando capacidade de pegar objetos pequeninos, fazendo o movimento de pinça com os dedos, confirmando que as crianças necessitam “ver” para desenvolver a sua capacidade motora.

São inúmeras as consequências da perda da acuidade visual, ainda mais quando se está em desenvolvimento cognitivo e motor, principalmente no início da vida escolar, pré-escolar e primeira série, interferindo assim na integração do aluno nesse meio social, influenciando na formação da própria personalidade da criança, como afirmam Gasparetto e colaboradores (2004) e Degrazia, Pellin e Degrazia (2010).

Entretanto, a melhor opção para detecção precoce dos problemas visuais tem sido a continuidade de ações de promoção de saúde e projetos preventivos, com formação de pessoal treinado na comunidade, permitindo o prosseguimento de ações que modifiquem o atual estado das dificuldades de ação da saúde ocular para com os

escolares. A promoção da saúde deve vir aliada ou eminente às ações preventivas, o que permite que as crianças recebam informações e adotem medidas de saúde que as possibilitem cuidar melhor da saúde ocular.

Os objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), sob a Portaria 687/2007, de forma geral são:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionada aos seus determinantes e condicionantes, como modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambientes, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (...) Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2010, p. 17).

A partir dessa perspectiva, a importância que a visão assume frente à saúde é notada. São necessários planejamento e realização de ações de promoção da saúde e educação dos participantes envolvidos no processo de formação do escolar, consolidando uma relação estreita entre as áreas da Educação e da Saúde, com a finalidade de obter qualidade em saúde. Para Barros e colaboradores (1984) a promoção da saúde na escola, além da prevenção e detecção precoce dos problemas visuais, poderão ser realizadas por agentes de saúde treinados., Estes podem efetuar um encaminhamento correto das deficiências severas de visão para os centros de reabilitação e ensino para deficientes visuais.

Contudo, emerge compreender o conceito de acuidade visual. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008c), o conceito de acuidade visual é o grau de aptidão do olho para identificar detalhes espaciais, ou seja, a capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos. Levenson e Kozarsky (1990) definem acuidade visual como a capacidade do sistema visual para discernir distinções sutis no ambiente, sendo medida com impressos, ou projetados, com estímulos visuais. Segundo Laingner, Castro e Sá (2010), a palavra acuidade vem do latim *acuere*, que significa “agudeza de percepção”, sendo a capacidade que os olhos possuem para distinguir, discriminar e perceber as formas, os contornos e os detalhes espaciais dos objetos.

A prevenção e a promoção de saúde, o diagnóstico precoce e o controle da visão são os recursos que devem ser planejados e executados com o objetivo de reduzir os casos e as consequências das alterações visuais nas crianças. O enfermeiro tem papel

fundamental nesse processo. Segundo Laignier, Castro e Sá (2010), o papel do enfermeiro na promoção e prevenção de problemas visuais é de extrema importância para que haja detecção do problema e assistência imediata pelos serviços de saúde competentes, além da oportunidade de ter contato com as crianças em suas diferentes fases de desenvolvimento. O enfermeiro poderá realizar orientação com os familiares e cuidadores para que possam identificar qualquer sinal de acuidade visual alterada e assim procurar por um profissional da saúde.

Os erros de refração, na sua maioria, são passíveis de correção por meio do uso de óculos, medida aparentemente simples, porém ainda de difícil resolução no SUS. Evidencia-se a necessidade da realização de novas ações que interrompam o fluxo crescente da demanda e ampliem o acesso da população aos serviços de oftalmologia. Essas ações devem ser incorporadas à rotina dos serviços de saúde em integração com as metas da educação (BRASIL, 2008c).

A importância de se detectar os problemas visuais na criança ainda que em idade pré-escolar e escolar, deve-se ao fato de que nessa faixa etária ocorre o pleno desenvolvimento do aparelho visual. Sendo assim, a resolução de problemas identificados, que seriam muito maiores, podem ter suas consequências atenuadas ou mesmo evitadas (LAIGNIER, CASTRO e SÁ, 2010).

Na pesquisa realizada por Toledo e colaboradores (2010), ressalta-se a necessidade de medidas de promoção de saúde direcionadas à saúde ocular nos estágios mais precoces da vida, assim como ações de prevenção incentivando a realização de campanhas para a detecção e prevenção de problemas visuais, permitindo melhor rastreamento das alterações visuais em escolares da rede pública. Para tanto, a disseminação, divulgação de informações se faz necessária a fim de melhorar a identificação e o diagnóstico precoce, que, realizado o quanto antes, possibilita melhores resultados de intervenção.

Dentro do âmbito da saúde ocular infantil, o enfermeiro poderá desenvolver e planejar ações para a promoção, prevenção e a detecção precoce das alterações oculares, esclarecendo e evidenciando a importância dos cuidados higiênicos, a necessidade de boa alimentação, os cuidados com objetos cortantes e pontiagudos, além da importância de visitar o oftalmologista no mínimo uma vez por ano. Ressalta-se que as ações

poderão ser através de palestras, atividades lúdicas, dinâmicas voltadas para os escolares, familiares, educadores e qualquer pessoa de convivência constante com as crianças (DANTAS, CARDOSO e PAGLIUCA, 2003).

Para Dantas, Cardoso e Pagliuca (2003) problemas oculares são causa de grande parte das repetências escolares. Além disso, tais alterações podem influenciar no desenvolvimento motor e social, podendo ocasionar o isolamento da criança por sentir-se inferior. Antes da idade escolar, a maior parte das alterações visuais passa despercebida pela família, sendo mais facilmente evidenciada pelo educador, que percebe o grande esforço visual do escolar para conseguir enxergar e a dificuldade em acompanhar as aulas. Portanto faz-se necessário que o educador seja capacitado para identificar sinais que possam demonstrar uma possível alteração visual e auditiva (VITOR, 2005).

No entanto, as perdas e consequências no processo ensino-aprendizado, mesmo por pequenos períodos, podem afetar o desenvolvimento escolar da criança, daí a importância do educador ter noção dos sinais e sintomas apresentados pelos alunos para poder agir de forma rápida e concisa. Nesta perspectiva, espera-se que o contato da eSF do território adscrito esteja engajada em realizar ações de educação e auxílio tanto para os professores, como ações diretas com a comunidade escolar.

Observa-se, nessas ações, que frequentemente a criança não relata qualquer dificuldade de percepção visual. O não relato da criança, algumas vezes, ocorre por achar que todos enxergam como ela. É a partir da interação e do convívio social que a diferença se torna nítida para a criança que, na maioria dos casos, irá demonstrar de forma verbal ou não verbal, mas a observação dos sintomas precisa ser feita por outro sujeito.

Alguns sinais e sintomas despertam a atenção dos educadores, familiares e cuidadores com mais facilidade, dentre os quais: secreção, lacrimejamento, comportamento agressivo, dificuldade de aprendizagem, ardor, dificuldade em abrir os olhos na claridade. Esses são sinais e sintomas que podem evidenciar alterações visuais nas crianças que devem ser observados pelos familiares e educadores. Na escola, o esforço visual, o isolamento em sala, a necessidade de sentar sempre nas primeiras cadeiras também podem ser sinais de alteração visual (XIMENES *et al*, 2006).

O estudo realizado por Toledo e colaboradores (2010), teve como resultado o achado de que aproximadamente dois terços da amostra estudada relataram que nunca realizaram consulta com oftalmologista ou triagem de acuidade visual, seja na escola ou com o pediatra, sinalizando que as crianças não estão recebendo investigação adequada no que se refere à acuidade visual em nosso país. Para Ximenes (2006), todas as crianças por volta dos três anos deveriam ser submetidas ao teste de acuidade visual antes de serem inseridas no ambiente escolar, pois além de evitar prejuízos à vida escolar, há doenças que se corrigem mais facilmente antes dos nove anos. As crianças menores merecem mais atenção e cautela, já que não sabem relatar tais sinais e sintomas para que haja o diagnóstico precoce.

No que diz respeito às ações de prevenção, vale citar que a técnica mais utilizada e de baixo custo corresponde em uma triagem no ambiente escolar realizando o teste da acuidade visual. O exame dos olhos é uma parte importante da rotina do exame da criança, e a atuação da Equipe de Saúde da Família é muito importante na detecção de doenças oculares óbvias e naquelas assintomáticas e de curso insidioso (BRASIL, 2008c).

Soldera e colaboradores (2007) afirmam que o teste de triagem da acuidade visual em escolares, especialmente do ponto de vista de saúde pública, é perfeitamente viável e de fácil execução, tendo como objetivo a detecção precoce de deficiência visual em escolares. Trata-se de um teste que não exige alto nível de especialização do examinador.

Levenson e Kozarsky (1990) relatam em seu artigo que:

A medida da acuidade visual é um teste mais sensível da integridade do sistema visual e cumpre todos os critérios de padrão de um bom teste de rastreamento: (1) existe um custo mínimo ou de risco para o paciente, (2) a medição pode ser realizada com rapidez e facilidade com formação de examinador de pouca ou nenhuma; (3) há uma alta prevalência de anormalidades detectáveis e (4) anormalidades são frequentemente passíveis de tratamento (LEVENSON e KOZARSKY, 1990, p. 563).

Sobre a técnica da medida da acuidade visual, a forma mais simples de diagnosticar a limitação da visão é medir a acuidade visual com a Tabela Optométrica

Decimal de Snellen, utilizada em forma de Letra E, de maneira padronizada. Com tamanhos progressivos, chamados optótipos, em cada linha existe um número decimal, na lateral esquerda, que corresponde à medida da acuidade visual. Para uma técnica correta sempre deve ser iniciada pelo olho direito, com o esquerdo devidamente coberto com o oclisor (BRASIL, 2013).

O exame deve ser iniciado com os optótipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade, realizando o mesmo no olho esquerdo (BRASIL, 2008c). O resultado é anotado usando uma fração numérica indicada ao final da última linha que o indivíduo conseguir ler com sucesso, caso ele deixou de ler alguma letra, isso deve ser indicado e anotado (JARVIS, 2002). A Tabela de Snellen é a medida mais comumente usada e precisa da acuidade visual.

No caso de escolares (faixa etária dos seis aos catorze anos) assim como fizeram Dantas, Cardoso e Pagliuca (2003), podem ser utilizados desenhos de objetos que são comuns às crianças como: bola, peixe, casa, sol, flor, entre outras. Utiliza-se tal adaptação quando se deseja avaliação da acuidade visual em escolares facilitando a compreensão por parte das crianças com relação aos optótipos, que são mostrados para avaliação da acuidade visual.

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, junto com o Ministério da Educação sobre a saúde na escola (BRASIL, 2009), será atribuição comum a todos os profissionais da saúde realizar triagem da acuidade visual de escolares de acordo com a Tabela de Snellen, conforme preconizado no referido caderno. Caso haja identificação de alteração visual nos escolares, constatados por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, devem ser encaminhados para o médico da eSF. Entretanto, faz-se justo que para encaminhar deve-se ter ciência dos sinais e sintomas específicos, assim como saber como agir frente à situação, daí o propósito desta pesquisa.

Toledo e colaboradores (2010), afirmam que há enorme dificuldade de acesso a medidas preventivas voltadas à saúde ocular, em parte devido à insuficiente cobertura do sistema de saúde no Brasil e à falta de conscientização da população e de alguns dos profissionais de saúde da atenção primária acerca da importância da prevenção por meio da avaliação oftalmológica precoce.

Como resultado, muitas crianças só sinalizam que possuem alguma alteração visual quando inseridas na escola, quando há uma exigência maior da visão, exigindo do professor sensibilidade na identificação e conduta frente ao aluno com alteração visual.

Como grupo de elite na identificação precoce é necessário o conhecimento mínimo destas alterações pela Equipe de Saúde da Família (eSF). Portanto, abrir uma discussão de forma simples e clara unindo uma equipe especializada pode diferenciar no diagnóstico precoce tendo resultados no desenvolvimento escolar do aluno.

2.3 Atenção Básica e Equipe de Saúde da Família

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo, atualmente, o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006; 2012).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é entendida como porta e entrada do sistema de saúde pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, município escolhido para cenário da pesquisa. De acordo com Figueiredo e colaboradores (2010):

A APS tem a finalidade de direcionar os serviços de saúde para responder às necessidades da população, seja de forma coletiva ou individual. Representa um esforço para que o sistema de saúde se consolide e se torne mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre os serviços de saúde e a população e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência (FIGUEIREDO *et al*, 2010, p. 419).

Os profissionais da APS devem estar preparados para resolverem os problemas de saúde mais comuns na população, assim como os encaminhamentos coerentes,

direcionando a população para os devidos especialistas. A atenção primária lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde, tem a possibilidade de organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionando para a promoção, manutenção e melhora da saúde, além das medidas de prevenção das doenças (CACCIA-BRAVA, MATTOS e ROCHA, 2012).

Existem vários tipos modelos de APS, sendo a ESF o modelo escolhido em grande parte do território brasileiro, inclusive no município do Rio de Janeiro. Segundo Caccia-Brava, Mattos e Rocha (2012), com a crise no modelo assistencial, a ESF foi implementada para reversão do modelo através da mudança do objeto da atenção, da forma de atuação e da organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Vale ressaltar que, como o cenário da pesquisa é local, ao longo do texto será usada a expressão Atenção Básica, configurando a expressão adotada em nosso país conforme as políticas e manuais do Ministério da Saúde.

A ESF foi criada pelo Governo Federal em 1994, a fim de fortalecer a atenção primária e reorganizar o modelo de saúde no âmbito do SUS. No município do Rio de Janeiro, a implantação da ESF ocorreu no último trimestre de 1995, quando a então SMS decidiu implantá-la na Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim, na Ilha de Paquetá, local que contava com cerca de 4.000 moradores na época (TCMRJ, 2009).

Publicado em 1994, o documento que regulamenta o programa (BRASIL, 1994) revela que a implantação da ESF, até então chamado de Programa de Saúde da Família, tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade (BRASIL, 1994, p. 16).

Os objetivos, dentre outros, são reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da comunidade, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

O Caderno de Atenção Básica de Saúde na Escola (BRASIL, 2009), expõe a importância do trabalho da ESF, que possuem papel de agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar no território de referência:

O conceito de território é central para se abordar os princípios da Atenção Básica, pois é a abrangência sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família para o desenvolvimento de suas ações, onde se vincula à comunidade que aí vive e produz saúde e/ou doenças. É nesse território (que contempla as unidades escolares) e com os sujeitos de sua comunidade onde as equipes de Saúde da Família podem construir e fortalecer a articulação com a comunidade escolar (BRASIL, 2009, p. 8).

O profissional que trabalha na atenção básica, principalmente através da ESF, segundo Caccia-Brava, Mattos e Rocha (2012), requer parcerias múltiplas baseadas em novas formas de relacionamento: entre paciente e seus grupos familiares, entre diferentes membros da equipe, entre as equipes e os grupos assistidos; entre equipes de trabalho, setorialmente e intersetorialmente, acreditando-se que as pessoas, grupos sociais e instituições não têm apenas necessidades e dificuldades, mas também capacidades e recursos que podem ser desenvolvidos e expandidos.

Em 2000, seis anos após a criação do Programa pelo governo federal, as Equipes de Saúde da Família atendiam cerca de 29.700 mil habitantes, com 8.600 equipes implantadas em todo o território nacional. Até janeiro do ano de 2009 foram implantadas 29.100 Equipes de Saúde da Família, abrangendo 5.220 Municípios, com cobertura populacional de 49,4%, o que corresponde a 93 milhões de pessoas (TCMRJ, 2009).

Segundo Santana (2001), a Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) à área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, sendo que cada equipe da ESF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e

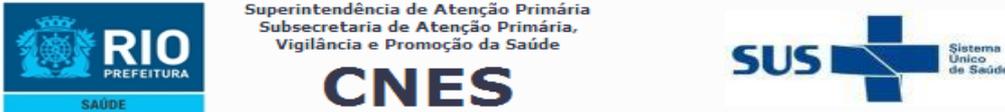
de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Lembrando que a unidade pode existir com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

O município do Rio de Janeiro está expandindo a sua cobertura da ESF, porém a consolidação desta estratégia para uma rede integrada de excelência depende dos profissionais e da sua relação com a comunidade (SMSDC/CNES, 2013).

Ao contrário da evolução significativa em âmbito nacional, houve poucos avanços no município do Rio de Janeiro. Até dezembro do ano de 2000, somente 22 equipes foram implantadas. Até abril de 2009, haviam sido implantadas 149 equipes, o que equivale a um percentual de cobertura populacional de 7,9%, um dos mais baixos do Brasil (TCMRJ, 2009). Havia, no ano de 2010, 223 Policlínicas, Posto de Saúde, Centro de Saúde, ou Clínica Especializada no município do Rio de Janeiro (ARMAZÉM DE DADOS, 2012).

Para demonstrativo de evolução e expansão, dados da Superintendência da Atenção Primária da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, atualizados em agosto de 2013, mostram que a cobertura da ESF no município se encontra por volta dos 43,19%, sendo que existem 800 no total de ESF, sendo 732 equipes completas (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição total e por Área de Planejamento da cobertura de Equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, 2013



COBERTURA DE ESF

ultima competencia: 201307

AP	POPULAÇÃO	ESF completas	ESF incompletas	TOTAL equipes	% ESF completas	Cobertura (%)	Cobertura Total (ESF+SACS)	Total ESB	% ESB completas
10	294.919	38	0	38	100%	44.45%	44.45%	10	100%
21	645.100	52	0	52	100%	27.81%	27.81%	16	100%
22	375.221	18	0	18	100%	16.55%	16.55%	4	100%
31	896.350	130	7	137	95%	50.04%	52.73%	54	100%
32	576.268	64	17	81	79%	38.32%	48.49%	19	100%
33	959.404	96	17	113	85%	34.52%	40.63%	35	100%
40	919.420	39	1	40	98%	14.63%	15.01%	11	100%
51	678.457	76	26	102	75%	38.65%	51.87%	31	100%
52	672.549	115	0	115	100%	58.99%	58.99%	46	100%
53	372.607	104	0	104	100%	96.29%	96.29%	52	100%
TOTAL	6.390.295	732	68	800	92%	39.52%	43.19%	278	100%

FONTE: DATASUS/SCNES, Agosto de 2013.

Para a operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do Diabetes Mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. A promoção da saúde é o foco desse projeto, visando um estreitamento da relação entre saúde e educação, na perspectiva de que os profissionais que possuem conhecimentos adequados e atitudes coesas promovam ações que capacitam os cidadãos e as comunidades em geral, influenciando os mesmos a refletir, conhecer e optar por condições favoráveis à saúde, em foco a saúde ocular (BRASIL, 2010).

A relação da atenção básica com o ambiente escolar, como afirma Rasche (2008), constitui ambiente fértil, formando futuros cidadãos engajados no processo de cuidar de sua saúde e livres para fazer escolhas em saúde. Tal ambiente é fortalecido pela promoção em saúde realizada pelas Equipes de Saúde da Família que possuem uma relação de confiança com a sua comunidade adscrita.

Dentre as várias características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica de acordo com o caderno do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2012), as que se aproximam com a temática deste projeto são:

Desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 17).

Para discussão sobre promoção em saúde, vale ressaltar a Carta de Ottawa, que resultou da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrido em Ottawa, Canadá, 1986. Cezário e colaboradores (2010) fazem uma apreciação sobre a definição da referida carta de promoção da saúde que consta como um processo de capacitação da comunidade para agir na melhoria da qualidade de vida e saúde. Para isso, inclui a participação dos indivíduos envolvidos em tal processo, sendo uma das estratégias alcançar um melhor nível de saúde, desenvolvendo capacidade e atitude da comunidade favoráveis à saúde advindas da divulgação e consequente busca de informações sobre saúde em diversos ambientes, como escola, lar, trabalho, entre outros. Assim, resgata-se a ação da promoção da saúde que envolve educação em saúde, incluindo o processo de capacitação e aquisição de conhecimento das equipes para haver continuidade do processo.

A equipe de saúde deve ser referência da comunidade e parceira na construção do conhecimento em saúde pela população, havendo necessidade de firmar-se como promotora desse conhecimento. Para que haja atitudes coesas, o conhecimento deve ser adequado à realidade, assim, afirmam Candeias e Marcondes (1979), o comportamento em saúde prende-se a um processo sequencial tendo origem na aquisição de conhecimento cientificamente correto, explicando a atitude favorável a uma determinada prática de saúde.

As mudanças enfrentadas pela sociedade devem ser fundamentadas e ter coesão. Diante disso, as mudanças positivas são mais aceitas e, assim, surgem melhorias da condição de vida e de saúde. Sobre isso, Ferriani (1991) afirma:

A sociedade, como um organismo vivo, está sujeito a seguidas transformações, desta forma os movimentos que emergem vão acionando as instituições, gerando novas necessidades, impondo-se outras alternativas, seja na educação, na saúde (FERRIANI, 1991, p. 83).

Gianini e colaboradores (2004) afirmam que, do ponto de vista de saúde pública, seria muito dispendiosa a investigação em massa de problemas oculares em crianças por especialistas, sendo viável a aplicação do teste de acuidade visual por profissional não médico, desde que treinado e supervisionado, sendo indicado para populações aglutinadas em escolas, grupo etário onde a resolução dos problemas visuais é prioritária.

Há uma clara relação entre os que serão treinados e supervisionados, acompanhados de algum profissional da equipe de saúde da atenção primária da área adscrita, criando um elo entre as escolas e a equipe, sendo exigido das equipes conhecimento sobre saúde ocular a fim de disseminar e promover a saúde, minimizando as possíveis consequências.

2.4 Programa de Saúde na Escola: contexto nacional e local

O PSE foi instituído por decreto oficial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), como resultado do trabalho Interministerial da Educação e da Saúde, com a perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino e tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2009).

Dentre os objetivos do programa, vale ressaltar, dentre outras, a evidente preocupação em realizar ações de prevenção e promoção de saúde:

Identificar, o quanto antes, em crianças e jovens, fatores de risco e prevenir e promover, por meio de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica do aluno (BRASIL, 2008c, p. 11).

O Programa contribui para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporciona à comunidade suporte para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros, estimulando a população na participação de programas e projetos que articulem saúde e educação. Portanto, o PSE é uma proposta que pretende exprimir uma nova perspectiva no desenho da política de saúde na escola, ultrapassando as dimensões biomédicas do processo de saúde e doença, tendo como referência o conceito de saúde que engloba diversos aspectos determinantes da qualidade de vida (GOMES, 2012).

A articulação entre a Escola e a Rede Básica de Saúde é a base do PSE (BRASIL, 2013), o que implica intersetorialidade compartilhada da saúde e da educação com as demais redes sociais para o desenvolvimento do programa. Desta forma, será possível disponibilizar mais do que uma oferta de serviços num mesmo território, pois deverá propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação das redes de corresponsabilidade.

Os principais objetivos do programa são: contribuir para a formação integral de educandos e a construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; promover a saúde e a cultura da paz; articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública; favorecer a articulação das redes de saúde e educação nas etapas de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de ações (BRASIL, 2009).

A adesão dos municípios ao PSE foi e será gradativa, portanto algumas metas já foram definidas. Em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) observa-se que a proposta seria que, em 2008, 10% do total das Equipes de Saúde da Família de todo o Brasil estariam inseridas no programa e que em 2009, esperava-se que esse percentual aumentasse para 30%. No ano de 2011, a meta era de 70% das equipes

estarem inseridas no programa e assegurava-se que, até 2012, cerca de 26 milhões de alunos brasileiros teriam atenção integral à saúde por meio do PSE.

Os critérios para adesão dos municípios até 2012, segundo o caderno do PSE, eram dentre outros, os seguintes: ter Equipes de Saúde da Família atuando no município; compor o Grupo de Trabalho Intersetorial que elaborará o projeto e acompanhará a implantação e o desenvolvimento do PSE; elaborar o projeto de maneira conjunta entre a Secretaria da Saúde e da Educação; incluir a saúde no projeto político-pedagógico; alimentar as informações necessárias ao acompanhamento dos indicadores nacionais propostos (BRASIL, 2009).

Entretanto, a partir do ano de 2013, todos os municípios do país estão aptos a participar do PSE, assim como todas as equipes de Atenção Básica. Além disso, as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas, assim, todos os níveis de ensino passam a fazer parte do PSE (BRASIL, 2013).

Com seu ponto de partida na década de 1990, com a criação da Gerência do PSE que tinha foco na relação intersetorial e na descentralização de atividades voltada para os escolares a partir da formação de grupos de trabalho regionais e locais, essa proposta se concretiza. Ela possibilitou a aproximação da assistência social no processo de estruturação do PSE, passando a ter ações envolvendo a saúde e educação (GOMES, 2012).

Em seguida, com o intuito estratégico de integrar ações de Educação e Saúde, a partir da década de 2000, os gestores municipais do programa saúde escolar, através de articulações com órgãos internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), implementou a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde (EPS), no município de Rio de Janeiro, através de um projeto-piloto. A proposta das ESP foi inclusiva e estimulava a participação ativa de alunos e familiares, professores, profissionais da saúde, profissionais da escola, associações e outros membros e setores da comunidade. Portanto, pretendia criar e garantir alianças para articular práticas de promoção da saúde (SILVA, 2010).

Esse projeto-piloto contou com um plano de avaliação desenvolvido por equipes pela Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Nesta, foram criadas 10 equipes de saúde formadas por profissionais dinamizadores (professor/psicólogo), dentistas e

fonoaudiólogos, sendo que estiveram envolvidos uma equipe de avaliação que acompanhava todo o processo, buscando identificar o grau de satisfação dos usuários e indicar mudanças e acertos no programa. Nesse período de 18 meses, 120 escolas e 119.000 alunos foram envolvidos. Porém, houve dificuldade em sustentar ações conjuntas, no sentido de que não foi criado vínculo efetivo entre as equipes externas (das SMS) ao programa e as redes de saúde e educação (GOMES, 2012).

Após a experiência do projeto-piloto, e a partir das contribuições da equipe e de sua avaliação, no ano de 2002, os objetivos dessa estratégia municipal foram redefinidos, tendo como prioridade a consolidação das ações intersetoriais, reconstruindo a relação dos serviços de saúde com a comunidade escolar. Nesse processo, houve capacitação de atores estratégicos do programa, de forma participativa, e ocorreu a criação de estratégias do município para fortalecer a proposta de saúde na escola, entre elas a criação de Núcleos de Saúde Escolar regionais, compostos por representantes da saúde, educação e assistência social.

Ainda como estratégia, houve disponibilidade de materiais educativos no *site* da Secretaria de Saúde do município, a realização de seminários e oficinas locais para capacitação dos profissionais. Porém, uma das dificuldades encontradas na avaliação supracitada era o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, assim como a disseminação das ações no município, o que inviabilizou o desenvolvimento do programa.

Em sequência a isso, ainda como desdobramento da estratégia de EPS, o município elaborou em 2006 e 2007 um Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSEC), criado com a perspectiva de garantir o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, assim como consolidar e ampliar as ações de saúde na escola e na creche. O acesso à saúde seria prioritariamente através da atenção básica e visava integrar o setor saúde a uma rede pública de apoio e proteção a crianças e adolescentes da rede pública municipal de ensino. Para tal, foram realizadas as Oficinas de Saúde na Escola (em três áreas programáticas do município – Grande Méier, Centro e Acari), que tiveram por objetivo aprofundar o diálogo entre os setores Educação e Saúde, além do que pretendia ser um instrumento de reflexão, fortalecimento e consolidação das referências de serviços de saúde à comunidade escolar (SILVA e PANTOJA, 2009).

Conforme Gomes (2012), no nível local, com o foco da intersetorialidade, o PMSEC constituiu-se uma forma de operacionalizar o PSE nacional e serviu de base para a elaboração do projeto de adesão ao Programa Federal pelo município do Rio de Janeiro. Um dos aspectos importantes apontado pelo PMSEC que foi evidenciado pelo PSE Nacional foi o papel de parceiro e a importância da ESF como referência de serviços de saúde para a escola.

As experiências no contexto de consolidar a relação Saúde e Educação serviram como base e consistiram de contribuições importantes para construção de uma política de saúde na escola que tivesse efetividade no acesso dos escolares à saúde, contribuindo para melhorar os índices de educação básica e de saúde.

Em seus anos iniciais (2008 e 2009), o PSE Nacional contemplou vários municípios em todos os estados do país, sendo inicialmente, 17 municípios, com cerca de 132.000 beneficiários⁴. Segundo GOMES (2012), o PSE foi lançado no município no Rio de Janeiro em maio de 2009, após a realização de um seminário que envolveu secretários e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), da Secretaria Municipal de Educação (SME) e da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), assim como representantes do nível de gestão central e os representantes de cada setor. Nesse seminário, discutiu-se a realização de um trabalho intersetorial e a importância da formação de grupos de trabalho para facilitar a implementação e a gestão do PSE, sendo que o evento teve como principal objetivo a criação de colegiados regionais e intersetoriais de gestão de saúde na escola (GOMES, 2012).

Para implementação do PSE, o município utilizou a estratégia de criar um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), conforme previsto na Portaria 1.861 de setembro de 2008, onde tanto o planejamento quanto a execução, o monitoramento e a avaliação das

⁴ Dados consultados no site: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

ações são realizados coletivamente, no intuito de atender às demandas locais. Dessa forma, os GTIs devem ser compostos por representantes da Secretaria de Saúde e de Educação, pelo menos um de cada secretaria, por outros parceiros locais representantes de políticas públicas ou movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental, entre outro), assim como pelos educandos (BRASIL, 2013).

O GTI Municipal (GTI-M) é composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação e também podem fazer parte representante da Equipe de Saúde da Atenção Básica e das escolas, estudantes e pessoas da comunidade local, tendo como uma das responsabilidades, possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de Atenção Básica, entre outras responsabilidades (BRASIL, 2013 p. 5).

Com o intuito de facilitar a dinâmica de trabalho para concretizar o PSE, torna-se evidente a importância do planejamento das ações, realizadas pelos GTIs e pelas equipes, envolvam os componentes básicos do PSE (Avaliação das condições de saúde, prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde e formação dos envolvidos), sendo que tal estratégia potencializa a prática intersetorial, a atenção à saúde e a educação integral.

O município do Rio de Janeiro, baseado em sua experiência com os programas de saúde na escola, ainda criou um Núcleo de Saúde na Escola e na Creche (NSEC'S) que se encontram no nível das Coordenadorias Regionais, de acordo com a divisão do município. Os NSCE'S foram criados na perspectiva de estimular a elaboração de planos de ação regional que considerem a realidade local e seus principais atores no intuito de acompanhar e avaliar o PSE e nas Creches, já que o Rio de Janeiro foi um dos municípios que incorporaram as creches municipais junto às escolas da rede básica de educação pública.

O PSE continuará em processo de consolidação, avaliação, redefinição e transformação, tanto no Brasil, quanto no município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, com base nas avaliações e nas práticas vivenciadas, serão adicionados outros mecanismos que darão estrutura às relações entre os diversos componentes e atores do programa (SILVA, 2010).

2.5 Saúde ocular no Brasil e no município do Rio de Janeiro

No Brasil, a preocupação com a saúde ocular já vem por décadas visando dar prioridade à promoção da saúde, identificação precoce e melhores encaminhamentos e tratamentos, mesmo com as diversas dificuldades encontradas (TOLEDO *et al*, 2010).

Desde a década 1960 a intensificação da saúde ocular vem se mostrando no país, quando já havia a preocupação em orientar o professor no sentido de realizar aferição da acuidade visual e encaminhamento da criança portadora de afecção ocular ao oftalmologista, controlando seu atendimento. Dentre as ações, em 13 de novembro de 1972 em São Paulo, instalou-se oficialmente o Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar (POSE), tendo como objetivos:

Contribuir para o bem-estar do escolar, assistindo-o em seus problemas oftalmológicos; contribuir para melhoria do rendimento escolar; procurar evitar que problemas oftalmológicos da infância se tornem definitivas ou incapacitantes, com prejuízo do rendimento socioeconômico do futuro cidadão; e contribuir para as pesquisas referentes ao estabelecimento dos índices e coeficientes que expressem, com fidedignidade, a situação do problema entre a nós (FERRIANI, 1991, p. 119).

Entende-se que já havia certa preocupação com o diagnóstico precoce e a importância da medição da acuidade visual nessa faixa etária, porém o POSE enfrentou grandes dificuldades quanto aos recursos humanos, sobrecarregando o professor, que ganhou carga horária extra para ações de saúde nas unidades escolares. Entretanto, algumas tentativas de organizar o papel do professor como papel de educador e disseminador das informações em saúde, foram idealizadas, sem muito sucesso.

Após a Constituição Federal de 1988, o grande desafio para as administrações municipais, na área da saúde, foi a reorganização dos serviços, tendo em vista a construção do SUS. Contemplar os princípios do SUS de regionalização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, acesso universal, atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e participação da comunidade, implica, também, rever a questão da atenção à saúde da criança. Para

algumas parcelas da população infantil, como a criança em idade escolar ou o adolescente, chama-se a atenção para a marginalização do atendimento realizado pelo setor saúde, além da necessidade de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos a essa população (CYRINO e PEREIRA, 1999).

A Assistência Primária da Saúde foi considerada uma estratégia capaz de ampliar a capacidade de assistência e melhorar a qualidade de cuidados prestados à comunidade, contribuindo para a eficiência da assistência. No período, surgiu a discussão no país de que a saúde do escolar deveria fazer parte das ações integradas em saúde, deixando de ser um serviço isolado, independente e pouco eficaz, provendo, à criança em idade escolar, recursos para que fossem privilegiadas pelas ações de saúde voltadas para a saúde ocular, dando ênfase à saúde primária.

Com o fortalecimento da atenção primária nos anos 90, o Brasil passou a desenvolver programas e políticas mais coesas fortalecendo a democracia e a luta pela cidadania. No contexto da saúde ocular, fica evidente, a partir da criação da ESF, a ideia de que o ambiente escolar torna-se um ambiente fértil para implementação das propostas, estratégias e ações que envolvem promoção da saúde, fortalecendo os objetivos da atenção básica.

Os programas nacionais como o Projeto Olhar Brasil (BRASIL, 2008c) e o PSE (BRASIL, 2009), entre outros, vem de encontro a tal proposta e assim capacitar, auxiliar e subsidiar a prática da promoção da saúde ocular em crianças na fase escolar, faixa etária que demonstra fragilidade e merecendo atenção redobrada. É fato que o processo ensino-aprendizagem, assim como a qualidade de vida, dependem primordialmente da visão. Sendo assim, prevenir, identificar e tomar as devidas atitudes oferece à população melhoria na saúde.

Em 2008, o governo federal, por meio de Portaria Interministerial (Ministério da educação e Ministério da Saúde), lançou o Projeto Olhar Brasil, que citou no seu caderno, entre outras várias ações:

Identificar os problemas visuais relacionados à refração em alunos matriculados na rede pública de Ensino Fundamental (1° a 8° série). Os municípios que aderiram ao Projeto Olhar Brasil poderão integrar ações com o PSE (Programa de Saúde na Escola), assim potencializando os recursos (BRASIL, 2008c, p. 09).

O Projeto Olhar Brasil (2008c) tem como objetivo contribuir para a melhora do processo ensino-aprendizagem, a partir da prevenção, identificação e correção de problemas visuais em educandos matriculados na rede pública de ensino da Educação Básica (com enfoque no Ensino Fundamental). Elaborado de forma conjunta com o Ministério da Educação e o da Saúde, tem o foco de que a implementação permitirá reduzir às taxas de evasão decorrente de dificuldades visuais, facilitando o acesso à diversidade de contextos sociais e garantir a melhoria da qualidade de vida desses cidadãos.

Segundo o caderno de manual de instruções (BRASIL, 2008c), para que o propósito do programa seja efetivo, deve existir um momento de capacitação dos ACS, assim como os professores e alfabetizadores de modo que estes possam realizar a triagem por meio da técnica da medida de acuidade visual, sendo que a capacitação ficará a critério das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, sendo muitas vezes os profissionais da ESF os responsáveis por essa ação.

No âmbito dos protagonistas da capacitação, o caderno do Projeto Olhar Brasil, considera que:

Professores e alfabetizadores, pela proximidade e contato permanente com os educandos em atividades que exigem o uso da visão, são sujeitos importantes no processo de identificação dos problemas visuais dos estudantes (...). Da mesma forma, os Agentes Comunitários de Saúde desenvolverão a triagem na população com idade igual ou acima de 60 anos, propiciando melhoria na qualidade de vida nessa faixa etária (BRASIL, 2008c p. 9).

Como a ESF estará de frente, cabe à sua equipe um bom conhecimento sobre o tema, para que sejam realizados atendimentos à criança, assim como a educação permanente da equipe e colaboradores da unidade, abrangendo um contato direto com a instituição escolar e evidenciando a importância das melhores atitudes e práticas frente às adversidades, promovendo a saúde e possibilitando melhores condições de saúde às crianças em idade escolar.

Torna-se evidente a necessidade de que a escola participe de ações de promoção de da saúde ocular, de identificação e encaminhamento de escolares para diagnóstico e

tratamento dos problemas detectados com especialistas (BRASIL, 2013). Portanto, a escola é um espaço importante para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre as crianças e os adolescentes. A escola exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando sua busca por autonomia, tornando-se cenário de grande relevância na educação e formação de caráter da criança, desenvolvendo experiências significativas de socialização e vivência comunitária.

A escola distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar confrontando diferentes saberes, contidos nos conhecimentos científicos veiculados nas disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e familiares que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, que devem ser considerados mesmo sendo por vezes desconexos; e aqueles trazidos pelos professores, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos. Tal confronto gera o que se convencionou chamar de “cultura escolar” (BRASIL, 2009).

A partir desse enfoque, a promoção da saúde na escola pretende inserir no currículo escolar a grande diversidade de saberes relacionado à saúde, fazendo um elo entre os profissionais da eSF, professores e pais, formando uma equipe que sustente a busca de melhoria da saúde e qualidade de vida do escolar. Sendo a escola um ambiente de promoção para educação em saúde, estimula-se a abordagem de temas como higiene, verminoses, saúde bucal e entre outros.

Para evidenciar a promoção de saúde na escola, o Instrutivo do Ministério (BRASIL, 2013) reforça essa ideia ao explicitar que as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral, promovendo o desenvolvimento da cidadania.

Segundo Catrib e colaboradores (2011), entende-se por promoção da saúde uma combinação de apoio educacional e ambiente que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde, representando uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população humana e seus entornos. A escola apresenta-se como espaço que são desenvolvidos processos educacionais que articulam

ações de naturezas diversas que envolvem, não somente seus limites territoriais, mas também o espaço comunitário.

O município do Rio de Janeiro conta com uma Unidade Móvel de Oftalmologia (UMO), uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde - PSE com a força tarefa e coordenação das ações da Organização Social BioRio. A UMO realiza avaliação e triagem da acuidade visual, com objetivo de corrigir possíveis falhas de aprendizagem ocasionadas por problemas de visão dos alunos. As ações são voltadas para as crianças matriculadas nas escolas cadastradas (Escolas do Amanhã), são previamente comunicadas, tendo como resultado a entrega de óculos e encaminhamento ao especialista de forma mais ágil. A UMO conta com dois médicos oftalmologistas, um auxiliar de enfermagem e um coordenador da unidade, que atua no agendamento das atividades. Ao todo, são oito equipes que se revezam no atendimento da UMO. As unidades móveis contam com mobiliário próprio para promover o atendimento e material educativo, que será entregue às crianças.

O planejamento das ações se inicia na Coordenadoria Regional de Educação (CRE) que marcam os dias em que os pais devem levar os alunos até um dos polos de atendimento. No local, as crianças realizam o exame de vista e aqueles que necessitarem de óculos serão encaminhados para outra unidade móvel, onde podem escolher a armação. Depois de cinco dias úteis, os óculos serão entregues à CRE, que ficará responsável pela distribuição nas escolas. Aqueles que necessitem de uma avaliação mais apreciada são encaminhados para unidades de referência em oftalmologia. Vale ressaltar que a participação dos profissionais da ESF mostra-se importante no momento da avaliação e triagem, porém não foi mencionada a participação das equipes durante as ações da UMO⁵.

⁵ Informações obtidas verbalmente, em reunião, com o médico oftalmologista representante da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, em outubro de 2013.

No que diz respeito à pactuação de ações, os dados recebidos diretamente com a coordenação da Promoção de Saúde na sede da Prefeitura Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro mostram que o Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS) formalizou as prioridades de governo na área da saúde para o período de 2013. A pactuação do município na melhoria da cobertura das ações de saúde ocular para os alunos da rede pública mostra a relevância e a preocupação para efetivação do programa na sua atuação na saúde do escolar. Seguem algumas metas e indicadores que têm relação direta com a missão da Coordenação de Saúde Escolar (BRESSAN, 2012):

Quadro 1 - Metas e Prioridades do Plano Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro da missão da Coordenação de Saúde Escolar, 2012.

Indicador	Meta 2013
Ampliar a cobertura do programa Saúde nas Escolas beneficiando 700.000 crianças matriculadas em 1000 escolas da rede municipal de educação	100%
Realizar triagem e exame visual em 28.000 alunos analfabetos funcionais e 108.000 alunos das escolas do amanhã promovendo a doação dos óculos quando necessário.	-
Ampliar a cobertura das ações de saúde ocular para 80% dos alunos da rede pública municipal de ensino	100%
Realizar triagem e exame auditivo em 28.000 alunos analfabetos funcionais e 108.000 alunos das escolas do amanhã promovendo a doação de prótese auditiva, quando necessário.	-

Fonte: Acervo da Coordenação do Programa de Saúde do Escolar – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (BRESSAN, 2012).

O PSE tem sua proposta centrada na gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) na esfera de gestão estadual e municipal, em que seu trabalho tem a menção de interação como troca de saberes, compartilhamento de poderes e relacionamento entre profissionais de saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes. Pautada no diálogo entre seus representantes, será possível aprofundar saberes e construir práticas que considerem as potencialidades e vulnerabilidades do território, criando ações que fortaleçam a atuação compartilhada do PSE junto à comunidade, tendo a escola e a unidade de saúde como instituições provocadoras.

Emerge o interesse de apontar a situação bastante citada no âmbito internacional, ao consultar-se o *site* da Organização Mundial de Saúde, assim como referências em alguns artigos encontrados nesta pesquisa. Encontramos mencionado o programa

VISION 2020: THE RIGHT TO SIGHT (O DIREITO À VISÃO), lançado no início de 1999, que trata de um esforço da Organização Mundial de Saúde (OMS) e diversos parceiros – organizações não governamentais e governamentais, grupos e instituições – que apresenta o objetivo de eliminar a cegueira evitável ao redor do ano de 2020. Tal programa tem por finalidade revitalizar e fortalecer programas e grupos existentes, bem como criar outros novos grupos (RESNIKOFF e PARARAJASEGARAM, 2001)

A VISION 2020 tem como atividades alvo o controle específico de doenças, o desenvolvimento de recursos humanos e o desenvolvimento de infraestrutura e de tecnologia apropriada. Além destas, adota como estratégia básica a da assistência oftalmológica abrangente, integrada ao nível primário de atenção básica.

Como vimos, existem inúmeros programas nacionais e internacionais que visam a redução, identificação precoce e correção das alterações visuais e distúrbios oculares. Porém, é necessário o envolvimento dos inúmeros participantes, principalmente na atenção aos escolares, pois é nessa fase que ocorre o grande número de diagnósticos e possíveis curas e redução das consequências das adversidades oculares.

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este capítulo refere-se ao processo que foi seguido até atingir o resultado descrito no capítulo seguinte e, assim, serve para entendimento dos processos e etapas da pesquisa, sendo abordado tipo de pesquisa, cenário, população, critérios de exclusão, instrumento de coleta de dados, pré-testes, aspectos éticos e limitações do estudo.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, seccional, do tipo inquérito – KAP⁶ (Knowledge, Attitudes and Practices) desenvolvido em uma Área de Planejamento (3.1) do município do Rio de Janeiro, estado do Rio de Janeiro.

O modelo KAP foi proposto visando facilitar a fase do diagnóstico no planejamento em educação para saúde. Essa teoria parte do pressuposto de que os conceitos propostos facilitem o diagnóstico educativo e a intervenção em saúde (CANDEIAS e MARCONDES, 1979; OMS, 2008).

Inquéritos sobre KAP justificam-se pela constatação de que os indivíduos são diferentes em relação aos conhecimentos sobre saúde, têm atitudes que não são uniformes e diferem em relação à prática que adotam para si e seus familiares, aspectos que guardam estreito relacionamento. Dessa forma, as informações resultantes do inquérito são úteis para o planejamento e condução de programas e atividades em saúde (PEREIRA, 2000).

⁶ Será utilizada a sigla em inglês para que não haja confusão com a sigla dos CAP (Coordenação da Área de Planejamento) adotada pelo município do Rio de Janeiro.

A metodologia KAP foi adaptada e utilizada nesta pesquisa, permitindo o diagnóstico e a descrição do que as pessoas sabem, sentem e também como se comportam a respeito do determinado tema, tendo como principal objetivo do estudo KAP a possibilidade de explorar e gerar mudanças no conhecimento, atitude e práticas da comunidade (KALIYAPERUMA, 2004).

Segundo o modelo KAP, um comportamento em saúde prende-se a um processo sequencial: tem origem na aquisição de conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de atitude favorável à adoção de determinada prática de saúde. Tal modelo tem-se mostrado eficiente para explicar fenômenos relacionados à opção comportamental do ser humano no que respeita à manutenção de sua saúde. Sendo que, de acordo com a premissa KAP, espera-se que o conhecimento correto leve à mudança comportamental na área da saúde (CANDEIAS e MARCODES, 1979).

O conhecimento possuído por uma comunidade refere-se a sua compreensão sobre o determinado assunto. As atitudes são seus sentimentos e valores em relação a esse assunto, bem como todas as ideias preconcebidas que possam ter frente à situação estudada. A prática refere-se aos modos pelos quais a população estudada demonstra seu conhecimento e atitude através de suas ações. Compreender os níveis KAP permitirá um processo mais eficiente na criação da consciência, pois permitirá que se realizem adaptações mais apropriadas dos programas, com base nas necessidades da comunidade estudada (KALIYAPERUMA, 2004).

Brito e colaboradores (2007) definem conhecimento como a habilidade de recorrer a fatos específicos sobre determinado assunto com comprovação científica; prática é executar a ação sobre determinado assunto com comprovada perícia; e atitude a emissão de opiniões e de ideias sobre determinado assunto. Contribuindo com os conceitos do modelo KAP, Gamarra (2004) parte do pressuposto de que um comportamento em saúde prende-se a um processo sequencial: tem origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e a adoção de uma prática de saúde.

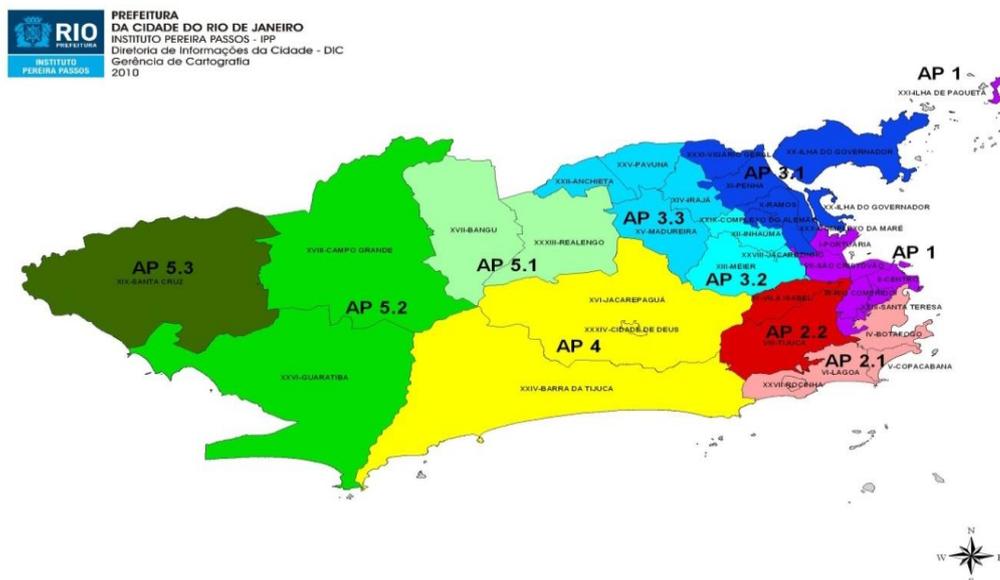
3.2 Cenário da pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa foram admitidos como participantes todos os enfermeiros, estatutários ou contratados de forma regular, das Equipes de Saúde da Família dentro da área de planejamento estudada, cadastrados no sistema de informação da SMS, sendo as equipes devidamente registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

No que corresponde ao município estudado, o Rio de Janeiro, a população total residente se encontra em 6.320.446 pessoas. Destas, 19,4% da população encontra-se na faixa etária de 0 a 14 anos (IBGE, 2012). Os dados atualizados mostram que a população matriculada na rede pública municipal é de 677.321, sendo que 537.177 destes estão matriculados regularmente no ensino fundamental do 1º ao 9º ano (SME, 2011/ARMAZEM DOS DADOS, 2012). Isso evidencia o grande contingente populacional que será atendido nos programas de promoção de saúde ocular. Atualmente 516 escolas municipais e 348 Equipes de Saúde da Família estão cadastradas no Sistema de Informação do Ministério da Educação (SIMEC) como participantes do PSE.

O município do Rio de Janeiro conta com 10 Áreas de Planejamento (APs) e 33 Regiões Administrativas (RAs) e 160 bairros (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2010) (Figura 1). Entretanto, cada uma das 10 regiões da cidade, que constituem uma gestão regional (APs), possui uma Coordenação Regional da Área de Planejamento (CAP), sendo que cada setor que coordena e gerencia dada região responde à SMS (gestor central) que apoia, supervisiona e direciona.

Figura 2 – Mapa do município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento



FONTE: Instituto Pereira Passos – 2010.

A AP 3.1 tem 28 bairros e população total estimada em 886.551 habitantes, sendo dividida em seis Regiões Administrativas (Quadro 2), fundamentando a o cálculo e a distribuição do número de eSF e a população da região, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). A área ainda contém o quantitativo de 22 Centros Municipais de Saúde (CMS), 07 Clínicas da Família (CF) e 01 Centro de Saúde Escola/Unidade Básica (CSE) (SMSDC, 2013). A escolha da área justifica-se por ter a maior cobertura da ESF com equipes completas (Figura 2), abrangendo o maior número de profissionais enfermeiros, assim como por ser a área com maior número de unidades escolares (30) que são participantes e atuantes do PSE.

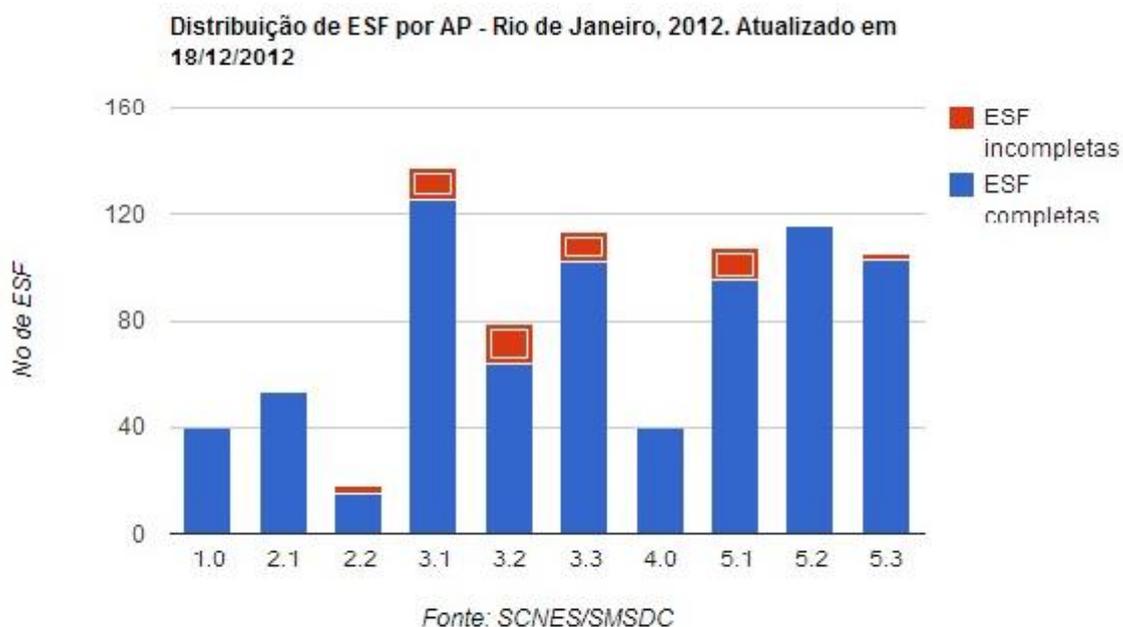
Vale destacar que a ampliação da ESF no município do Rio de Janeiro traz grandes desdobramentos para a escolha da região, visto que, estando em maior número, irão se responsabilizar pelas unidades escolares de seu território, ampliando o acesso à saúde e articulando com outros serviços locais na busca de qualidade de vida para a comunidade escolar.

Quadro 2 – Distribuição demográfica das Regiões Administrativas (RA) da AP
3.1, segundo SMSDC – Rio de Janeiro, 2013

Regiões Administrativas (RA)	População Masculina	População Feminina	População Total
X Ramos	71 153	82 024	153 177
XI Penha	88 609	97 107	185 716
XX Ilha do Governador	99 965	112 609	212 574
XXIX Complexo do Alemão	33 800	35 343	69 143
XXX Maré	63 743	66 027	129 770
XXXI Vigário Geral	65 007	71 164	136 171
Total	422 277	464 274	886 551

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010 - Território (IBGE, 2013)

Figura 3 – Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro, 2013



Dados sujeitos a revisão. Em 09/Jan/2013

FONTE: DATASUS/SCNES, Janeiro de .2013

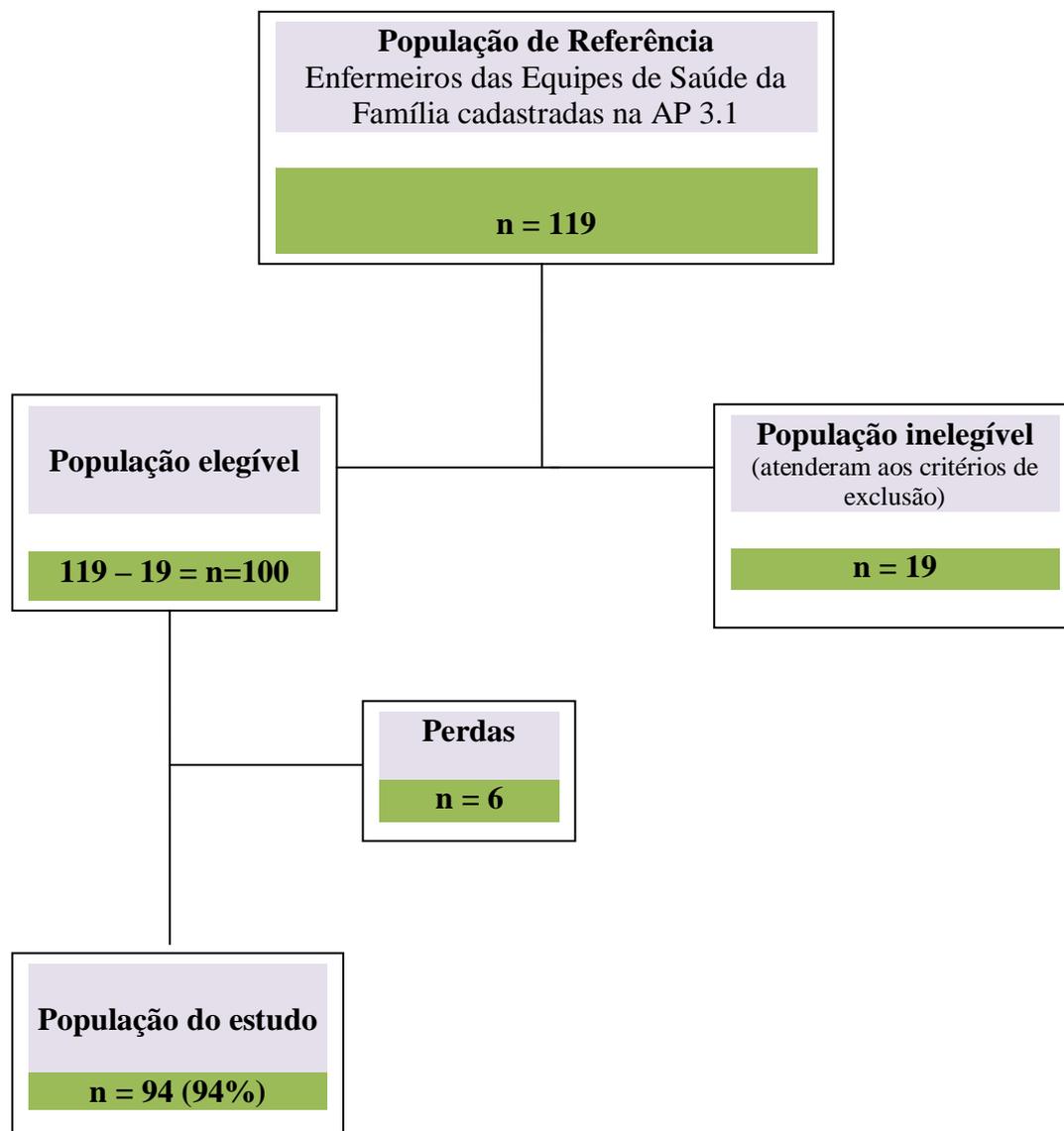
3.3 População

A população do estudo abrangeu todos os enfermeiros contratados ou estatutários registrados na SMS e na Defesa Civil do município do Rio de Janeiro. A informação sobre o quantitativo foi adquirida diretamente com o setor responsável pelo registro das equipes da ESF da referida Secretaria, dentro do CNES em abril de 2013.

Cadastrados no município do Rio de Janeiro em abril de 2013, a população de enfermeiros que atua na ESF consta de 823, sendo que a amostra selecionada para o estudo, área de planejamento 3.1, corresponde a 119 Equipes de Saúde da Família, sendo que cada equipe conta com um enfermeiro cadastrado. Entramos em contato com

todos estes e os convidamos a participar da pesquisa. Foram entrevistados 94 enfermeiros, totalizando 79% da amostra (Figura 4). Dentre as perdas, foram no total de 6 (5,4%), havendo o prejuízo no último dia da coleta por possível manifestação não pacífica, comunicado aos gerentes do CMS Alemão pelo Batalhão de Operações Especiais, ocorrida no mês de Junho de 2013, impedindo a visita de retorno às unidades do Complexo do Alemão.

Atenderam aos critérios de exclusão 19 (16%) enfermeiros da amostra estudada, sendo que três equipes, no dia da coleta de dados, estavam sem enfermeiros cadastrados devido a demissão ou processo de contratação; 1 de licença maternidade e os demais; 12 de férias e 3 de folga (Figura 4).

Figura 4 - Diagrama de constituição da população do estudo

3.4 Critérios de exclusão

- a) Os profissionais que estavam de licença, férias ou afastamento por quaisquer motivos;
- b) Residentes, estagiários ou em visita técnica;
- c) Ter menos de 3 meses de experiência da eSF em que atua;
- d) Ser gerente da unidade visitada no momento da coleta de dados. Esse critério foi incluído por orientação da coordenação da CAP 3.1 pelos seguintes motivos: nem todos os gerentes são enfermeiros e, os que são enfermeiros, não atuavam na assistência no período da coleta.

3.5 Definições das variáveis

As definições de conhecimento, atitude e prática, foram feitas a partir de leituras de outros estudos, (PAIVA, 2008; KALIYAPERUMA, 2004; CANDEIAS e MARCODES, 1979; BRITO *et al*, 2010; GUAMARRA, 2004) assim como pesquisadas em artigos e publicações a fim de se aprofundar nos conceitos. Porém, para a construção do questionário deste estudo tiveram destaque: o estudo de Ana Maria Girotti Sperandio (1999), assim como o uso, com adaptações, do *guideline* da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), sendo estes de fundamental base. E para fins de avaliação de respostas adequadas ou inadequadas, tomou-se como base os manuais do MS e estudos de autores citados ao longo da discussão.

3.6 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário com perguntas abertas e fechadas (Apêndice B). Optou-se pelo questionário, pois, segundo Dyniewicz (2007), consta de um documento de questões, cujas respostas podem ser preenchidas pelo entrevistado ou pelo pesquisador, a partir das respostas do entrevistado, ou gravadas com seu consentimento. O instrumento foi aplicado junto com um roteiro para levantamento de dados do perfil do entrevistado (Apêndice A)

O questionário (Apêndice B) está dividido pelos blocos de conhecimento (Parte-A), atitudes (Parte-B) e práticas (Parte-C) e ainda consta uma pergunta sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais (Parte-D). Esta pergunta foi adequada para que assim possam ser investigadas e discutidas as dificuldades, a fim de que outros profissionais e o meio, envolvidos na área de saúde ocular na atenção básica, tomem como base os relatos e melhorem a qualidade da assistência.

Para elaboração do questionário, utilizou-se como base outros questionários de estudos internacionais (OMS, 2008; KALIYAPERUMA, 2004; ABAZID, JONES e DAVI, 2012; MOHAMED, BAYOUMI e DRAZ, 2011) e nacionais (MARINHO *et al*, 2003, GUAMARRA, 2004; PAIVA, 2008; BRITO *et al*, 2010) que pesquisaram conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, independentemente do objeto de estudo.

Ressaltamos que todos os questionários e o banco de dados serão arquivados durante 5 anos com a pesquisadora e, após esse período, serão destruídos.

3.7 Pré-Teste

Pré-teste em KAP é um passo essencial para determinar se os dados coletados são úteis e se existem questões que devem ser excluídas ou adicionadas antes de aplicar o instrumento. Deve ajudar a descobrir; quais perguntas os entrevistados não entenderam ou foram sujeitos a múltiplas interpretações; quantas perguntas pareciam

redundantes ou desnecessárias, bem como melhorar a formulação das perguntas para garantir que as respostas darão a informação desejada e se é necessário voltar e revisar o questionário para rever o que está faltando (OMS, 2008).

O questionário, assim como recomenda a OMS (2008), é aplicado a um pequeno número dos indivíduos selecionados aleatoriamente da população alvo da pesquisa, geralmente são suficientes de 2 a 5 pré-testes, não sendo necessário mais que isso para que se possam identificar áreas que necessitam de melhoria (OMS, 2008).

O pré-teste foi aplicado em somente uma unidade contendo 5 enfermeiros. Estes questionários não foram utilizados dentro do quantitativo das análises, não sendo considerado no quantitativo na população elegível. Foi testado o tempo que cada profissional levava para responder e o conteúdo do questionário. Durante esse processo, o tempo das entrevistas foi de 15 minutos e apenas um enfermeiro demorou 20 minutos para responder. Duas questões foram adaptadas para melhor entendimento e 1 foi retirada, pois estava redundante e desnecessária.

3.8 Etapas de coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada uma reunião com a CAP 3.1, com a participação da coordenadora geral da Área e os cinco apoiadores que são os representantes de cada subsistema, assim como foi explicado às divisões dos subsistemas conforme o método de trabalho da CAP 3.1 e que unidades seriam visitadas com cada apoiador em saúde (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição entre apoiadores de territórios e unidades de saúde da CAP 3.1
– Abril de 2013

APOIADOR(A)	SUBSISTEMA	UNIDADES
Apoiador 1	Ilha do Governador	- CF Assis Valente; - CF Maria Sebastiana de Oliveira; - CMS Madre Teresa de Calcutá; - CMS Parque Royal
Apoiador 2	Alemão	- CF Rodrigo Roig - CF Zilda Arns - CMS Alemão - CMS Maria Cristina Roma Paugartten
Apoiador 3	Penha	- CF Felipe Cardoso - CF Aloysio Augusto Novis - CMS José Paranhos Fontenelle
Apoiador 4	Vigário	- CF Joãozinho Trinta - CMS Iraci Lopes - CMS Nagib Jorge Farah - CF Heitor dos Prazeres - CMS João Cândido - CMS José Breves dos Santos
Apoiador 5	Maré	- CF Augusto Boal - CMS Gustavo Capanema - CMS Helio Smith - CMS Nova Holanda - CMS Parque União - CMS Samora Machel - CMS Vila do João - CMS Américo Veloso

Os apoiadores de saúde são profissionais de nível superior, que conhecem as áreas, suas dificuldades e rotinas de trabalho. São os responsáveis por administrar as unidades, junto com os profissionais que atuam na área, auxiliando na tomada de decisões frente às adversidades, alimentação dos sistemas e dos bancos de dados em saúde; auxiliam em eventos, campanhas e distribuição de materiais; assim como supervisionam a pactuação das metas, indicadores de saúde e geração e avaliação de resultados, procurando sempre melhorar o trabalho de gestão e de assistência de ponta, visando a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

No momento da reunião, ocorrida dia 24 de Abril de 2013, às 11 horas da manhã, na sala de reuniões da CAP 3.1, foi apresentado o projeto de pesquisa com seus

objetivos, justificativa e métodos para todos os presentes e o convite para ajudar na coleta de dados e visita às unidades. Foi acertado que a aplicação do questionário, no caso feita pelo autor do estudo, deveria ser feita com acompanhamento e supervisão dos apoiadores em saúde, única e exclusivamente, com a presença dos mesmos tanto para auxiliar na entrada e saída das áreas visitadas, como para facilitar o agendamento da aplicação do questionário. Para tal, os horários eram estabelecidos e previamente combinados entre os apoiadores e as unidades previamente comunicadas.

A escolha de visitar cada unidade e conhecer pessoalmente todos os territórios foi intencional, assim como a adequação da nossa agenda com a dos enfermeiros em suas respectivas unidades. Desta forma, não dificultaria a agenda de atendimento e o trabalho dos apoiadores e enfermeiros das ESF.

Ficou acordado que a coleta seria realizada de segunda a sexta, no horário comercial, de acordo com a agenda dos apoiadores e disponibilidade de agendamento de carro da CAP 3.1, tornando a visita às unidades mais eficaz. Em média, foram 2 encontros por semana e 3 unidades por dia, havendo certos contratempos.

No dia anterior à visita, os apoiadores comunicavam aos gerentes das unidades que iríamos visitar e explicavam o motivo de nossa visita, que seria para realizar uma coleta de dados de uma pesquisa com todos os enfermeiros da AP 3.1 e tentávamos nos adequar ao melhor horário que o gerente nos permitia a visita. No dia das visitas às unidades, na companhia do apoiador, eu era apresentada para o gerente que me levava para a sala de reuniões da unidade para estar junto com os enfermeiros, sendo que, em algumas unidades, isso era feito individualmente (por motivo da agenda de atendimento) ou com todos da unidade juntos sob minha supervisão (quando a programação realizada junto com o gerente).

As visitas de retorno, na tentativa de coletar as perdas, eram também comunicadas aos gerentes que tentavam agendar novamente a entrevista, sempre em companhia com o apoiador de saúde responsável pela área.

Quando estávamos reunidos com os enfermeiros, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido em voz alta por mim e o convite para participar da pesquisa era feito de forma clara e formal, os termos eram assinados e o questionário era aplicado. O tempo, em média, para responder o questionário foi de 15 minutos.

3.9 Análise de dados

Após o término da coleta de dados, todos os questionários e banco de dados foram analisados e revisados utilizando o software Epi-Info (versão 3.5.2), sendo os resultados apresentados em forma de tabelas e quadros. Para análise do percentual de erros e acertos foram utilizadas como referência as questões definidas no quadro a seguir (Quadro 4).

Ressalta-se que todos os documentos utilizados no estudo, como formulários, questionário e o banco de dados serão arquivados durante 5 anos com a pesquisadora e após esse período serão destruídos.

Quadro 4 – Descrição das definições de conhecimento, atitudes e práticas adequadas no contexto deste estudo

KAP	Adequado	Não Adequado
CONHECIMENTOS	O percentual foi calculado nas respostas corretas das questões 3 (% da alternativa 3), 4 (% da alternativa 3), 5, 6 e 8 (% da alternativa de maior marcação dentre as de múltiplas escolhas**) do total de oito questões, perfazendo 20% em cada questão.	O percentual foi calculado** nas respostas das questões 3 (% de marcações que não alternativa 3), 4 (% de marcações que não alternativa 3), 5 (% de marcação da alternativa Não sei), 6 (% de marcação da alternativa 2) e 8 (% de opções outros), do total de oito questões, perfazendo 20% em cada questão.
ATITUDES (Opiniões)	O percentual foi calculado nas respostas das questões 9 (% da resposta SIM), 10 (% da marcação da alternativa 1), 11 , 12 (% da resposta SIM) da PARTE B do questionário, perfazendo 25% em cada questão.	O percentual foi calculado nas questões 9 (% da resposta NÃO), 10 (% da marcação das alternativas que não a alternativa 1), 11 e 12 (% da resposta NÃO) da PARTE B do questionário, perfazendo 25% em cada questão.
PRÁTICAS	O percentual foi calculado nas respostas corretas das questões 16, 17(% da resposta SIM), 18 (% das alternativas que não a alternativa 1) e 20 da PARTE C do questionário, perfazendo 25% em cada questão.	O percentual foi calculado nas questões 16, 17(% da resposta NÃO), 18 (% de marcação da alternativa 1) e 20 da PARTE C do questionário, perfazendo 25% em cada questão.

**Obs.: Todas as questões com mais de uma opção de resposta tiveram seu percentual calculado sob a opção de CHECK BOX no *software* Epi-Info.

Para análise das questões de múltiplas escolhas, as quais poderiam ser marcadas mais de uma alternativa, o percentual foi calculado baseado no total da população por

meio do dispositivo em caixas de CKECK BOX, no momento da elaboração da máscara do programa estatístico utilizado. Desta forma, pode-se calcular dentro do universo total da amostra o percentual de vezes que a alternativa foi marcada dentro da mesma questão, o que facilitou o cálculo do percentual de cada alternativa. As outras opções foram analisadas descritivamente conforme seu percentual de marcação das opções.

3.10 Aspectos éticos

Em cumprimento aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram atendidas as diretrizes das Resoluções nº 196, de 10 de outubro de 1996, e nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os sujeitos e assegurando seus direitos éticos de consentimentos, sigilo e anonimato dos entrevistados, assim como foram observados e respeitados os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996; 2012).

Para tanto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado aos participantes (Apêndice C) seguindo o modelo disponível no site do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e adaptado ao modelo recomendado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery. Nele constam os objetivos e as descrições da pesquisa, a aceitação voluntária do participante, assim como garante o anonimato do participante, que foi identificado por número de entrevista com início do número um, excluindo os cinco do pré-teste.

A submissão ao comitê de ética foi iniciada mediante cadastro na Plataforma Brasil, com parecer consubstanciado com número 240.019, no dia 30 de Abril de 2013. A instituição proponente foi a Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ e teve como instituição coparticipante a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa civil (SMS/DC RJ) com avaliação prévia do Centro de Estudos da CAP 3.1 e assinatura prévia do termo de autorização da Coordenação da Área de Planejamento 3.1 (Anexo 1; Anexo 2).

3.11 Limitações do estudo

Ao longo do processo de pesquisa ocorreram algumas dificuldades que são relatadas a seguir. Quanto ao referencial teórico, ainda há poucos estudos de enfermeiros, sobre a temática voltada para a saúde ocular em escolares. Apenas um estudo sobre saúde ocular envolveu o método de pesquisa do tipo inquérito KAP e tem como autor outro profissional de saúde que não enfermeiro, sendo que não foi possível contactá-lo mesmo após várias tentativas por meio de mensagem eletrônica.

Uma das dificuldades para aplicação dos questionários foi a falta de organização e programação das agendas dos enfermeiros de algumas das unidades, deveríamos ter marcado de forma mais programada e por conta disso, em algumas unidades, chegava-se perder a tarde inteira para realizar duas ou três entrevistas. As unidades onde obtivemos maior perda foram justamente as que continham maior número de enfermeiros, isso ocorreu por falta de programação que considerasse o horário de presença dos enfermeiros na unidade.

Porém, ocorreram fatos que levaram a suspender a coleta por alguns dias ou semanas, pois não tinham condições de transitar com segurança nas comunidades. Em maio foi no Subsistema Alemão e mês de junho no Subsistema Maré. No dia 23 de junho (último dia de coleta) não conseguimos retornar em busca dos faltosos em algumas unidades do Alemão devido à manifestação ocorrida em uma das localidades.

Tal possível manifestação foi comunicada pelo Batalhão de Operações Especiais (BOPE) da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) do Complexo. No momento da comunicação, nós estávamos no Centro Municipal de Saúde (CMS) Alemão com marcação para visita na CF Zilda Arns, local próximo do ponto de encontro dos manifestantes, segundo o BOPE. Saímos imediatamente do subsistema. Vale ressaltar e agradecer a enorme colaboração da Coordenação da CAP 3.1 que, juntamente com os apoiadores em saúde, ofereceu todo o suporte para que a coleta acontecesse de forma segura e efetiva, assim, nenhuma unidade foi visitada sem a presença dos apoiadores.

4. RESULTADOS

Após a coleta, digitação, revisão e análise estatística com frequências simples e percentuais usando o software Epi-info 3.2, foram elaborados quadros e tabelas com os resultados e organizados conforme as categorias do método KAP, em cada item constam os resultados para conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros sobre promoção da saúde ocular em escolares, abordando o PSE, a acuidade visual e as dificuldades encontradas pelos profissionais entrevistados na promoção de saúde nas escolas. Ressalvo que as questões que continham mais de uma alternativa foram calculadas no Software, sob a opção de CHECK BOX.

4.1 Características da amostra

A Tabela1 apresenta as características sociodemográficas e a formação profissional da população entrevistada (n = 94), enfermeiros cadastrados na ESF na Área de Planejamento 3.1, em que foram utilizadas as variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, tempo de formação, titulação, tempo de atuação na ESF, cargo de gerência.

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados segundo as características sociodemográficas e a formação profissional dos enfermeiros, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	79	84,0
Masculino	15	16,0
Faixa etária (em anos)		
20 a 29	41	43,6
30 a 39	37	39,4
40 a 49	12	12,8
50 a 60	4	4,3
Situação Conjugal		
Casado(a) ou vive em união consensual	49	52,1
Solteiro(a) (nunca viveu em união)	34	36,2
Separado/Divorciado	10	10,6
Viúvo(a)	1	1,1
Tempo de Formação		
Até onze meses	1	1,1
Entre 1 e 5 anos	47	49,9
Mais de 5 anos	31	33,0
Mais de 10 anos	15	16,0
Titulação		
Graduação	13	13,8
Especialização	72	76,6
Mestrado	7	7,4
Não informado	2	2,1
Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família na unidade		
Até onze meses	4	4,3
1	33	35,1
2 anos	24	25,5
3 anos	17	18,1
4 a 10 anos	14	14,9
Não informado	2	2,1
Cargo de gerência em alguma Unidade Básica de Saúde		
Sim	20	21,3
Não	74	78,7
Total	94	100

Nota-se a predominância da população feminina (84%), a faixa etária entre os 20 e 29 anos (43,6%), seguidos da faixa etária dos 30 aos 39 anos (39,4%), sendo o maior percentual o de casados (43,6%).

Com relação às características profissionais dos enfermeiros que estão atuando na ESF, foram utilizadas as variáveis tempo de formação, titulação, tempo de atuação na unidade e se já teve o cargo de gerente em alguma Unidade Básica de Saúde.

Cerca da metade da população estudada tem entre um e cinco anos de formação acadêmica (49,9%), sendo que 72 (76,6%) enfermeiros que compõe a população disseram ter concluído o curso de especialização. O tempo de serviço na unidade em que estavam lotados no momento da coleta de dados teve como maior resposta o de um ano de atuação até dois anos (35,1%) e ainda 20 (21,3%) enfermeiros afirmaram ter tido o cargo de gerente antes em uma Unidade Básica de Saúde.

4.2 Dados sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre acuidade visual e Programa de Saúde na Escola

A Tabela 2 apresenta a distribuição das respostas e seus percentuais sobre o conhecimento dos entrevistados sobre o tema saúde ocular. Algumas das questões permitiram mais de uma resposta.

Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento relativo ao tema saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

-Variáveis	n	%
Você conhece o PSE?		
Sim	89	94,7
Não	5	5,3
Você sabe o que é Acuidade Visual?		
Perda parcial da visão seja ela unilateral ou bilateral.	8	8,5
Exame realizado para avaliar a visão do indivíduo, observando o grau de dificuldade de enxergar.	34	36,2
Grau de aptidão do olho para identificar detalhes espaciais, ou seja, a capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos.	48	51,1
Grau de dificuldade de visão quando o paciente é portador de prótese tipo óculos.	2	2,1
Não Sei	1	1,1
Não Informado	1	1,1
Qual a idade se completa o desenvolvimento visual no humano?		
8 anos	3	3,2
3 anos	15	16,0
7 anos	8	8,5
9 meses	22	23,4
Não sei	43	45,7
Não informado	3	3,2

Ao serem questionados se conhecem o Programa de Saúde da Família, 89 (94,7%) afirmam conhecer o programa. Dentre as respostas sobre conhecimento 48 (51,1%) dos entrevistados responderam a acuidade visual corresponde ao grau de aptidão do olho para identificar detalhes espaciais, ou seja, a capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos. Entretanto, 43 (45,7%) marcaram não saber em que idade se completa o desenvolvimento visual do ser humano, sendo que 22 (23,4%) responderam que o desenvolvimento se completa aos nove meses de idade. Em razão disso, surgiu a necessidade de saber qual a principal fonte de informação dos entrevistados. Nessa questão poderiam marcar mais de uma alternativa (Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição dos entrevistados segundo fonte de informação sobre saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Fonte de Informação	n	%
Na graduação	59	62,8
Na prática	24	25,5
Via eletrônica	7	7,4
Na pós-graduação	5	62,8
Capacitação	1	1,1
Não obtive informação	3	3,2

Obs. 1: Percentual calculado com base no total de entrevistados (n = 94).

Obs. 2: A pergunta que gerou este quadro possibilitava a marcação de mais de uma opção de resposta

Questionou-se quais os principais sintomas que podem surgir no ato do exame físico e que caracterizam acuidade visual prejudicada. Nessa questão poderiam ser marcadas mais de uma alternativa (Quadro 6).

Quadro 6 – Distribuição sobre quais os principais sintomas que podem surgir no ato do exame físico que caracterizam acuidade visual alterada, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Sintomas	n	%
Cefaléia	74	78,7
Lacrimejamento	50	53,2
Fotofobia	45	47,9
Vermelhidão ocular	38	40,4
Queixa de quedas frequentes	31	33,0
Cocceira	20	21,3
Não sabe	2	2,1

Obs.: Percentual calculado com base no total de entrevistados (n = 94).

Obs.2: Em todas as questões com mais de uma opção de resposta, o percentual foi calculado sob a opção de CHECK BOX no programa estatístico Epi-Info.

Destacam-se os sinais e sintomas com maior percentual: cefaléia (78,7%), lacrimejamento (53,2%), fotofobia (47,9%), vermelhidão ocular (40,4%) e queixa de queda frequente (21,3%); cocceira se apresentou como menor percentual (21,3%). Houve dois entrevistados que não sabiam quais os sinais e sintomas.

O Quadro 7 apresenta variáveis dos dados registrados sobre o questionamento de quais são os principais erros de refração que a criança pode apresentar, os entrevistados podiam marcar mais de uma alternativa.

Quadro 7 – Distribuição dos entrevistados sobre quais os principais erros de refração, percebidos nas crianças, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Erros de refração	n	%
Astigmatismo	53	56,4
Estrabismo	49	52,1
Hipermetropia	31	33,0
Catarata	31	33,0
Ambliopia	7	7,4
Não informado	3	3,2

Obs.: Percentual calculado com base no total de entrevistados (n = 94).

Ao responderem o questionamento sobre qual o principal erro de refração nas crianças, na opinião dele, 53 (56.4%) marcaram astigmatismo, 49 (52,1%) apontaram estrabismo, 31 (33,0%) hipermetropia e o mesmo número de entrevistados marcaram catarata e, por fim, apenas 7 (7,4%) ambliopia. Destaca-se o percentual da alternativa catarata (33,0%), por não ser um erro de refração.

O maior percentual apresenta-se naqueles que disseram não ter recebido algum profissional de saúde ou da educação (85,1%) que procurou sua unidade para obter informação sobre saúde ocular (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados sobre a procura de algum profissional para obter informação sobre saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Variáveis	N	%
Sim	14	14,9%
Não	80	85,1%
Total	94	100,0%

No Quadro 8 apresenta-se a distribuição dos entrevistados sobre como poderiam auxiliar um profissional de educação na identificação, em sala de aula, que poderia levar

à suspeita de alteração da acuidade visual em escolares. Nessa questão, os enfermeiros poderiam marcar mais uma alternativa.

Quadro 8 – Distribuição dos entrevistados sobre os sinais e sintomas identificados em sala de aula, sugestivos de alteração na acuidade visual, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Sinais e sintomas	n	%
Dificuldade de escrever o que está no quadro	91	96,8
Queixa frequente de cefaleia	87	92,6
Forçar a visão, fazendo expressão facial de dor (franzir das pálpebras)	84	89,4
Aproximar os objetos	75	79,8
Notas baixas	58	61,7
Sentar-se nas primeiras cadeiras	52	55,3
Quedas frequentes por trombar nos objetos como cadeiras, batentes e escadas.	52	55,3
Lacrimejamento	50	53,2
Desatenção em classe	49	52,1
Fotofobia	45	47,9

Obs. 1 Percentual calculado com base no total de entrevistados (n = 94).

Obs. 2: A pergunta que gerou este quadro possibilitava a marcação de mais de uma opção de resposta

Os entrevistados relataram (96,8%) que a dificuldade de escrever o que está no quadro evidencia uma alteração visual no escolar, 87 (92,6%) dos entrevistados marcaram queixa frequente de cefaléia, 84 (89,4%) optaram ser o ato de forçar a visão, fazendo expressão facial do dor, um dos sintomas que evidenciam alteração na acuidade visual. Aproximar os objetos foi marcado por 75 (79,8%) enfermeiros, sendo que sentar-se nas primeiras cadeiras e quedas frequentes por trombar nos objetos foram marcados por 52 (55,3%) entrevistados. Lacrimejamento foi marcado por 50 (53,2%) e fotofobia foi marcada 45 vezes (47,9%).

Para estabelecer o percentual da variável conhecimento, o percentual foi calculado nas respostas corretas das questões 3, 4, 5, 6 e 8, do total de 8 questões, perfazendo 20% em cada questão, o que evidencia que 61,26% dos entrevistados demonstraram conhecimento adequado sobre a promoção da saúde ocular em escolares (Quadro 9).

Quadro 9 – Descrição dos percentuais sobre o conhecimento dos enfermeiros da ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Percentual de cada questão (20%)	Adequado		Não adequado	
	n = 94	%	n = 94	%
O que é acuidade visual? (Q3)	48	10,21	46	9,79
Idade que se completa o desenvolvimento visual humano (Q4)	22	4,68	43	9,15
Sintomas (Q5)	74	15,74	2	0,42
Principais erros de refração (Q6)	53	11,27	31	6,59
Sinais e sintomas em sala de aula (Q8)	91	19,36	-	-
Total = 100%	61,26%		25,95%	

Obs. 1: Percentual calculado de cada questão (20%) foi calculado com base no total de entrevistados (n = 94), conforme Quadro 4.

Obs. 2: Todas as questões com mais de uma opção de resposta o percentual foi calculado sob a opção de CHECK BOX software Epi-Info (versão 3.2.5).

4.3 Variáveis sobre as atitudes dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família voltadas para a saúde ocular em escolares

Questionou-se o que os entrevistados achavam quanto a obter mais informações sobre acuidade visual, destacando que todos os enfermeiros (100%) concordaram que poderiam receber mais informação sobre a temática.

Os entrevistados foram questionados sobre como acreditam que estaria a situação do PSE na sua área adscrita com relação à promoção de saúde. Dentre os entrevistados, 60,6% afirmou que a situação está boa, mas necessita de melhorias, conforme a Tabela 6. Um entrevistado (1,1%) evidenciou que os profissionais não demonstram interesse na interação entre as escolas e a ESF (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos entrevistados sobre a situação do PSE na área adscrita, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Situação do PSE	N	%
Boas, mas precisa de mais empenho e melhorias	57	60,6
Não realizamos nenhum trabalho nesta temática na minha área até o momento	26	27,7
Não sei como está a situação na minha área	10	10,6
Outros	1	1,1
Total	94	100,0%

Sobre a importância de obter algum canal de informação nas escolas da sua área para disseminar a promoção da saúde ocular, todos (100%) os enfermeiros concordaram que acham importante a formação do canal de comunicação, assim como todos (100%) acham que poderiam obter um recurso efetivo voltado para a população da sua área no intuito de disseminar e promover a saúde ocular em escolares.

Quando se deseja atingir uma determinada população, emerge a necessidade de conhecê-la para que os objetivos sejam alcançados com sucesso. Nesta perspectiva, lançou-se a pergunta para os enfermeiros de quais os recursos mais efetivos para a população de sua área para disseminar e promover a saúde ocular. Dentro da amostra, 73 (77,7%) dos enfermeiros responderam que a melhor forma de disseminar a informação sobre saúde ocular seria no ato da consulta junto com um profissional de saúde e 72 (76,6%) citaram que o contato com o professor e o profissional de educação também são boas formas de disseminar informação para a comunidade estudada (Quadro 10).

Quadro 10 - Distribuição da opinião dos entrevistados sobre qual o recurso mais efetivo para atingir a população, a fim de promover a saúde ocular, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Opinião	n	%
Profissional da saúde no ato da consulta	73	77,7
Professores e profissional da educação	72	76,6
Material impresso	49	52,1
Líderes de bairro	42	44,7
Televisão	34	36,2
Rádio	31	33,0
Carro de som	30	31,9
Jornal	21	22,3
Familiares e amigos	19	20,2

Obs.1: Percentual calculado com base no total de entrevistados (n = 94).

Obs.2: Em todas as questões com mais de uma opção de resposta, o percentual foi calculado sob a opção de CHECK BOX no programa estatístico Epi-Info.

Ainda sobre qual o recurso mais efetivo para atingir a população da área adscrita, 49 dos entrevistados (7%) marcaram que a distribuição de material impresso será um meio efetivo, seguido da ajuda dos líderes de bairro (44,7%). Outros meios de comunicação com a comunidade também foram citados, entre eles, a televisão (36,2%), o rádio (33,0%) e o carro de som (31,9%) seriam utilizados para chamar a população a atentar para saúde ocular. Apenas 19 enfermeiros (20,2%) marcaram familiares e amigos.

Para estabelecer o percentual da variável conhecimento, foi calculado nas respostas corretas das questões 9, 10, 11 e 12 da Parte B do questionário, perfazendo 90,15% em cada questão que evidencia que 90,15% dos entrevistados demonstraram atitude adequado sobre a promoção da saúde ocular em escolares (Quadro 11).

Quadro 11 - Descrição dos percentuais sobre as atitudes dos enfermeiros da ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Percentual de cada questão (25%)	Adequado		Não adequado	
	n = 94	%	n = 94	%
Mais informação sobre acuidade visual (Q9)	94	25	-	-
Situação do PSE na sua área adscrita (Q10)	57	15,15	37	9,84%
Obter um canal de informação (Q11)	94	25	-	-
Obter recurso efetivo para promoção da saúde voltada para saúde ocular em escolares (Q12)	94	25	-	-
Total		90,15%		9,84%

Obs.1: Percentual de cada questão (25%) foi calculado com base no total de entrevistados (n = 94), conforme o Quadro 4.

Obs.2: Em todas as questões com mais de uma opção de resposta, o percentual foi calculado sob a opção de CHECK BOX no programa estatístico Epi-Info.

4.4 Dados sobre a prática dos enfermeiros da ESF na promoção da saúde ocular em escolares

Foi questionado dos enfermeiros se eles, em algum momento da trajetória profissional, já identificaram algum paciente com alteração visual no momento da consulta de enfermagem (Tabela 5). Algumas das questões permitiram mais de uma resposta.

Tabela 5 – Relato dos entrevistados sobre identificação do paciente com alteração visual no momento da consulta de enfermagem na ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

	n	%
Sim	62	66,0
Não	32	34,0
Total	94	100,0

Dentre os enfermeiros que responderam positivamente (66,0%) ao serem questionados sobre se já identificaram algum caso de alteração visual durante a consulta de enfermagem, 35 (56,4%) afirmaram que investigaram tal caso por conta da queixa do acompanhante ou familiar, de alguma dificuldade aparente de enxergar, seguido da queixa do escolar. Outros resultados estão descritos no Quadro 12. Dentre os que responderam ‘outros’, três relataram “anamnese” e um relatou que recebeu um bilhete do educador sobre possível sintoma de alteração visual.

Quadro 12 – Distribuição dos entrevistados sobre o que os levou a investigar a alteração visual nos casos que foram investigados, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 62)

Motivos	n	%
Queixa do acompanhante, ou familiar, de alguma dificuldade aparente de enxergar	35	56,4
Queixa do Escolar	24	38,7
Indicação de um profissional de educação	4	6,4
Indicação de um profissional de saúde	3	4,8
Identificado no momento do exame físico	19	30,6
Outros	4	6,4

Obs.: Percentual calculado com base no total de entrevistados (n = 62).

Obs. 2: A pergunta que gerou este quadro possibilitava a marcação de mais de uma opção de resposta.

Na sequência aos resultados, dentre os entrevistados, 37 (39,4%) afirmaram já ter realizado algum exame para identificar a acuidade em algum momento de sua trajetória profissional na ESF (Tabela 6).

Tabela 6 – Relato dos entrevistados sobre realização do exame para identificar alteração na acuidade visual AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

	n	%
Sim	37	39,4%
Não	57	60,6%
Total	94	100,0%

Ainda com relação à prática dos enfermeiros, foi questionado se já havia realizado alguma ação de saúde ocular nas escolas em sua trajetória profissional na ESF,

independente se na área de atuação; 77 (81,9%) disseram que não realizaram ações de saúde ocular nas escolas (Tabela 7).

Tabela 7 – Relato dos entrevistados sobre se já realizou alguma ação de saúde ocular nas escolas (n = 94)

	n	%
Sim	17	18,08
Não	77	81,91
Total	94	100,0%

Dentre os entrevistados, 22 (23,4%) disseram não realizar nenhuma ação voltada para saúde ocular nos escolares da sua área adscrita. No entanto, os que disseram ter realizado alguma ação para promover a saúde ocular, as respostas sobre qual ação têm sua distribuição apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos entrevistados sobre quais ações são realizadas para a promoção da saúde ocular (n = 94)

Variáveis	n	%
Investigação e orientação durante a consulta de enfermagem	39	41,5
Educação nas escolas com os alunos e com os professores	20	21,3
Triagem de acuidade visual nos escolares com o devido acompanhamento para o profissional especializado	11	11,7
Mutirões com populações alvo em lugares previamente combinados com os representantes das comunidades	2	2,1
Não realizam ou desconhecem a realização de alguma ação na área	22	23,4
Total	94	100,0%

Dos entrevistados que disseram ter realizado alguma ação voltada para a saúde ocular, 39 (41,5%) afirmaram ter realizado investigação e orientação durante consulta de enfermagem, sendo que 20 (21,3%) disseram ter feito ações de educação nas escolas

com alunos e professores, 11 (11,7%) dizem realizar triagem de acuidade visual nos escolares e encaminhamento. Apenas 2 (2,1%) afirmaram já ter participado de mutirões com o público alvo.

Ao serem questionados sobre como gostariam de receber mais informações sobre acuidade visual, todos os enfermeiros (100%) entrevistados responderam positivamente e se mostraram interessados sobre o tema. Logo em seguida, foi questionada a forma como melhor receberiam essas informações, sendo que cursos e oficinas são as maneiras mais apontadas pela amostra estudada (Quadro 13).

Quadro 13 – Distribuição dos entrevistados sobre a melhor forma de receber informação sobre o tema acuidade visual, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Receber informações	n	%
Cursos e Oficinas	66	70,2
Aulas de educação continuada periodicamente	56	59,6
Informativos impressos	18	19,1
Meios eletrônicos	13	13,8

Obs.: Percentual calculado com base no total de entrevistados (n = 94).

Obs. 2: A pergunta que gerou este quadro possibilitava a marcação de mais de uma opção de resposta.

Com relação à prática dos enfermeiros sobre promoção da saúde ocular em escolares, havia um questionamento sobre quantas vezes eles receberam alguma criança com suspeita de alteração visual: dentre os 44 (46,8%) que disseram já ter recebido algum caso, 9 (20,5%) afirmaram ter sido mais de 10 vezes (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos entrevistados sobre recebimento de caso encaminhado com suspeita de alteração na acuidade visual, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

	n	%
Sim	44	46,8
Não	50	53,2
Total	94	100,0

Para estabelecer o percentual da variável conhecimento, calculou-se com base nas respostas corretas das questões 16, 17, 18 e 20 da Parte C do questionário, perfazendo 25% em cada questão, o que evidencia que 36,43% dos entrevistados demonstraram práticas inadequadas sobre a promoção da saúde ocular em escolares (Quadro 14).

Quadro 14 - Descrição dos percentuais sobre as práticas dos enfermeiros da ESF, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 94)

Percentual de cada questão (25%)	Adequado		Não adequado	
	n = 94	%	n = 94	%
Já realizou o exame da acuidade visual? (Q16)	37	9,84	57	15,15
Já realizou ação de saúde ocular nas escolas? (Q17)	17	4,52	77	20,47
Quais ações estão sendo realizadas na sua área? (Q18)	39	10,37	22	5,85
Já recebeu algum caso de encaminhamento (Q20)	44	11,70	50	13,29
Total = 100%		36,43%		54,76%

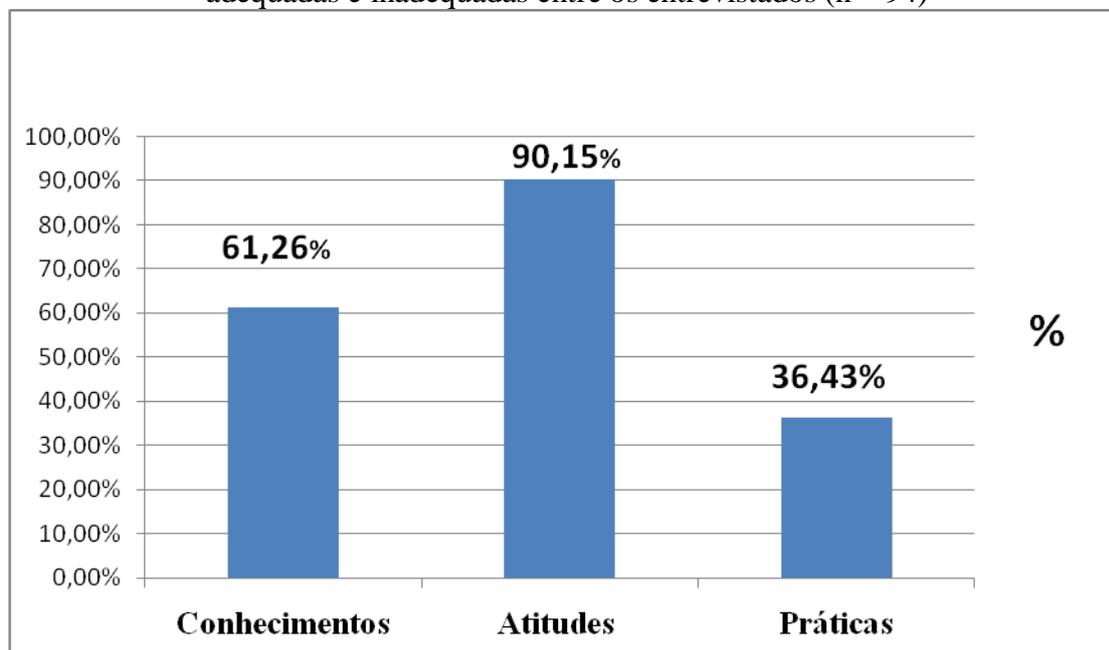
Obs.1: Percentual calculado de cada questão (25%) com base no total de entrevistados (n = 94), conforme o Quadro 4.

Obs.2: Para todas as questões com mais de uma opção de resposta, o percentual foi calculado sob a opção de CHECK BOX no programa estatístico Epi-Info.

4.5 Frequência de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas

De acordo com as definições prévias de conhecimento, atitude e práticas adequadas ou não adequadas, observou-se que 61,26% dos enfermeiros apresentaram conhecimento adequado, 90,15% com atitudes adequadas, opiniões positivas e apenas 36,43% apresenta-se como uma prática adequada, evidenciando a necessidade de melhora, no que diz respeito às práticas. Em evidência, 54,76% da população estudada apresentaram práticas inadequadas, ou seja, não realizavam ou desconheciam as práticas de saúde voltada para saúde ocular em escolares (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos percentuais de conhecimentos, atitudes e práticas adequadas e inadequadas entre os entrevistados (n = 94)



4.6 Descrição das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros sobre a realização da saúde ocular

Ao serem questionados sobre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para prática de saúde ocular, os entrevistados apresentaram-se divididos, conforme a Tabela 10, que demonstra que a maioria, 48 (51,1%) entrevistados, possuem dificuldade e 46 (48,9%) respondeu não ter dificuldades em realizar a prática (Tabela 10).

Tabela 10 – Respostas dos enfermeiros sobre a alguma dificuldade em realizar a promoção de saúde ocular na área que trabalham (n = 94)

	n	%
Sim	48	51,1
Não	46	48,9
Total	94	100,0

Dentre os que responderam positivamente, havia o questionamento de quais as dificuldades, na opinião dos enfermeiros, em realizar a promoção da saúde ocular na área adscrita (Quadro 15).

Quadro 15 - Distribuição dos entrevistados sobre as dificuldades para realizar a promoção da saúde ocular na área adscrita, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 48)

Dificuldades	n	%
Capacitação	14	29,2
Falta de Suporte Técnico	5	10,4
Falta de profissional especializado	4	8,3
Integração do PSE com a ESF	3	6,3
Falta de recurso técnico	2	4,2
Referência e Contra Referência	2	4,2
Interação familiar	1	2,1
Falta de interação da ESF com o PSE	1	2,1
Os profissionais não acreditam que o exame na escola é eficaz	1	2,1
Pouco tempo na área	1	2,1
SISREG	1	2,1
Muitas	1	2,1
Não informado	12	25,0

Obs.: Percentual calculado com base no total de entrevistados que responderam SIM na questão cujos resultados são apresentados na Tabela 10 (n = 48).

Obs.2: Em todas as questões com mais de uma opção de resposta, o percentual foi calculado sob a opção de CHECK BOX no programa estatístico Epi-Info.

Dos 48 (51,1%) que responderam ter dificuldades, 14 (29,2%) disseram que a dificuldade surge apenas por não ter capacitação para realizar promoção da saúde ocular, seguido da alegação de falta de suporte técnico (10,4%).

Tabela 11 – Distribuição dos entrevistados sobre as dificuldades em adquirir material para distribuição voltado para os profissionais, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n=94)

	n	%
Sim	37	39,4
Não	57	60,6
Total	94	100,0

Dentre os 37 enfermeiros (39,4%) que responderam sentir alguma dificuldade de material de distribuição para os profissionais, 11 (29,7%) relataram não saber se existe algum material voltado especificamente para o profissional ou nunca tiveram acesso ao material, portanto desconhecem a existência dele. Cinco (13,5%) comentaram a falta de informativos na rede, após procurarem por alguma informação, atentando para a necessidade de elaboração de algum material e sua distribuição. Ainda sobre as dificuldades do material para o profissional, 1 (2,7%) enfermeiro em vez de mencionar qual é a dificuldade em adquirir o material, relatou o tipo de material que não consegue adquirir na rede (Quadro 16).

Quadro 16 - Resposta dos entrevistados sobre as dificuldades em adquirir material para distribuição voltado para os profissionais, AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, Brasil (n = 37)

Variáveis	n	%
Falta de informativos na rede	5	13,5
Falta de referência	2	5,4
Não sabe ou não teve acesso ao material	11	29,7
Dificuldade de obter orientações quanto quais são as atitudes do PSE	1	2,7
Tabela de Snellen	1	2,7
Todas	3	8,1
Não informado	14	37,8

Obs.: O Percentual foi calculado com base no total de entrevistados que responderam SIM na questão cujos resultados são apresentados na Tabela 11 (n = 37).

5 DISCUSSÃO

No intuito de facilitar a discussão dos resultados, optou-se por seguir a ordem apresentada nas tabelas e quadros do capítulo anterior. Serão discutidos os resultados baseados em publicações consultadas ao longo da realização da pesquisa e dos manuais, instrutivos e cadernos publicados pelo Ministério da Saúde sobre a temática.

5.1 Características sociodemográficas e formação profissional da população estudada

A Constituição Brasileira garante o direito à assistência de saúde para a população e pelo menos 75% da população brasileira depende quase inteiramente dos serviços e cuidados de saúde oferecida pelo SUS (PALMERO *et al*, 2009). Visto isso, conhecer os atores que atuam na atenção básica fornece dados para entendimento de algumas problemáticas de recursos humanos em saúde pública, proporcionando base para participação e capacitação dos profissionais.

Ao caracterizar os enfermeiros da área estudada, houve predominância do sexo feminino, sendo observados resultados semelhantes em outras pesquisas desenvolvidas em Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BENITO e PINHEIRO, 2008; RAMOS *et al*, 2009). No estudo realizado com enfermeiros atuantes na ESF no litoral de Santa Catarina observou-se a predominância do sexo feminino, totalizando 100% (BENITO e PINHEIRO, 2008). Resultados semelhantes foram encontrados no Rio Grande do Sul, em um estudo descritivo exploratório do tipo transversal, 95,8% eram do sexo feminino. Tal achado reproduz a característica histórica da enfermagem, profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios (BARROS, MAIA e PAGLUICA, 2011)

Ao analisar a faixa etária, verificou-se que aquela entre 20 e 29 anos teve percentual de 43,6%, seguida da faixa etária dos 30 aos 39 anos, com 39,4%. Entretanto,

o estudo realizado em Santa Catarina obteve resultado inverso, em que a maioria dos participantes estava entre a faixa dos 30 a 39 anos, com 50%, demonstrando que o município do Rio de Janeiro, na AP 3.1, há predominância de enfermeiros jovens (BENITO e PINHEIRO, 2008). O percentual de casados ou que vivem em união estável vai ao encontro da pesquisa desenvolvida no município de Ribeirão Preto, na qual o percentual de 66% dos entrevistados eram de casados (CAMELO e SAPORITI, 2008).

O tempo de formação pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade na tomada de decisão e implementação de ações articuladas da Unidade de Saúde com a comunidade de forma direcionada e factível. Ao evidenciar nossos achados, resultado semelhante foi observado na Região Sul do país, onde 75,0% finalizaram a graduação havia pelo menos cinco anos e 28,0% trabalhavam na ESF há menos de um ano (RAMOS *et al*, 2009).

Destaca-se que, da amostra, 62,8% afirmaram que as primeiras informações sobre saúde ocular foram obtidas na graduação. Nesse aspecto correlaciona-se a melhora das faculdades com relação aos seus conteúdos teóricos sobre a temática. Na pesquisa realizada em 1999, Sperandio com seu estudo, afirmou que as faculdades de medicina e enfermagem provavelmente não forneciam subsídios básicos teóricos e práticos para que os futuros enfermeiros pudessem atuar na prevenção à cegueira, principalmente nos serviços de atendimento de nível primário à saúde. Acredita-se que, com o passar dos anos, houve uma adequação nos currículos e uma melhor valorização para a saúde ocular, favorecendo uma melhoria no percentual do conhecimento dos enfermeiros sobre o tema.

Entretanto, com as mudanças no âmbito da saúde pública no país, a Atenção Básica e seu foco preventivo exigiram, de certa forma, um olhar mais focado na valorização da saúde pública nas Escolas de Enfermagem, trazendo subsídios, mesmo que básicos, tanto teóricos quanto práticos, sobre promoção da saúde e, paralelamente, educação em saúde, proporcionando conhecimento para o estudante de graduação.

O que se espera ao investigar o tempo de atuação emerge da hipótese de que quanto maior tempo de atuação na ESF, maiores são as possibilidades de vivenciar diversas experiências na profissão e auxiliar na formação de vínculo entre a equipe e os

usuários. A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam a permanência dos profissionais em uma organização e, não obstante, o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado à proposta de trabalho de uma instituição e à satisfação individual.

O maior percentual de entrevistados que relataram ter concluído algum curso de especialização se assemelha ao resultado do estudo supracitado, realizado na Região Sul do País, que demonstrou que 89% dos enfermeiros atuantes na ESF possuíam algum tipo de especialização, corroborando nossos resultados (RAMOS *et al*, 2009).

O enfermeiro é um profissional em destaque dentro da ESF, mostra-se na frente em desenvolver educação sanitária, utilizando ações para a promoção de saúde individual e coletiva para alcançar mudanças significativas na saúde, evidenciando a postura de gestor em saúde e ação de gerência. Os achados desta pesquisa evidenciam que 21,3% dos entrevistados já exerceram um cargo de gerente da Unidade Básica de Saúde, que sugere a competência do enfermeiro no seu processo de trabalho na execução das atividades da ESF.

5.2 Conhecimentos dos enfermeiros da ESF sobre acuidade visual

Segundo o caderno do Ministério da Saúde – Projeto Olhar Brasil (2008b), a acuidade visual é o grau de aptidão do olho para identificar detalhes espaciais, ou seja, a capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos. Em relação à definição de acuidade visual, 51,1% responderam corretamente, demonstrando um conhecimento adequado. Achados semelhantes foram evidenciados em um estudo realizado em São Paulo, onde 63,6% dos enfermeiros responderam corretamente o conceito de acuidade visual (SPERANDIO, 1999).

O conhecimento do conceito de acuidade visual tem evidente importância, visto que fornece subsídios para reafirmar a necessidade de realizar ações voltadas para a saúde ocular. Haddad (2006) corrobora afirmando que acuidade visual é a medida do

poder de resolução do sistema visual e dá informações sobre a integridade do sistema visual. Assim, denota-se a importância de se realizar ações em saúde ocular direcionadas para os escolares o mais precocemente possível, reduzindo as consequências de uma baixa visão.

Entretanto, vale ressaltar que outros 48,9% dos entrevistados não conheciam o conceito de acuidade visual, o que se torna um percentual significativo de respostas inadequadas. Neste aspecto, pode-se inferir que os enfermeiros necessitam melhorar o conhecimento sobre acuidade visual, a fim de uma qualidade efetiva de investigação. Como contribuições, sugere-se cursos de capacitação e educação continuada sobre a temática, com o objetivo de esclarecer dúvidas e disseminar conhecimento.

No entanto, com relação à idade em que se completa o desenvolvimento visual humano, apenas 8 (8,5%) dos 94 entrevistados respondeu adequadamente. Resultado semelhante, com pergunta idêntica, foi evidenciado no estudo paulista em que apenas 9,0% da amostra estudada respondeu corretamente (SPERANDIO, 1999).

Corroborando com os achados citados acima, Ferriani e Cano (2001) afirmam que, em condições normais, o desenvolvimento da visão em toda sua integridade só se completa por volta dos 6 a 7 anos de idade. Sendo assim, qualquer distúrbio da visão na primeira infância terá consequências no desenvolvimento psicossocial da criança, daí a importância de realizar exames preventivos desde cedo, na creche ou na pré-escola.

Dentre os sinais e sintomas, o caderno do Ministério da Saúde – Olhar Brasil (2008c) e Coelho e colaboradores (2010) apontam os principais, dentre eles: lacrimejamento, principalmente durante ou após realizar atividades que exigem esforço visual como ver televisão, ler, desenhar, entre outros; olho vermelho; secreção; purgação; crostas nos cílios; aperta ou arregala os olhos para enxergar melhor; aproxima-se muito da televisão ou aproxima muito o papel para ler; necessita afastar os objetos do rosto para ler ou ver melhor; inclinação de cabeça; visão embaçada; fotofobia - sensibilidade excessiva à luz; dores de cabeça. Corroborando com os resultados apresentados, obtiveram-se os percentuais dos sinais e sintomas mais marcados no questionário pelos enfermeiros: cefaléia, lacrimejamento, fotofobia e vermelhidão ocular.

A identificação precoce da alteração visual reduz os prejuízos em diversos aspectos do desenvolvimento do indivíduo. Para isso, o conhecimento de alguns sinais e sintomas poderá apontar para a necessidade de uma avaliação mais específica, levando ao encaminhamento ao especialista o mais rápido possível. Diversos autores apontam para a importância da identificação precoce (HADDAD 2006; LAIGNIER; CASTRO e SÁ, 2010; BRASIL 2013a), o que corrobora com a importância de conhecer os sinais evidentes para atentar para uma avaliação especializada e para a correção precoce.

Ressalta-se a importância de investigação da acuidade visual em escolares, visto que crianças na faixa etária de 0 a 6 anos são levadas aos pediatras com maior frequência do que as de outras idades (SPERANDIO, 1999). Portanto, a promoção da saúde ocular e a prevenção precoce de problemas visuais deveriam acontecer nessa fase, período em que ocorre e se completa o desenvolvimento do aparelho visual, assim como a maior identificação dos primeiros sintomas devido ao esforço visual exigido com a inserção na escola.

Segundo Toledo e colaboradores (2010) e o Projeto Olhar Brasil (2008c) as causas mais comuns de acuidade visual reduzida em escolares são os erros de refração: hipermetropia, astigmatismo, miopia, estrabismo, presbiopia e ambliopia. Ressalta-se ainda que, quando não corrigidos, representam uma das principais causas de deficiência visual nas crianças no Brasil (TOLEDO *et al*, 2010). Dentre os resultados, o astigmatismo e o estrabismo foram os que apresentaram maior percentual. Entretanto, vale ressaltar que 33% dos entrevistados responderam a opção catarata como erro de refração, evidenciando o desconhecimento do conceito e os principais tipos de refração presentes em escolares.

Alguns estudos evidenciam os principais erros refracionais. Dentre os escolares estudados por Oliveira e colaboradores (2009), o erro de refração identificado em maior número de casos foi o astigmatismo. Segundo Haddad (2006), o principal erro refrativo nos recém-nascidos a termo é a hipermetropia, que obedece a uma distribuição normal na população e tende a diminuir ao longo da infância. A miopia geralmente começa a estar presente a partir dos oito anos de vida, a não ser nas formas congênitas caracterizadas por alto grau.

Segundo Haddad (2006) e Cavalcanti Junior e colaboradores (2012), muitas crianças não conseguem expressar as dificuldades em enxergar, especialmente nos primeiros anos de vida. Portanto, fica evidente a importância da observação e percepção dos pais, familiares ou professores em identificarem alguns sinais que as crianças podem apresentar. Em especial na fase escolar, o profissional da ESF poderá auxiliar esses atores na identificação, informando e educando para a identificação dos principais sinais e sintomas evidentes em sala de aula.

Os enfermeiros entrevistados apresentaram conhecimento sobre os sinais e sintomas manifestados pela criança em ambiente escolar. O questionamento foi levantado no intuito de analisar o conhecimento do enfermeiro sobre as manifestações apresentadas pela criança em sala de aula. Corroborando com a ideia da necessidade de auxiliar o educador, um estudo realizado com professores de escolas públicas em um município de São Paulo (GASPARETTO *et al*, 2001) obteve como resultado que somente 36% afirmaram ter recebido informações para trabalharem com alunos de baixa visão, sendo que a maioria apontou como informações chaves, para identificar o escolar baixa visão, a localização em sala de aula, distância da lousa e as consequências de esforço visual (fadiga, visual, morosidade para concluir as tarefas).

Além disso, dentre os enfermeiros da AP 3.1 entrevistados, um pequeno percentual afirmaram que algum profissional de saúde ou de educação procurou informações sobre saúde ocular na unidade em que estavam lotados, o que evidencia a importância de levar as informações até o ambiente escolar. Corroborando com a importância do professor na saúde ocular dos escolares, Fendi e colaboradores (2012) ressaltam a necessidade de orientação dos professores, visando ampliar seu conhecimento e compreensão a respeito do papel fundamental que desempenham nas ações de saúde escolar na escola. Os profissionais que atuam na ESF estão mais próximos das Unidades Escolares e podem realizar orientações de forma mais efetiva, visto que serão referência caso haja necessidade de avaliação e encaminhamento para especialistas, assim como no planejamento e implementação de ações voltadas para saúde ocular para os profissionais de educação e para os escolares.

A relação do enfermeiro da atenção básica com o ambiente escolar ocorre em outros países, como na Noruega, em que geralmente a prática de saúde das enfermeiras,

atuantes na atenção básica, é atribuída à geográfica da área, prestando serviços universais em clínicas de saúde da criança e serviços de saúde escolar. Elas realizam visitas domiciliares para a vacinação e rastreio de desenvolvimento, mas também aconselham e orientam a comunidade para aproveitar os serviços em clínicas de saúde da criança. Na Noruega, 2.069 enfermeiras estão atuando em saúde da família municipal, clínicas e serviços de saúde escolar (CLANCY, 2013).

Costa, Figueiredo e Ribeiro (2013), ao entrevistarem professores da rede pública, questionaram se os mesmos conheciam o PSE. Dentre os participantes (n = 20) da pesquisa, 67% afirmaram não conhecer o programa e 33% conheciam ou já ouviram falar. Tal resultado corrobora com a percepção da necessidade de aproximação dos profissionais de saúde com os profissionais de educação, atendendo o propósito do caderno de Atenção Básica do Programa de Saúde na Escola (2009) que visa dar ênfase na discussão da efetividade das iniciativas promovidas pelas Equipes de Saúde da Família em seu território.

Com relação às ações de saúde ocular em escolares, evidenciam-se os achados de que o perfil de morbidade dos adolescentes no Brasil revela a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, fármaco-dependência, doenças sexualmente transmissíveis e outros agravos. Contudo, a problemática exige da eSF planejamento de ações para reduzir os agravos de saúde, envolvendo outros setores da sociedade (como a escola), a comunidade e principalmente os familiares para que possam ser garantidas melhores condições de vida a esse público específico, certificando a ideia de que a ESF deve interagir com as escolas de sua região para promover saúde e melhorar a qualidade da assistência (LAIGNER, CASTRO e SÁ, 2012).

5.3 Discussão sobre as atitudes dos enfermeiros da ESF voltadas para saúde ocular em escolares

Para iniciar a discussão sobre a atitude, vale ressaltar a dificuldade em analisar os resultados sobre este tópico, visto que as opções podem ser marcadas com falsa

intenção de demonstrar atitudes corretas. Frente ao exposto, Junior, Oliveira e Márin-Leon (2013) evidenciam que muitas pesquisas que utilizam o questionário KAP não apresentam os resultados sobre as atitudes devido ao risco substancial de falsamente generalizar as opiniões e sentimentos de um determinado grupo populacional. Segundo eles, o ato de mensurar atitudes ou sentimentos através de pesquisas tem sido criticado e, dentre as razões para isso, está o risco dos entrevistados responderem aquilo que acreditam serem corretas, aceitas ou apreciadas, podendo haver influência do contexto na entrevista.

Todavia, atitude é essencialmente ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo e dimensão emocional. Para Richardson e colaboradores, “as atitudes são predisposições para reagir positiva ou negativamente a respeito de certos objetos, instituições, conceitos e outras pessoas” (RICHARDSON *et al.*, 1999, p. 265).

As atitudes são seus sentimentos e valores em relação a algum assunto, bem como todas as ideias preconcebidas que possam ter frente à situação estudada. Portanto, no consolidado do percentual das atitudes dos enfermeiros entrevistados, as atitudes frente ao tema de saúde ocular em escolares foram positivas e a implementação de ações voltadas para a temática também tiveram resultados positivos.

Na pesquisa realizada em São Paulo por Sperandio (1999), todos os entrevistados também tiveram atitudes positivas e afirmaram que gostariam de receber reciclagem na área de saúde ocular. Tal achado foi semelhante ao apresentado, em que todos os enfermeiros da ESF entrevistados afirmaram a necessidade de obter mais informações sobre acuidade visual.

Corroborando com a necessidade de mais informações sobre acuidade visual, Jevaux e colaboradores (2008) ressaltam a necessidade de maior divulgação entre os profissionais da atenção básica, sobre a importância do exame, diagnóstico e tratamento precoce da acuidade visual, assim como a importância de saber identificar clinicamente o mais cedo possível, reduzindo as consequências de deficiência visual.

Os enfermeiros, em sua maioria, evidenciaram a necessidade de mais empenho e melhorias para o desenvolvimento das ações voltadas para os escolares, contidas no

caderno de atenção básica – PSE. Para corroborar com o exposto, Costa, Figueiredo e Ribeiro (2103), evidenciam que, havendo melhora na divulgação e planejamento das ações de promoção, prevenção e educação em saúde, realizadas pelo PSE, as mudanças acontecerão de acordo com a disseminação da informação, favorecendo a prática que a unidade escolar e de saúde apresentaram na realidade.

Entretanto, Toledo e colaboradores (2010) apontam à enorme dificuldade de acesso a medidas preventivas voltadas à saúde ocular, que ocorre em parte devido à insuficiência de cobertura do sistema de saúde no Brasil e, sobretudo, à falta de conscientização da população acerca da importância da prevenção por meio da avaliação oftalmológica precoce.

A disseminação do conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a prevenção precoce tem sua relevância justamente no ponto que corresponde ao envolvimento dos profissionais na implementação do programa de saúde do escolar. Quando se tem um profissional envolvido, com informação necessária, emerge a busca por realizar ações e melhorar a qualidade do serviço. Diante disso, a atitude favorável em receber conhecimento apresentada pelos entrevistados demonstra o desejo de melhorar o serviço oferecido. Conhecer o programa é importante para que os gestores possam realizar o planejamento das atividades que acontecerão, visando melhorar tanto as ações desenvolvidas no ambiente escolar, como no ambulatorial.

A saúde escolar refere-se atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, envolvendo principalmente o professor e educadores, assim como a participação da comunidade. Portanto, abrir um canal de informação e obter recursos (humanos/ técnicos) efetivos nas escolas para disseminar promoção da saúde voltada para a saúde ocular, para os enfermeiros entrevistados, é um ponto facilitador. Do mesmo modo, Costa e colaboradores (2013) ressaltam que para os educadores é fato a importância de trabalhar a educação em saúde, mas os mesmos alegam a falta de profissional de saúde capacitado (enfermeiro) para os auxiliarem.

Isso retrata que ambos os setores (educação e saúde) exaltam a necessidade de melhorar a relação e diminuir a distância entre os mesmos, no intuito de oferecer melhor qualidade de vida aos escolares, disseminando informações e boas práticas de saúde de forma integrada e articulando ações que sejam proveitosas para ambos setores. Vale

ressaltar que alguns autores já evidenciam que os professores demonstram interesse na participação do enfermeiro no ambiente escolar (COSTA, FIGUEIREDO e RIBEIRO, 2013; ZANONI *et al*, 2010; ARMOLD, TEMPORINI e ALVES, 2001).

Segundo Temporini e Kara-José (2004), como estratégia fundamental de prevenção à cegueira e preservação da saúde ocular do indivíduo e da comunidade, deve-se ter ênfase na busca de parcerias e união de esforços. Assim, nota-se a necessidade de fortalecer a participação da comunidade e de organizações não governamentais em planos e ações destinadas à prevenção e ao controle das afecções oculares.

Portanto, acredita-se que uma ação conjunta em busca de melhorar a saúde dos escolares é necessária. Oftalmologistas, outros médicos, educadores de saúde, administradores, enfermeiros (e pessoal de enfermagem), professores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, auxiliares de oftalmologias, a comunidade, a família, entre outros são, assim, colaboradores de uma rede de ações que enaltecem a promoção da saúde, principalmente voltada para a saúde ocular.

5.4 Prática e ações dos enfermeiros da ESF voltadas para a saúde ocular em escolares

Os resultados encontrados mostram que apenas 36,43% dos entrevistados tiveram práticas adequadas frente às ações de saúde ocular em escolares. Contudo, 54,76% dos entrevistados tiveram práticas indaquiadas, não realizam ou desconhecem a prática de saúde ocular em escolares na área adscrita. Sperandio (1999) em sua avaliação, teve resultado semelhante ao verificar que os enfermeiros tinham pouca prática, ou seja, aplicavam pouco os principais conceitos da área de saúde ocular, o que pode sugerir formação universitária deficiente nesta área.

Com relação à prática, vale ressaltar que desde a graduação a amplitude de atuação profissional do enfermeiro é pontuada. Assim, Costa, Figueiredo e Ribeiro (2013) afirmam que, ao aprofundar o conhecimento e a prática vivenciadas na profissão,

é possível ampliar a visão de atuação, o que leva a identificar a escola como área de importante ação, por ser um local de formação de senso crítico e moral, em que hábitos básicos de vida são moldados e, principalmente, por ser local fértil para o desenvolvimento de ações de educação, prevenção e promoção da saúde.

De fato, a escola é um ambiente que permite ação planejada, de cunho preventivo, no que se refere à saúde ocular. Tal fato é evidente, visto que permite a melhor aceitação das ações, por ser um ambiente já conhecido pela criança, onde conhece e convive diariamente com outras crianças e os educadores, ou seja, ambiente confiável e de melhor aceitação para a criança. Entretanto, não suprime a importância da investigação ambulatorial, momento propício para escutar as queixas dos familiares ou cuidadores e realizar educação em saúde sobre saúde ocular. Portanto, a prática da promoção da saúde voltada para saúde ocular poderá ser realizada em diferentes cenários, desde que se tenha capacidade e subsídios técnicos e teóricos, bem como a disponibilidade e sensibilidade para realizá-las.

A necessidade de intervir com a melhoria da prática já vem sendo discutida por alguns autores. Exemplo disso é um estudo realizado há mais de quinze anos, que apontava a promoção da saúde voltada para a temática da saúde ocular e para o fato de que a prevenção precoce de problemas visuais para crianças não faziam parte da rotina dos pediatras e enfermeiros dos centros de saúde do município de Campinas (SPERANDIO, 1999). Vale ressaltar que as práticas pactuadas e articuladas entre o PSE e os profissionais da ESF, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, a diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas (BRASIL, 2013).

A fim de fortalecer a discussão da relação ESF e comunidade escolar, o Decreto que institui o PSE de nº6286 de 5 dezembro de 2007, traz em seu Art. 4º, parágrafo único:

As ESF realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao

longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007, p. 3).

No entanto, a investigação da acuidade visual em escolares também poderá ser realizada em ambiente ambulatorial, no momento da consulta de enfermagem, em qualquer idade da criança. Porém, para os enfermeiros que afirmaram já ter identificado algum caso de alteração visual durante a consulta de enfermagem, o que os levou a identificar foi, principalmente a queixa do acompanhante, ou familiar, de alguma dificuldade aparente de enxergar. Portanto, o relato do familiar deverá ser sempre levado em consideração, assim como o comportamento da criança no momento da consulta e no ambiente escolar.

Corroborando com os achados, Degrazia, Pellin e Degrazia (2010) apontam para algumas manifestações e cuidados importantes para identificar alterações visuais, são elas; as queixas da criança, o comportamento do escolar, a observação frequente da integridade ocular pelo familiar e também do professor, assim como o comportamento no momento da leitura (dificuldade para ler, desconforto visual, confundir letras, linhas e números, dor de cabeça).

Um dos enfermeiros afirmou outros motivos que levaram a investigar a saúde ocular durante a consulta de enfermagem, relatando que recebeu um bilhete do professor apontando a dificuldade do escolar em enxergar. Assim já se coloca em discussão o relato de casos encaminhados que os entrevistados afirmaram ter recebido, com suspeita de alteração visual. Evidenciando a participação do professor, Lopes e colaboradores (2003) afirmaram a importância de considerar as observações dos professores quanto aos sinais apresentados por seus alunos em sala de aula referentes à visão, sendo uma forma valiosa de detecção de problemas visuais.

O exame de acuidade visual foi aplicado, em diversos cenários e populações distintas, em diversos estudos (GIANINI *et al*, 2004; LOPES *et al*, 2003; JEVEAUX *et al*, 2008; DEGRAZIA, PELLIN e DEGRAZIA, 2010; LAIGNER, CASTRO e SÁ, 2010; SÁ e BRUNO, 2012; SILVA *et al*, 2013). Entretanto, neste estudo, poucos haviam realizado o exame para identificar alterações visuais em crianças com idade escolar. Resultados semelhantes foram evidenciados no município de Campinas (SPERANDIO, 1999) onde se verificou, com relação à aplicação das ações básicas de

saúde ocular, 50% dos enfermeiros referiram que aplicavam, esporadicamente, o teste de acuidade visual, sendo que três destes utilizavam incorretamente a técnica, corroborando com a evidente necessidade de capacitações.

Nos estudos supracitados, existe a recomendação da necessidade de realização de medidas de prevenção direcionadas à saúde ocular com a participação efetiva dos profissionais da atenção básica, destacando-se o enfermeiro. Para tanto, surge a necessidade de melhorar a capacidade técnica e oferecer subsídios teóricos para que as ações sejam realizadas com eficácia. Portanto, o Guia de Sugestões de Atividades para a Semana Saúde da Escolar (BRASIL, 2013) afirma que, para a triagem de acuidade visual, é muito importante dominar a técnica de aplicação, o preparo do material, a escolha e o preparo do local, o treinamento do auxiliar, o preparo dos escolares, o preparo do material para o registro técnico da triagem e o reteste.

O exame dos olhos é uma avaliação enriquecedora da rotina do exame ao longo do desenvolvimento da criança, e a eSF é importante na detecção de doenças oculares óbvias e naquelas assintomáticas e de curso insidioso (RIVAMALES, SOUZA e SOUZA, 2012). Estudos investigaram que os enfermeiros da atenção básica deveriam estar capacitados a aplicar os testes de acuidade visual periodicamente ou encaminhar para realização desse teste crianças que eram matriculadas nas suas unidades de saúde (CEZARIO *et al*, 2010; LAIGNER, CASTRO e SÁ, 2010; RIVAMALES, SOUZA e SOUZA, 2012).

Entretanto, são poucos os enfermeiros da ESF que afirmaram ter realizado (39,4%), em algum momento da trajetória profissional, ações de saúde ocular no ambiente escolar, corroborando com o percentual de práticas inadequadas encontrado no consolidado (GRÁFICO 1, p76) . Costa, Figueiro e Ribeiro (2013) ressaltam a fala dos educadores que participaram do estudo, quando foi afirmada a grande importância do desenvolvimento de ações de educação em saúde em âmbito escolar e justificam que seria uma ferramenta para o desenvolvimento de hábitos saudáveis. É válido que ações de saúde em ambiente escolar devem ter co-participação dos educadores e gestores do setor saúde ainda na fase do planejamento, para escuta de suas demandas e para conhecer a realidade da comunidade escolar.

Entretanto, dentre os enfermeiros entrevistados, um percentual significativo mencionou que não realizam ou desconhecem alguma ação voltada para saúde ocular nos escolares da sua área adscrita, evidenciando a necessidade de melhoria desse quadro na área estudada. Dentro do contexto do ambiente escolar e a ação da ESF, o Caderno de Atenção Básica da Saúde Escolar (2009, p 08) ressalta:

No espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado (BRASIL, 2009, p. 8).

Frente aos achados sobre a realização de ações voltadas para a saúde ocular nos escolares, evidencia-se a importância de se detectar os problemas visuais na criança ainda em idade pré-escolar e escolar. Isso deve-se ao fato de que nessa faixa etária ocorre o pleno desenvolvimento do aparelho visual. Sendo assim, a resolução de problemas identificados seria muito maior e as consequências podiam ser atenuadas ou mesmo evitadas (PARKER *et al*, 2013).

Métodos que analisam funções visuais específicos, como o teste de acuidade visual dinâmico, podem desempenhar papel importante para o futuro do escolar. Esses testes são elementos-chaves no desenvolvimento da multifatorial relacionada com a idade. Um estudo internacional aponta que o objetivo da triagem visual pré-escolar é identificar crianças com possíveis problemas visuais, garantindo adequada e oportuna avaliação, proporcionando intervenção precoce do especialista, conforme necessário (AL-ROWAILY, 2010).

Os enfermeiros entrevistados afirmaram que gostariam de receber informações sobre saúde ocular, através de cursos e oficinas, assim como ter educação continuada e permanente sobre o tema. Corroborando com os achados, Sperandio (1999) afirma que os treinamentos e reciclagens (em serviço) na área de saúde ocular, no setor público, acompanhadas pela supervisão direta e educação continuada, deveriam integrar as propostas de ações básicas de saúde. Assim, desvenda-se uma das recomendações desta

pesquisa, em que se evidencia a importância de realizar educação continuada voltada para a saúde escolar, em especial à área da saúde ocular.

5.5 Dificuldades sobre a implementação de ações voltadas para saúde ocular em escolares

A falta de capacitação foi apresentada por diversas vezes como uma das dificuldades apontadas pelos entrevistados. Segundo Sperandio (1999) os enfermeiros e a ESF do centro de saúde deveriam estar capacitados a aplicar os testes de acuidade periodicamente ou encaminhar para realização desse teste as crianças que eram matriculadas nas suas unidades de saúde. Vale ressaltar que ainda assim, os que executavam a técnica em Campinas, a realizavam de forma incorreta.

Segundo o Manual Instrutivo do PSE (2013), o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, sendo fundamental no enfrentamento do desafio da prática intersetorial.

No entanto, com relação ao processo de formação dos profissionais da ESF, o instrutivo indica a participação do Grupo Intergestor Municipal na formulação dos treinamentos voltados para a saúde ocular. Tal fato evidencia as recomendações deste estudo, a fim de corroborar o planejamento e elaboração dos treinamentos com base no diagnóstico situacional da área. Para tanto, a equipe de profissionais da saúde envolvidos poderá ser capacitada para realizar educação em saúde e promover melhores atitudes, assegurando qualidade de atenção em saúde e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida, não somente o que correlaciona à saúde ocular, mas como a saúde do escolar de forma abrangente.

Observando os resultados, pode-se correlacionar a provável falta de acesso destes profissionais aos conhecimentos básicos na área de saúde ocular durante a formação universitária. Pintanel, Gomes e Xavier (2013) ressaltam que a falta de informações dos profissionais que deem sustentação familiar ao cuidado com a criança

com deficiência visual, pode desestruturar o cuidado, fortalecendo a importância de conhecimento dos profissionais sobre a identificação, cuidados e educação em saúde voltada para saúde ocular.

Ao analisarmos que os enfermeiros afirmaram obter maior informação no período de graduação e que ao serem inseridos na prática estão com dificuldades de realizar e aplicar esses conhecimentos, evidenciando-se a carência de informações atualizadas e que possam ser aplicadas na rotina do serviço desses profissionais. Corroborando com os achados, Pires e colaboradores (2012) destacam em sua revisão integrativa sobre a temática de saúde escolar, a falta de trabalhos que utilizem metodologias com fortes níveis de evidências, favoráveis à aplicação do conhecimento obtido na prática e que os projetos pedagógicos das instituições de ensino devem contemplar conteúdos referentes à saúde do escolar.

Com relação aos materiais disponíveis, o Manual Instrutivo Programa Saúde na Escola 2013 (BRASIL, 2013) é um material para os gestores do PSE que desejam conhecer o desenho proposto para o ano de 2013 e orientar na adesão do Programa, apresentando as propostas, as ações que podem ser realizadas e os passos necessários para a adesão ao programa.

Outro material publicado no intuito de auxiliar as ações voltadas para saúde escolar é o Guia de Sugestões de Atividades (BRASIL, 2013a), elaborado durante um evento anual “SEMANA SAÚDE NA ESCOLA”, que tem como objetivo principal iniciar uma mobilização temática prioritária de saúde, que deverá ser trabalhada ao longo do ano letivo nas escolas. Como já citado anteriormente, em 2013 a temática prioritária é saúde ocular.

Este guia é um material orientador para todos e todas envolvidos com o PSE: profissionais de saúde e educação, comunidade, escolares (crianças de todas as idades) e famílias. Contém sugestões de atividades para serem desenvolvidas não apenas durante a Semana Saúde na Escola, mas ao longo do ano letivo. A proposta do Guia é fornecer um conjunto de atividades capazes de estimular e enriquecer o trabalho educativo dos profissionais de saúde e educação, sendo que seus princípios são a promoção e prevenção de agravos à saúde.

Não houve citação sobre essas publicações do Ministério da Saúde por nenhum dos enfermeiros entrevistados, sendo que ambas estão disponíveis no site Portal Ministério da Saúde, disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>, no tópico “ações e programas”. Ou seja, além de não buscar esse material, os enfermeiros que atuam na prática da ESF desconhecem a existência dos materiais. Contudo, recomenda-se necessidade de maior divulgação dos materiais disponíveis e que auxiliem na tomada de decisão e planejamento das ações voltadas para saúde escolar.

Portanto, evidencia-se a relação da atenção básica com o ambiente escolar no que condiz a escola ser um ambiente fértil para a formação de futuros cidadãos engajados no processo de cuidar de sua saúde e livres para fazer escolhas em saúde. A representação da atenção básica no ambiente escolar é fortalecida pelas ações de promoção em saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, que possuem uma estreita relação com a sua comunidade adscrita. Evidencia-se que para haver modificação expressiva do modelo assistencial e abrangência das ações no ambiente extra Unidade de Saúde, é preciso redirecionar a organização e distribuição das ações e serviços de modo a responder satisfatoriamente às demandas e necessidades de saúde (OLIVEIRA-JUNIOR e SOUZA, 2013).

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O método utilizado permitiu que os objetivos fossem alcançados, possibilitando a realização de um diagnóstico seccional da área de planejamento estudada, sobre a promoção da saúde voltada para a saúde ocular, permitindo a descrição de conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros.

Para tanto, seguiu-se aplicação rigorosa de procedimentos metodológicos durante as etapas do estudo, na busca de atingir os objetivos de forma científica e internamente válida. Procurei visitar juntamente com os apoiadores de saúde cada bairro, cada Unidade de Saúde, conhecer todos os enfermeiros envolvidos, ver cada realidade e cada particularidade dos subsistemas da AP 3.1, com suas peculiaridades e diferenças sociais.

Para uma busca de validade externa, acredito que por ser a AP com maior cobertura da ESF e por ter um número significativo de escolas cadastradas no PSE, a AP 3.1 representa as outras áreas de forma equivalente, positivando os resultados. No entanto, cada área de planejamento tem suas diversidades, fazendo assim necessário, conhecer cada uma delas antes de compará-las. Vale ressaltar que o resultado, exposto neste estudo, torna-se um ponto motivador para realização de outros estudos sobre o tema em outras áreas de planejamento do município (e até outros municípios e estados). Espera-se também, auxiliar e estimular os gestores na melhoria do fortalecimento de políticas públicas voltadas para a saúde ocular, educação em saúde e educação permanente para os atores (gestores, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos e o setor de educação).

O nível de conhecimento e atitudes dos entrevistados foi favorável, visto que a maioria das respostas pode ser considerada adequada. No entanto, precisa de melhorias quanto à busca de conhecimento ou a disponibilidade dos gestores de fornecer educação permanente sobre o tema. Todos os enfermeiros mostraram atitudes favoráveis, o que demonstra abertura tanto para receber informação e capacitação, quanto para realizar as ações de saúde ocular e melhorar o quadro dos sistemas de saúde frente à implementação das políticas voltadas para saúde ocular, fortalecendo a atenção básica.

Ressalto que, quando há formação de uma atitude favorável, a adoção de uma prática de saúde se torna mais efetiva. O fato de se mostrarem receptivos para participar de cursos e capacitação, demonstra o interesse do enfermeiro em aderir à prática de saúde em escolares, principalmente voltada para saúde ocular, podendo ser adicionada à rotina na sua agenda nas horas destinadas para promoção da saúde em conjunto com os demais profissionais da ESF. No entanto, o investimento inicial deve ser planejado por gestores de saúde, junto com os envolvidos, para que a participação de todos seja estímulo para implementação e valorização das práticas. É fato que, quando há o estímulo para a participação na elaboração e planejamento, a prática das ações se torna mais prazerosa e resolutiva.

Diante dos resultados, ressalvo que o conhecimento dos enfermeiros que atuam na ESF é uma ferramenta útil para a promoção da saúde voltada para a saúde ocular, otimizando ainda mais os serviços de saúde, em especial, na função de orientação voltada para a população que o busca - sejam os escolares, os familiares ou educadores - para que através de informações coesas e relevantes todos se tornem coparticipantes não só da prevenção individual, como da coletiva.

Sobre a importância de levar as informações até o ambiente escolar, corresponde em ampliar o alcance e o impacto das ações, tanto do PSE e quanto ações da atenção básica, relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços para efetivação das ações.

Portanto, acredito que as contribuições deste estudo ao setor saúde servirão de subsídio para orientar a implementação das ações e melhoria no quadro das práticas de saúde voltadas para saúde ocular dos escolares. Desta forma, visa-se, sobretudo, a melhoria da cobertura de atenção à saúde para as crianças em idade escolar, principalmente, voltada para identificação precoce, atendimento especializado e correção das alterações visuais.

Ao se buscar a realização das ações voltadas para acuidade visual em escolares, procuro também atingir o âmbito do setor educação, no que corresponde ao conhecimento e contato das Unidades de Saúde mais próximas, responsáveis pelo seu território para que sejam articuladas ações, encaminhamentos e acompanhamentos de saúde dos escolares e da coletividade. Desta forma, acredito ser necessário um

envolvimento de todas as instâncias (federal, estadual e municipal) e a coparticipação em massa dos profissionais da atenção básica para estabelecer metas e realizar ações que tenham repercussão na saúde ocular da população brasileira.

Ressalvo que o trabalho se inicia a partir destes resultados, visto que se pretende contribuir com os gestores e enfermeiros da ESF na adoção de medidas que melhorem a cobertura da atenção à saúde ocular, através das dificuldades, solicitações e situações apresentadas nos resultados deste estudo e, sobretudo, fortalecer e implementar a PNAB e a divulgação e implementação do PSE - Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

6.1 Recomendações

Com base nos resultados, sugerimos algumas recomendações para que possamos contribuir com o fortalecimento e melhoria na qualidade da saúde ocular voltada para o escolar. Com a análise dos dados e sua discussão, procura-se atingir melhora na implementação, planejamento e pactuação para realização das ações de forma que sejam alcançados os objetivos principais da Política Nacional de Atenção Básica e dos manuais e instrutivos do PSE.

6.1.1 Recomendações para os profissionais da saúde – enfermeiros

- Considerar os valores, crenças, atitudes e comportamento da comunidade escolar, a fim de que se tornem compreensíveis as questões ligadas ao processo saúde-doença para que o planejamento, a comunicação e a ação se concretizem;
- Buscar aprimoramento do conhecimento sobre saúde escolar, visando melhoria da qualidade do serviço ofertado para essa população;

- Considerar a influência na identificação precoce dos problemas visuais no desenvolvimento integral da criança, sendo que o teste de acuidade visual seja colocado em prática com todos os escolares e que sejam encaminhados para consulta oftalmológica;
- Buscar planejar, articular e pactuar ações de saúde nas escolas juntamente com os responsáveis pela Unidade Escolar e os líderes comunitários, para participação efetiva das ações;

6.1.2 Recomendações para os gestores

- Promover a intersetorialização da Unidade de Saúde e o Setor Educação, ou seja, diminuir a distância entre os profissionais da ESF e os profissionais de Educação, principalmente das Unidades Escolares do território adscrito;
- Implantação e efetivação do Programa de Saúde na Escola, favorecendo assim as ações voltadas para os escolares;
- Investimento de ações voltadas para a comunidade adscrita – não somente escola e ambulatório – em ambientes acessíveis para a coletividade, a fim de promover saúde ocular;
- Promover ações de triagem ocular nas escolas juntamente com os profissionais de saúde e, os que precisarem, encaminhamento ao especialista. Sendo evidente que nos casos mais graves, sejam prontamente encaminhados para o médico oftalmologista;
- Promover educação continuada para os profissionais de saúde sobre o tema saúde ocular em escolares (ações, avaliações, triagem e consulta de enfermagem), assim como informações sobre quais ações podem ser realizadas e encaminhamento com menor tempo de espera para consulta especializada;
- Necessidade de maior enfoque na área de educação em saúde quanto aos aspectos de promoção e preservação da saúde visual.

6.1.3 Recomendações para ensino e pesquisa

- Desenvolvimento de estudos e projetos a partir das demandas locais, para manter e alcançar objetivos, voltados para a prática de ações voltadas para saúde ocular do escolar na região;
- Elaboração de estudos, com ampla divulgação e implementação de estratégias nessa temática, tanto para educação em saúde, quanto para o atendimento dessas populações e planejamento de ações;
- Disseminar informações sobre o Programa de Saúde na Escola, favorecendo a adesão de profissionais e gestores tanto no âmbito do setor saúde, quanto do setor de educação.

REFERÊNCIAS

ABAZID, N; JONES, C; DAVIS, C.R. Knowledge, attitudes and practices about leishmaniasis among cutaneous leishmaniasis patients in Aleppo, Syrian Arab Republic. **Eastern Mediterranean Health Journal**. v18, n 1, 2012.

AL-ROWAILY, M.A. Prevalence of refractive errors among pre-school children at King Abdulaziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia. **Saudi J Ophthalmol [online]**. [Cited 2013 Oct 27] vol. 24, n.2, p. 45–48; Apr, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729549/pdf/main.pdf>

ARMAZEM DOS DADOS – **Rio em Síntese**. Disponível em <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/> Acessado em Junho de 2012.

ARMOND, J. E; TEMPORINI, E.R; ALVES, M. R. Promoção da saúde ocular na escola: percepções de professores sobre erros de refração. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 64, n. 5; out. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492001000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 4 jun. 2011. doi: 10.1590/S0004-27492001000500005.

BARROS, O.M. et al. Proposta de um plano nacional de saúde escolar com ênfase na atenção primária. **Arq. Bras. Oftalmol.** vol. 47, n. 1, p 1-6, 1984.

BARROS, T.B.; MAIA, E.R.; PAGLUICA, L.M.F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev Rene [Online]**. [cited 2013 Aug 03]; vol. 12, n.4, p.732-741; Oct/Dec, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/291/pdf> Acessado em junho de 2012.

BENITO, G.A.V; PINHEIRO, S.R. Gestão do trabalho: concepções sobre o processo de trabalho gerencial do enfermeiro na atenção básica/estratégia saúde da família. In: **Anais do 2º SITE n - Seminário Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem [online]**. Curitiba: ABEn. [cited 2013 Aug 03]. p. 17-19. abril, 2008. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE n/Arquivos/N.059.pdf> Acessado em junho de 2012.

BETFUER, L. Poema da visão. In.: **Falando de educação Infantil [online]**. Postado em 15 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://falandodaeducacao.blogspot.com.br/2010/02/poema-da-visao.html> Acessado em junho de 2012.

BRASIL. **Decreto nº. 6286, de 5 de dezembro.** Dispõe sobre o Programa de Saúde na Escola – PSE. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 60p, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 110p, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3º Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família. Brasília,** COSAC, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa.** Brasília (DF); 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família 20.** Ano IX, n 20 (Out/ Dez) – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual : manual de orientação** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola (Série B – Textos Básicos de Saúde).** Caderno de Atenção Básica de Saúde na Escola. n 24. Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo PSE / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Guia de Sugestões de Atividades da Semana na Escola**. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de saúde, 1996.

BRESSAN, Aline. **Dados do programa de saúde na escola no município do rio de janeiro**. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <RAQUEL FONTENELE>. em: 15 abr. 2012.

BRITO, L.M.O et al . Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5; May 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000500007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 15 de abril de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000500007>.

CAMELO, S.H.H; SAPORITI, E.L.A.. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Cienc Cuid Saude** ; vol. 7, n.1, p. 045-052; Jan/Mar, 2008.

CACCIA-BRAVA, M.C.G.; MATTOS, A.T.R.; ROCHA, J.S.Y. Atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: ROCHA, J.S.Y. **Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

CANDEIAS, N.M.F.; MARCONDES, R.S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.5, n.4, p.24-30, 1979.

CATRIB, A.M.F. et al. A promoção da saúde na escola e o trabalho docente. **Promoção da saúde no contexto da saúde da família**. Campinas – SP: Saberes Editora, 2011.

CAVALCANTI JUNIOR, J. et al. Acuidade visual e suas implicações para o rendimento escolar de crianças. **Rev Enferm UFPE [on line]**, v. 6, n.11, p. 2713-2718; nov, 2012. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3279/pdf_1630 Acessado em junho de 2012.

CEZARIO, K.G, et al. Promoção da saúde e deficiência visual: produção das pós-graduações brasileiras. **Rev Rene [online]**. [cited 2013 Sept 20]; vol. 11, n.2,p 187-196; Apr/June, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a21v11n2.pdf Acessado em junho de 2012.

CEZARIO, K.G. et al. Promoção da saúde e deficiência visual: produção das pós-graduações brasileiras. **Revista Rene. Fortaleza**, v.11, n.2, p. 187-196; abr/jun, 2010.

CLANCY, A. et al. Primary Health Care: Comparing Public Health Nursing Models in Ireland and Norway. **Nurs Res Pract [online]**. [Cited 2013 Sept 29]; 1 (2013): p - 1-9; Feb 2013. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/426107/cta/> Acessado em junho de 2012.

COELHO, A. C. O. et al. Olho vivo: analisando a acuidade visual das crianças e o emprego do lúdico no cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery [online]**. vol.14, n.2, 2010. ISSN 1414-8145.

COSTA, M.G; FIGUEIREDO, R.C.; RIBEIRO, M.S. A importância do enfermeiro junto ao PSE nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – TO. **Revista Científica da ITPAC**. Araguaína. v. 6, n.2; abr, 2013.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L. T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2). p- 39-44, 1999.

DANTAS, R. A.; CARDOSO, M .V.; PAGLIUCA, L. M. F.; Seleção e validação de figuras para construção de optótipos. **Revista Nursing**, v. 68, n. 7. São Paulo: Globo Cochrane, 2004.

DEGRAZIA, J.E.C.; PELLIN, J.O.F.; DEGRAZIA, D.F. Detecção e prevenção das deficiências visuais na infância e sua relação com a educação. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre. vol. 54, n.4, p 466-470: out – dez, 2012.

DATASUS/SCNES. **Painel de Indicadores**. Disponível em www.subpav.gov Acessado em 9 de janeiro de 2013.

FENDI, L.I et al. Qualidade da avaliação da acuidade visual realizada pelos professores do programa “olho no olho” da cidade de Marília, SP. **Arq. Bras Oftalmologia [online]**. São Paulo.Vol. 71, n. 4, p- 509 – 513, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v71n4/a08v71n4.pdf> Acessado em junho de 2012.

FERRIANI, M.G.C. **A inserção do Enfermeiro na saúde Escolar: Análise Crítica de uma Experiência**. São Paulo : Ed. Usp. 1991.

FERRIANI, M.G.C.; CANO, M.A.T. O programa de saúde escolar no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem [online]**. Ribeirão Preto, v.7, n.4, p. 29-38, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13486.pdf> Acessado em junho de 2012.

FIGUEIREDOT.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva[online]**. v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a15.pdf> Acessado em junho de 2012.

FIGUEIREDO, L. A de et al .Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro. n ° 18, v. 3: p 418-23, 2010. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag418-23.pdf Acessado em junho de 2012.

GAMARRA, C.J. **Conhecimentos, Atitudes e Práticas do Exame Papanicolau em Mulheres de Puerto Leoni, Argentina**: uma contribuição para a enfermagem de saúde pública. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2004.

GASPARETTO, M. E. R. et al. Dificuldade visual em escolares: conhecimentos e ações de professores do ensino fundamental que atuam com alunos que apresentam visão subnormal. **Arq. Bras. Oftalmol [online]**., São Paulo, v. 67, n. 1, fev. 2004

. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 4 jun. 2011. doi: 10.1590/S0004-27492004000100011.

GASPARETTO, M. E. R. et al. O aluno portador de visão subnormal na escola regular: desafio para o professor? **Arq Brasileira Oftalm [online]**. São Paulo. v. 64, p- 45-51, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v64n1/9124.pdf> Acessado em junho de 2012.

GIANINI, R. J et al . Prevalência de baixa acuidade visual em escolares da rede pública, Sorocaba. **Rev. Saúde Pública [online]**, São Paulo , v. 38, n. 2, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19779.pdf> Acessado em junho de 2012.

GOMES, L. C. O. desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. **Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Mestre**. Rio de Janeiro. 2012; 173p.

HADDAD, M.A.O. **Habilitação e reabilitação visual de escolares: aspectos médico-sociais**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2006: 183p.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Disponível em <http://www.saude.rio.rj.gov.br/>. Acessado em 20 maio 2012.

IBGE. Cidades. **Rio de Janeiro**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 20 de maio 2012.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2002.

JEVEAUX, G.C. et al. Prevenção à cegueira em crianças de 3 a 6 anos assistidas pelo programa de saúde da família (PSF) do Morro do Alemão – Rio de Janeiro. **Revista Brasileira Oftalmologia**. Rio de Janeiro. vol, 67, n. 5, p – 226-230, 2008.

JUNIOR, SF; OLIVEIRA, H.B; MARION-LÉON, L. Conhecimento, atitudes e

práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.16, n.1, p. 100-113, 2013.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**. vol 4, n. 1, p - 7-9, 2004.

LAIGNIER, M. R.; CASTRO, M.de A.; SÁ, P. S. C. De olhos bem abertos: investigando acuidade visual em alunos de uma escola municipal de Vitória. **Esc. Anna Nery [on line]**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 4 jun. 2011. doi: 10.1590/S1414-81452010000100017.

LEVENSON, J.H.;KOZARSKY, A. Visual Acuity. In.Clinical Methds: The History, Physical, and Laboratory Examinations. **Boston: Butterworths**; Ed 3. Chapter 115, p 563-564, 1990.

LOPES, C.L. et al. O Trabalho da enfermagem na detecção de problemas visuais m crianças/adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem [online]**. v. 5, n. 2, p. 55-59, 2003. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/782/876>. Acessado em junho de 2012.

MARINHO, L.A.B. et al Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Públ**, São Paulo, v.37, n.3, p. 576-82, 2003.

MOHAMED, E.A; BAYOUMI, O.R.; DRAZ, S.F. Impact of na educational programme on knowledge, beliefs, pratices and expectation about care among adolescent glaucoma patient in Cairo. **Eastern Mediterranean Health Journal**. v. 17, n. 12, 2011.

NORMAS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. Informação e documentação – citações - elaboração - **NBR 10520**. agosto, 2002.

_____. Informação e documentação – referências - elaboração - **NBR 6023**. agosto, 2002.

NORMAS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. Informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação - **NBR 14724**. dezembro, 2005.

OLIVEIRA, C.A.S et al. Erros de refração como causas de baixa visual em crianças da rede de escolas públicas da regional de Botucatu – SP. **Arq Bras Oftalmol**. vol. 72, n. 2. p - 194-8, 2009.

OLIVEIRA-JUNIOR, J.C; SOUZA, M.K.B. A humanização nos serviços da atenção básica de saúde: concepções de profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE [on line]**. [cited 2013 Sept 29]; vol. 7, n.5, p. 4370-4307, Jun, 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3378/pdf_2729 Acessado em junho de 2013.

OMS, Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. **World Health Organization/HTM/STB/2008**.

PAIVA, E. P. **Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro. EEAN/UFRJ, 2008.

PALMERO, E.I. et al. Population prevalence of hereditary breast cancer phenotypes and implementation of a genetic cancer risk assessment program in southern Brazil. **Genet. Mol. Biol.** [Internet]. [Cited 2013 sept 10]; vol.32, n.3, p- 447-455, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47572009005000058> Acessado em junho de 2012.

PARKER, R. et al. How acceptable are primary health care nurse practitioners to Australian consumers?. **Collegian [online]**. [Cited 2013 Sept 10]; vol. 20, n. 1, p 35-41. Mar, 2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com.ez29.periodicos.capes.gov.br/S1322769612000297/1-s2.0-S1322769612000297-main.pdf?_tid=f1344eea-3f40-11e3-ad9b-00000aacb360&acdnat=1382903571_4fffe82d7ab3b75d7e735c330b92540d Acessado em junho de 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Editora Guanabara, 2000.

PINTANEL, A.C; GOMES, G.C; XAVIER D.M. Mães de crianças com deficiência visual: dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado. **Revista Gaúcha Enfermagem [online]**. vol. 34, n. 2. p- 86 – 92, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a11.pdf> Acessado em junho de 2013.

PIRES, L.M et al. A enfermagem no contexto da saúde do escolar: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. v. 20 (esp), p. 668-675; dez, 2012.

RASCHE, A. S. **Atuação do Enfermeiro Escolar em Projetos de Promoção da Saúde no Ensino Fundamental**: O caso da 3ª Coordenadoria Regional de Educação no Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

RAMOS, C.S. et al. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Cienc Cuidado e Saúde [online]**. [cited 2013 Aug 03]; 8 (suplem.): p.85-91. Dec, 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535> Acessado em junho de 2012.

RESNIKOFF S; PARARAJASEGARAM R. Blindness prevention programmes: past, present, and future. **Bulletin of the World Health Organization**. vol 79, n. 3, p - 222-226, 2001.

RICHARDSON RJ et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo, Atlas, ed. 3, 1999.

RIVEMALES, M.C.C; SOUZA, R.G; SOUZA, M.K.B. Sistema de Informação da Atenção Básica como instrumento de gestão: estudo de caso em Santo Antônio de Jesus / BA. **Online brazilian journal nursing [online]**. [Citado em 13 Sep 2013] vol. 11, n. 1. Abr, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3552>. Acessado em junho de 2012.

SÁ, M.A.; BRUNO, M.M.G. Deficiências visuais nas crianças indígenas em Idade Escolar das etnias Guarani e Kaiowá na região da Grande Dourados/MS: um estudo sobre a incidência e as necessidades específicas e educacionais especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília. V.18, n. 4, p 629-646; out-dez, 2012.

SILVA, K. L.; NOBREGA, M. M. L.; Necessidades psicobiológica na teoria das necessidades humanas básica: uma revisão da literatura. **Revista Nursing** v. 93, n. 9. São Paulo: Globo Cochrane, 2006.

SILVA, C.S. Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio de Janeiro. **Tese de doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**. 2010; 199p

SILVA, C.S, PANTOJA, A.F. Contribuições da avaliação na identificação de efetividade da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. **B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.** Vol. 35, n. 2: p. 37-49, 2009.

SMSDC, Blog da Coordenação de Área Programática 3.1 – Rio de Janeiro. Disponível em cap31.blogspot.com.br/p/demografia. Acessado em 08.01.2013.

SILVA, R.A.R. et al. Análise contextual do trabalho do enfermeiro na atenção básica – revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE [online]**. Vol. 7 (esp) out, p – 6262 – 6271, 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2533/pdf_3805 Acessado em outubro de 2013.

SPERANDIO, A.M.G. Promoção da saúde ocular e prevenção precoce de problemas visuais nos serviços de saúde pública. **Revista Saúde Publica**. Vol. 33, n.5, p 513-20, 1999.

SOLDERA, J. et al. Estudo da acuidade visual em escolares em um projeto de atenção primária à saúde do nordeste do Rio Grande do Sul. **Revista da AMRIGS [online]**. Porto Alegre. Vol. 51, n.3, p- 185-189, jul.-set, 2007. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/51-03/ao05.pdf> Acessado em junho de 2012.

TCMRJ, Tribunal de Contas. **Auditoria Oparecional – Estratégia de Saude da Família** .Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Sec 4ª – Inspeção Geral de Controle Externo. Dez 2009. [Online] Disponível em <http://www.tcm.rj.gov.br/Noticias/4726/40-088~1.PDF> Acessado em 26 de maio de 2012.

TALEB, A; ÁVILA M; MOREIRA, H. **As condições de saúde ocular no Brasil-2009**. São Paulo: International Standard Book; 2009.

TEMPORINI, Edméa Rita; KARA-JOSE, Newton. A perda da visão: estratégias de prevenção. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo , v. 67, n. 4, Aug. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000400007&lng=en&nrm=iso. access on 03 Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492004000400007>.

TOLEDO, C. C. et al. Detecção precoce de deficiência visual e sua relação com o rendimento escolar: study in A. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400013&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 4 jun. 2011. doi: 10.1590/S0104-42302010000400013

VICTOR, J. F. et al. Avaliação da saúde do escolar de uma escola pública de ensino fundamental em Fortaleza. **Revista Nursing**, v. 91, n. 8; São Paulo: Globo Cochrane, 2005.

XIMENES, L. L. et al. Conhecimento dos educadores infantis sobre os problemas visuais auditivos em crianças da creche. **Revista Nursing**, v. 96, n. 9. São Paulo: Globo Cochrane, 2006.

ZANONI, Z.L. et al. Prevalência da baixa acuidade visual em alunos do primeiro ano do ensino fundamental de uma escola pública. **Revista da AMIRGS**. Porto Alegre. vol.54, n.1, p. 19 – 24, jan-mar, 2010.

APÊNDICES

APENDICE A - Roteiro para levantamento de dados do perfil

Estes dados como (telefone, endereço e número de prontuário) ficarão guardados até o final da análise de dados, caso haja necessidade de algum contato

Unidade:

Telefone:

Nº Entrevista: _____

Número da Entrevista (-----)

Data da coleta: ____ / ____ / ____

1. Dados sociodemográficos:

1.1. Data de nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade-** ____

1.2. Sexo: () 1.Masculino 2. Feminino

1.3 Qual é seu estado civil atual? [Ler as opções, pode marcar só uma]

1-Solteiro |__| **2-Casado / união consensual** |__| **3-Viúvo** |__| **4-Separado / divorciado** |__|

2. Informações Profissionais

2.1 Tempo de formação

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. __ Um ano ou menos | 2. __ Dois anos |
| 3. __ Três anos | 4. __ Quatro anos |
| 5. __ Cinco anos | 6. __ Mais de cinco anos |
| 7. __ Mais de dez anos | |

4. Qual a idade se completa o desenvolvimento visual no humano? (Marque apenas uma alternativa)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 08 anos | 2. <input type="checkbox"/> 03 anos |
| 3. <input type="checkbox"/> 07 anos | 4. <input type="checkbox"/> 09 meses |
| 5. <input type="checkbox"/> Não sei | |
| 6. <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

5. Quais os principais sintomas que podem surgir no ato do exame físico e caracterizam acuidade visual alterada? (Poderá marcar mais de uma alternativa)

1. Lacrimejamento
2. Fotofobia
3. Coceira
4. Queixa de quedas frequentes
5. Cefaléia continua
6. Vermelhidão ocular
7. Não sei
8. Outros: _____

6. Quais os principais erros de refração, os mais frequentes, percebidos nas crianças? (Poderá marcar mais de 1 alternativa|)

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Hipermetropia | 2. <input type="checkbox"/> Ambliopia |
| 1. <input type="checkbox"/> Catarata | 3. <input type="checkbox"/> Estrabismo |
| 6. <input type="checkbox"/> Astigmatismo | |
| 7. <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

7. Algum profissional de saúde ou da educação já procurou sua unidade para obter informação sobre saúde ocular?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
|---------------------------------|---------------------------------|

8. Quais os sinais e sintomas que podem ser identificados em sala de aula que poderia suspeitar em alteração na acuidade visual? (Poderá marcar mais de uma alternativa)

1. Lacrimejamento
2. Fotofobia
3. Notas baixas

4. Dificuldade de escrever o que está no quadro
5. Sentar-se nas primeiras cadeiras
6. Forçar a visão, fazendo expressão facial de dor (franzir das pálpebras)
7. Queixa frequente de cefaléia
8. Quedas frequentes por tombar nos objetos como cadeiras, batentes, escadas
9. Desatenção em classe
10. Aproximar-se exageradamente dos objetos
11. Outros: _____

Perguntas sobre atitude voltada para Acuidade Visual e o Programa Saúde na Escola (PARTE-B)

9. Você acha que poderia ter mais informações sobre acuidade visual?

1. SIM
2. NÃO

10. Como você acredita que está a situação do PSE na sua área adscrita, com relação à promoção de saúde da sua área?

1. Boas, mas precisa de mais empenho e melhorias.
2. Não realizamos nenhum trabalho nesta temática na minha área até o momento.
3. Não sei como está a situação na minha área.
4. Ótima, nós realizamos trabalhos junto com as escolas e realizamos a promoção da saúde ocular em nossas consultas
5. Outros: _____

11. Você acha importante obter algum canal de informação nas escolas da sua área para disseminar a promoção da saúde ocular?

- 1 SIM
2. NÃO

12. Você acha que poderia ter recurso mais efetivo voltado para a população da sua área no intuito de disseminar e promover a saúde ocular em escolares?

- 1 SIM
2. NÃO

22. Você tem alguma dificuldade de adquirir algum material para distribuição voltado para os profissionais?

1. SIM . Quais?

2. NÃO

23. E para a comunidade, existe algum material na sua unidade voltado para Saúde Ocular no Escolar?

1. SIM . Quais?

2. NÃO

Agradecemos à atenção e colaboração, lembrando que será salvo o seu anonimato.

Retornaremos com a análise para que seja aprovado para divulgação.

APENDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O Sr (a) foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Enfermeiros da Atenção Básica Sobre Promoção da Saúde Ocular em Escolares, que tem como objetivos: -Descrever os conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros da Equipe de Saúde da Família sobre a promoção da saúde ocular em escolares; - Identificar as dificuldades de enfermeiros da Equipe de Saúde da Família sobre a promoção de saúde ocular em escolares.

Gostaria de contar com sua colaboração, que consiste em responder um questionário com perguntas fechadas, e alguns tópicos com perguntas abertas, sobre suas características pessoais, sociais e relacionadas à temática saúde ocular. Também serão realizadas perguntas voltadas para suas dificuldades. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo e não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meio científico: eventos ou periódicos, preservando o anonimato.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a unidade de saúde. Não haverá riscos de qualquer natureza e o Sr (a) não terá nenhum custo ou qualquer tipo de compensação financeira relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico na área da Enfermagem e da Saúde Coletiva e a integração das ações de saúde. Pois, na pesquisa serão focadas as práticas e os conhecimentos do profissional enfermeiro dentro do âmbito do Programa de Saúde na Escola e suas dificuldades.

Todo o material será guardado por (05) anos e incinerado após esse período.

O Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone celular/ e-mail das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas agora ou a qualquer momento sobre o projeto e sua participação. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o Sr (a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / HESFA, instituição Proponente da pesquisa (EEAN/HESFA), sob coordenação da Profa Dra Maria Aparecida Vasconcelos Moura, localizado na Rua Afonso Cavalcante 275 / Cidade Nova Tel: 2293- 8148 R: 228, onde estão vinculados pesquisador responsável e orientador.

Ana Inês Sousa

Professor Orientador EEAN/ UFJR
UFRJ

Cel: 21 9968-2913

e-mail: anaineschico@gmail.com

Raquel Malta Fontenele

Mestranda de Enfermagem pela EEAN /

Cel: 21 8316 3956

e-mail: rmfontenele@hotmail.com

A pesquisa terá como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro - Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova. Rio de Janeiro – RJ – Cep: 20.211-901. Telefone: 3971-1463.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, concordo em participar do estudo proposto. Eu fui completamente orientado pelo Sra Raquel Malta Fontenele que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza e propósito.

Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada pela pesquisadora.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Participante: Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 2 – Termos de autorização da Unidade AP 3.1