

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PÓS-EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



AS CAMPANHAS GOVERNAMENTAIS E A PROPAGANDA
ENSINANDO A SER *OPTICAMENTE SAUDÁVEL*

NOME DO ALUNO: MIRIAM FREIBERGER SOUZA

ORIENTADOR: PROF^a. DR^a MARIA LÚCIA CASTAGNA WORTMANN

CANOAS, 2006.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DIRETORIA DE PÓS-EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



AS CAMPANHAS GOVERNAMENTAIS E A PROPAGANDA
ENSINANDO A SER *OPTICAMENTE SAUDÁVEL*

NOME DO ALUNO: MIRIAM FREIBERGER SOUZA

ORIENTADOR: PROF^a. DR^a MARIA LÚCIA CASTAGNA WORTMANN

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Educação da Universidade Luterana
do Brasil para obtenção do título de
MESTRE em Educação.

CANOAS, 2006.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Ao meu querido Deus...

Ao meu marido Ernani pela dedicação e amor incondicional...

A ajuda prestimosa de minha orientadora, Maria Lúcia, pela paciência e carinho com que sempre me acolheu;

A minha querida amiga Lú pela amizade e estímulo;

Aos meus professores e colegas pelo apoio em todos os momentos;

Aos professores da banca pela leitura atenciosa e atenção dispensada.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo discutir as campanhas de saúde visual/ocular realizadas no Brasil no período decorrido entre 1999 e 2005. Buscou-se indicar práticas, discursos e representações destacadas em campanhas realizadas com cunho oficial (as acionadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, por exemplo), focalizando-se, especialmente, os textos, as cartas e o vídeo que integram a Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho, da qual as escolas foram parceiras do Ministério da Saúde. Além disso, foram examinadas propagandas de lentes corretoras divulgadas na mídia, bem como alguns *folders* relativos à saúde visual/ocular, endereçados às ópticas. O estudo implicou uma análise textual, tendo-se verificado os discursos produzidos e colocados em circulação nestes materiais, os quais entendeu-se estarem atuando como pedagogia cultural. A presente pesquisa foi desenvolvida sob a inspiração de investigações realizadas em Estudos Culturais, sob o foco das vertentes pós-estruturalistas, recorrendo a autores como Jorge Larrosa e Alfredo Veiga-Neto, os quais lidam com o pensamento de Michel Foucault, bem como a estudos que examinaram as Campanhas de Saúde realizadas no Brasil, como os desenvolvidos por Luís Henrique Sacchi dos Santos, Iolanda M. dos Santos e Mirian D. B. Dazzi. Neste estudo, também foram destacados diferentes modos de pensar a saúde visual no Brasil e salientado o papel atribuído ao modelo campanhista na saúde brasileira. Indicou-se, também, estratégias utilizadas para configurar, nesta Campanha “Olho no Olho” os sujeitos *ópticamente saudáveis*, entre as quais se incluiu o treinamento de professores para a realização da triagem visual. Destacou-se, ainda, como na propaganda das lentes oftálmicas, de um modo geral, as representações e os discursos sobre o uso de lentes que colocaram em destaque mais do que a importância da saúde visual, a necessidade dessas atenderem a requisitos referentes à “alta tecnologia” e, também, a critérios estéticos.

Palavras-chave:

Estudos Culturais - saúde visual - Campanha “Olho no Olho” - mídia

ABSTRACT

This dissertation aims to discuss Brazilian national health campaigns on the visual/ocular areas that have occurred in Brazil during the period between 1999 and 2005. This work has tried to specify the methods, oral communication and representations highlighted in official campaigns (those that are started by the Brazilian ministry of health and health organizations of the federal states and on municipal levels, for example) the focus of this work has been specific to texts, promotional letters and videos that are part of the national preventive campaign called “Olho no Olho” (an eye in the eye), in this campaign schools have worked in partnership with the ministry of health. It has also been part of this study to show how the analyses of national advertisements for corrective lenses appear on the media and in specific folders related to visual/ocular health that were directed to opticians. This study has comprised textual analyses that have been used to evaluate the contents that are produced and made available in these campaign materials. It has been understood by this study that such materials are part of a pedagogic culture. The present research has been developed under the inspiration of investigations made by cultural studies under the light of influences post-structuralism guided by authors like Jorge Larrosa e Alfredo Veiga-Neto that follow the thoughts of Michael Foucault. It has also been taken into consideration other authors studies that examine health campaigns in Brazil like the ones developed by Luís Henrique Sacchi do Santos, Iolanda M. dos Santos and Mirian D. B. Dazzi. In this study it has also been highlighted the different ways of thinking about visual health in Brazil with emphasis in the role given to health campaign models. It has also been pointed out in the study the strategies used in the campaign “An Eye in the Eye” to configure the subjects *optically healthy*. Among those is included the training of teachers for doing an initial visual assessment. The study also analyses the ophthalmic lenses propaganda as a whole, giving importance to communication and representations that emphasize more the high-tech and esthetical aspects of the product than its importance for visual health.

Key-words:

Cultural Studies - visual health - Campaign “An Eye in the Eye” - media

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
DA OPTOMETRIA AO MESTRADO.....	008
Apresentando a configuração do estudo.....	013
CAPÍTULO 1	
CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE OS ESTUDOS CULTURAIS.....	018
Ampliando a dimensão do campo educativo sob a inspiração dos Estudos Culturais.....	028
CAPÍTULO 2	
NOTAS SOBRE EDUCAÇÃO, PROMOÇÃO, PREVENÇÃO EM SAÚDE VISUAL.....	032
A Educação em Saúde.....	033
Algumas Considerações sobre Promoção da Saúde.....	035
Promoção e Prevenção da Saúde Visual/Ocular.....	046
Ambiente Escolar e Saúde Visual/Ocular.....	058
CAPÍTULO 3	
CAMINHO METODOLÓGICO: MAPEANDO O ESTUDO.....	061
Tentando lidar com uma “nova” perspectiva analítica.....	065
O endereçamento das Campanhas e as propagandas das Lentes.....	068
CAPÍTULO 4	
UMA BREVE INCURSÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	072
Algumas Campanhas de saúde pública brasileiras.....	076
Algumas Campanhas e trabalhos referentes á saúde visual/ ocular brasileira.....	080
A Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho No Olho.....	089
CAPÍTULO 5	
1 DESDOBRANDO AS CAMPANHAS NACIONAIS DE SAÚDE VISUAL/OCULAR.....	094

Algumas Campanhas de saúde visual/ocular realizadas no Brasil.....	098
A Campanha de Olho na Visão.....	098
A Campanha Pequenos Olhares – Edição: 2004/2005.....	099
Retomando a apresentação da <i>Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho</i>	103
2 EXAMINANDO OS MATERIAIS QUE INTEGRAM A <i>CAMPANHA OLHO NO OLHO</i> AS CARTAS DE APRESENTAÇÃO, OS MANUAIS ENDEREÇADOS AOS PROFESSORES APLICADORES, A FITA DE VÍDEO E AS HISTÓRIAS PARA AS CRIANÇAS.....	108
O Manual de orientação da <i>Campanha Olho no Olho</i>	113
O Manual da Boa Visão do Escolar: Solucionando dúvidas sobre Olho e a visão.....	118
Contando Histórias para Promover a Boa Visão do escolar.....	121
A fita de vídeo que integra a <i>Campanha Olho no Olho</i>	123
3 A PROPAGANDA DAS LENTES <i>TRANSITIONS</i> ATUANDO NA INSTITUIÇÃO DA SAÚDE VISUAL?.....	129
4 AS REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE VISUAL NOS <i>FOLDERS</i> DE LENTES OFTÁLMICAS.....	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
OBRAS CONSULTADAS.....	154
ANEXOS.....	167

INTRODUÇÃO

DA OPTOMETRIA AO MESTRADO EM EDUCAÇÃO

Fui apresentada aos Estudos Culturais quando decidi cursar a especialização em Trabalho, Identidade e Formação Docente na Ulbra/Canoas, tarefa concluída ao final de 2004. No decorrer desta especialização, comecei a perceber que muitos aspectos e temas pensados e articulados na Optometria poderiam ser vistos de outro modo a partir deste que se configurava, para mim, como um novo campo de conhecimento – os Estudos Culturais.

Tais Estudos se propõem a romperem fronteiras existentes entre diferentes campos de saber, apresentando-se como uma área múltipla, não homogênea, adisciplinar, muitas vezes vista como anti-disciplinar, na qual se coloca em destaque uma outra forma de enxergar as práticas culturais cotidianas ao considerar que essas atuam na produção/formação dos sujeitos. A partir desses estudos, comecei a tencionar o campo no qual trabalho, a Optometria, e a ter acerca dele novas leituras que me levaram a indagar, por exemplo, a respeito de como está ocorrendo a sua emergência como um novo campo profissional no Brasil. Apresentei, ao final do curso de especialização, já referido, a monografia: *A instituição da optometria no Brasil*¹, na qual busquei colocar em destaque aspectos relacionados ao surgimento e desenvolvimento desse campo de atividade no Brasil e fora dele, bem como algumas das muitas controvérsias instituídas em torno da sua legitimidade, notadamente, no período de sua implementação.

¹ Nesta monografia faço, também, reflexões e analiso a questão da luta empreendida pelos profissionais que atuam nesse campo para fixá-lo como uma nova área da saúde visual/ocular.

Aqui cabe relatar, brevemente, sobre o campo da Optometria², que é, ainda, emergente no Brasil, e que surgiu nos Estados Unidos da América em meados do século XIX com o propósito de atender às demandas provocadas pelo surto industrial. A partir de 1900, naquele país, a Optometria passou a vincular-se à área da saúde, especialmente a da prevenção de transtornos refrativos da visão em nível primário (motilidade ocular, acomodação do sistema visual), voltando-se à investigação, ao controle e à ações de reabilitação das desordens visuais da população, bem como à educação, promoção e prevenção da saúde visual/ocular. Além disso, a Optometria é reconhecida como profissão em diversos países espalhados pelos cinco continentes. No caso do Brasil, muitos são os embates³ relativos ao reconhecimento dessa profissão, que envolvem, especialmente, médicos oftalmologistas e tecnólogos em Optometria, sendo que grande parte dos debates giram em torno da legalidade ou não do exercício da profissão de optômetra.

Quero indicar, então, que essa é a área de estudos a qual estou vinculada - sou técnica em óptica e ingressei na primeira turma do curso de Tecnologia em Optometria⁴ da Ulbra em 1997, concluindo o mesmo em 2000/2. Além disso, cursei a Especialização em Informática na Educação⁵, opção de estudos que me permitiu reunir meu interesse no ensino à discussão de tecnologias freqüentemente configuradas como capazes de permitir novas abordagens no campo educativo. Então, foi a partir da realização de minha monografia intitulada “História e Evolução da Optometria através de um Ambiente Virtual”, realizada sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Marlise Geller, que foi criada a primeira disciplina virtual do Curso de Optometria da Ulbra, no qual, logo a seguir (2002), passei a trabalhar como docente.

² Segundo Stedman (1996) Optometria é: “A profissão relativa ao exame dos olhos e estruturas relacionadas para determinar a presença de problema de visão e distúrbios oculares, e com a prescrição e adaptação de lentes e outros auxílios ópticos ou o uso de treinamento visual objetivando a eficiência visual máxima” (p. 910).

³ As discussões chegaram à mídia (televisão e jornais), tendo sido publicados vários *A pedidos*, nos quais os profissionais em contenda discutiam suas posições.

⁴ No Brasil, a Optometria, como curso superior, foi implantada pela Universidade Luterana do Brasil em 1997 com a missão de formar sujeitos aptos a atuarem na prevenção dos transtornos visuais e oculares e com o compromisso social de ampliar a prestação de serviços de atenção visual primária às comunidades, pela busca de fornecimento de um atendimento interdisciplinar e multiprofissional, o que facilitaria a execução de programas de promoção e prevenção como um todo, mas com seu foco voltado para o aspecto da visão em condições ideais.

⁵ Realizei este curso de especialização na Ulbra/Canoas-RS, finalizando-o em 2002/2.

Atuei como professora do Curso Superior de Tecnologia em Optometria da Ulbra/Canoas – RS, durante 3 anos (2002 a 2005), um curso que tenho qualificado como polêmico por lidar com uma área não clássica ou ortodoxa, por seu ineditismo no Brasil, na medida em que nele tem-se buscado empregar a criatividade na condução de seu currículo, além de práticas educativas⁶ inovadoras e pioneiras.

Posso dizer que fui embalada pela música dos Estudos Culturais, ao decidir fazer o Mestrado em Educação. Ou seja, os estudos que li sobre esse campo de conhecimento, especialmente, os que tratavam de campanhas de saúde pública me entusiasmaram a empreender um trabalho investigativo que os considerasse. Indico, inicialmente, que os Estudos Culturais não têm uma teorização fundante, mas que lidam com uma multiplicidade de campos aos quais podem ser articulados mesmo sem a esses vincularem-se definitivamente. Vale lembrar a esse respeito o que Maria Lúcia Castagna Wortmann (2005) destaca em um texto em que fala de articulação como uma importante estratégia a ser considerada nas investigações desenvolvidas em Educação:

Na direção em que temos pretendido articular Educação aos Estudos Culturais, temos empreendido ações em todos esses níveis⁷ articulatórios; invocamos, especialmente, as dimensões epistemológica e estratégica ao buscarmos lidar simultaneamente com esses dois campos de estudos, ou ao buscarmos transitar em temáticas e procedimentos investigativos historicamente ligados a campos como a antropologia, a sociologia, a ciência, a mídia, o cinema, a religião, a história, a filosofia, a literatura, bem como aos estudos de gênero, raça, sexualidade, entre tantos outros a que temos recorrido em nossas propostas articulatórias (p. 179).

Cabe destacar, também, que os Estudos Culturais colocam em evidência a centralidade que a cultura tem no mundo contemporâneo e valem-se dela entendendo-a como “uma rede vivida de práticas e de relações sociais que constituem a vida cotidiana” Stuart Hall (1997a). Neles a cultura também é vista como

⁶ Aqui estou entendendo como Mirian Dolores Baldo Dazzi refere em sua dissertação (2002) que [...] as práticas educativas não se exercem na ação de uma única instituição, como muitos pensam; enfim, a escola não abarca todos os “conhecimentos” possíveis e não é vista como sendo o único lugar onde é possível aprender. Outras instâncias, instituições e artefatos sociais como a mídia, [...], as bibliotecas, os museus, entre outros, também operam como pedagogias ao produzirem/veicularem informações e participarem desta forma, do processo de constituição dos indivíduos, definindo alguns modos segundo os quais eles passam a ver e a interagir com o mundo (p. 19).

⁷ Os níveis que a autora destaca a partir de Slack (1996) são: o epistemológico, o político e o estratégico.

um campo de lutas em torno da imposição de significados, os quais se instituem em diferentes momentos ou práticas do que Hall (1997a) refere ser o circuito da cultura – na construção da identidade e na delimitação da diferença, na produção e no consumo, bem como na regulação das condutas sociais.

Estudiosos contemporâneos, e cito como exemplos, Hall (1997a e b) e Giroux (1995), têm chamado nossa atenção para o caráter constitutivo exercido pela cultura, ou seja, para o papel que essa tem na produção dos nossos modos de ser e estar no mundo. A cultura é entendida, então, como já indiquei acima, como um conjunto de práticas produtoras de significações sobre as coisas do mundo e sobre nós mesmos. Assim, podemos enxergar em operação nas sociedades, movimentos sociais, campanhas de saúde, escolas, laboratórios científicos, jornais, filmes etc, ou seja, diferentes instâncias e artefatos culturais⁸ como sendo capazes de imprimir significações às coisas do mundo (objetos, conceitos, disciplinas, práticas, modos de ver, ser e viver). É nesse sentido que a cultura pode ser entendida como uma prática de produção de significados (destaco que esses são sempre móveis e contingentes) e como intimamente conectada às relações de poder em jogo nas sociedades.

Além disso, como referiu Hall (ibid), a cultura, enquanto conjunto de práticas sociais é vista como o terreno sobre o qual as análises culturais se dão (ela é o seu objeto de estudo) e como o local da crítica e da intervenção política, sendo nesse sentido que, como salientaram Nelson et al. (1995), se processa uma dupla articulação da cultura.

Quero aqui salientar, que, nesse exercício de me fazer pesquisadora, pretendo destacar que o caminho investigativo que resolvi trilhar é apenas um dos muitos caminhos possíveis a seguir. Eu o escolhi por ter nele encontrado indicações e pistas que me instigam a pensar questões que me permitem associar meu ofício de tecnóloga e o de professora de Optometria.

⁸ Para Roger Simon (1995), artefatos culturais são dispositivos produtivos ao mesmo tempo material e abstrato. Materiais quando assumem “a forma de informações, questões e/ou instruções visuais e textuais”, e abstratos “quando através da linguagem, da imagem, do gesto e da ação – tentam estruturar e governar o enquadramento daquilo que pode ser conhecido” (p. 72). “A análise de artefatos culturais pode demonstrar a natureza social e culturalmente construída da subjetividade e dos valores, de como a sociedade constrói algumas atividades como tendo valor e como sendo benéficas, enquanto desvalorizam outras” (Kellner, 1995, p. 127).

Além disso, tal caminho me conduziu a refletir acerca da importância de tentar deslocar minhas reflexões para outras direções, mesmo que eu tenha seguido nesse processo, tateando, seguindo um ‘mapa borrado’, ou seja, como indicou Martín-Barbero (1997) “um mapa que serviu para me levar a questionar as mesmas coisas a partir de um outro lado, um mapa que reconhecia a situação a partir da mediação e do sujeito” (p.287), ao me ajudar a caminhar redesenhando meus pensamentos, mostrando que é preciso mudar o lugar do qual as perguntas são formuladas. Assim, foi dessa forma, que me aventurei a ingressar em outras redes de conhecimentos.

Então, a partir das leituras desenvolvidas durante o Mestrado, comecei a prestar mais atenção nos discursos que circulam sobre a saúde visual/ocular⁹ na mídia e mesmo em textos acadêmicos, e sobre como esses vão adquirindo visibilidade ou, ainda, como alguns temas e questões são calados nos manuais, *folders*, revistas, propagandas, *internet* e televisão, bem como em outras instâncias em que se fala da visão e acerca dos cuidados que precisamos ter com ela.

Organizei meus estudos em torno dos seguintes objetivos: *Discutir as Campanhas de saúde visual/ocular, buscando verificar que representações de saúde visual tais campanhas veiculam; destacar algumas das instituições que propõem e gerenciam tais Campanhas e indicar a quem elas são endereçadas. Empenhei-me, para tanto, em indicar alguns dos discursos que são nelas veiculados, tendo em vista marcar como se representa nessas Campanhas os sujeitos possuidores de uma adequada saúde visual. Além disso, busquei indicar que práticas, proposições são destacadas em tais Campanhas e estabelecer diferenciações entre propostas de cunho mais oficial (as acionadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, por exemplo) e outras nas quais os gestores/propositores são as próprias ópticas ou os fabricantes de lentes.*

⁹ Saúde visual/ocular: refiro-me à saúde visual como o ato físico-fisiológico da visão (defeitos refrativos, problemas acomodativos, problemas sensório-motores, anomalias de convergência e divergência com todas as suas soluções através de exercícios de estimulação visual) e saúde ocular como anátomo-patológico (a parte patológica que envolve o globo ocular com seus respectivos tratamentos e procedimentos cirúrgicos administrando fármacos curativos).

Destaco, agora, algumas questões para as quais busquei atentar neste estudo e que são as seguintes: Como se tem lidado com a saúde visual no Brasil? Que instâncias têm se ocupado com a saúde visual no Brasil – Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais e ópticas? A quem são endereçadas tais Campanhas - aos usuários da saúde pública em geral? Aos escolares das redes educacionais públicas? Que representações de saúde visual são postas em destaque em tais campanhas? Que estratégias são nelas postas em ação? De que modo? Quem atua nessas Campanhas? Que aspectos costumam ser associados à configuração da saúde visual da população? Que outras iniciativas têm sido conduzidas relativamente à promoção da saúde visual/ocular no Brasil? Como as propagandas de lentes oftálmicas configuram a saúde visual? Que “peculiaridades” podem ser encontradas relativamente à saúde visual em propagandas de lentes oftálmicas?

Apresentando a configuração do estudo

Esclareço que passou especialmente a me interessar discutir tal tema, quando percebi, ao incursionar pelos escritos acerca das Campanhas de Saúde já realizadas no Brasil, que, relativamente à saúde visual, as atividades desencadeadas eram poucas e decorrentes de iniciativas muito dispersas¹⁰ e inconclusas. Assim mesmo, decidi examiná-las, tendo em vista os efeitos que presumi terem elas sobre a produção de significados acerca da saúde visual.

Cabe registrar que a estratégia de promoverem-se campanhas de conscientização dos sujeitos tem se constituído historicamente no Brasil em um dos modos mais usuais de lidar-se com questões de saúde pública - Campanhas de vacinação, Campanhas de prevenção do HIV/AIDS, Campanhas de prevenção da gravidez juvenil, Campanhas de controle da natalidade, entre muitas outras têm sido levadas a efeito com bastante freqüência pelas instituições que gerenciam a saúde pública no Brasil. Pode-se pensar que tal estratégia volta-se à intenção de preparar melhor os sujeitos em relação aos cuidados que precisam tomar em relação à sua

¹⁰ Aliás, penso que muitas são as carências que mereceriam ser apontadas no que se refere à busca da saúde visual, que implicaria, por exemplo, em um atendimento visual mais sistemático do que vem sendo prestado à população brasileira. Mas esse é um aspecto que diz respeito a estudos de uma outra natureza.

saúde. Na perspectiva analítica que assumi, procurei também mostrar como tais Campanhas atuam em processos de subjetivação, entendendo-se que a subjetivação se dá, como destacou Oliveira (2003), apoiado em Deleuze, no território social, não se limitando ao sujeito, mas aos acontecimentos que envolvem ou não os sujeitos, de forma singular e múltipla.

Um outro aspecto que muito me intrigou relativamente às Campanhas diz respeito à suspensão da *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*, realizada pelo Ministério da Saúde nos anos de 2002 e 2003, conforme foi publicado no *site* do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) em 2002, pois essa era a única campanha de âmbito nacional voltada à promoção da saúde visual/ocular dos escolares brasileiros. Destaco, no entanto, que ao fazer tal consideração, não estou simplesmente aderindo a esse “modelo” de ação, nem tampouco fazendo a sua apologia, mas sim buscando indicar algumas das instâncias e modos de ação utilizados para lidar com a saúde visual no Brasil. Ao mesmo tempo cumpre indicar que alguns alertas, na direção de destacar a importância e a necessidade de cuidado com a saúde visual, têm também sido veiculados, especialmente nos últimos 10 anos, em propagandas de estabelecimentos ópticos (casa de ópticas)¹¹ pelo Brasil, sendo essa uma outra direção para a qual busquei atentar em minhas análises. Ou seja, procurei, também, examinar, mesmo que não centralmente, folhetos, propagandas, anúncios de revista e de jornais que tratassem de questões referentes à visão para discutir como neles se fala da saúde visual e dos procedimentos que precisam ser adotados para preservá-la, contrastando as propostas contidas em tais materiais com os textos que integram a *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*. Então, em meu estudo, examino e coloco em articulação materiais produzidos por órgãos do governo e propagandas de lentes nas ópticas para indicar alguns dos modos como se têm configurado a saúde visual e os cuidados que se deve ter na direção de alcançá-la, em discursos oficiais e na mídia.

Meus objetos de estudo são os manuais (textos e vídeo) da *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho* e, também, os

¹¹ Projeto “Ver Melhor” das Óticas Pupila Ltda em Bento Gonçalves/RS e Óticas Belver em Porto Alegre/RS.

documentos que garimpei na/da mídia escrita, internet, TV, que examinei, tendo como foco o modo como esses falam da saúde visual. Entre esses estão alguns materiais colhidos (ou recolhidos) da internet, de *folders* produzidos para as ópticas, dentre outros, onde desenvolvi as análises as quais me propus.

Conduzi um tipo de análise textual, focalizando os discursos, sob a inspiração de autores associados às vertentes pós-estruturalistas e, especialmente, de alguns que consideram o pensamento de Michel Foucault (1996, 1997, 1998, 1999, 2002) como Alfredo Veiga-Neto (2000, 2002, 2003, 2004) e Jorge Larrosa (1994, 2004). Nessa mesma direção, vali-me, também, de textos de Stuart Hall (1992, 1997a, 1997b, 1998, 2000), Maria Lúcia C. Wortmann (2002, 2004), Rosa M. Fischer (1995, 2000, 2001), Luís H. Sacchi dos Santos (2002), Iolanda M. dos Santos (2004), Mirian D. B. Dazzi (2002) para construir esta dissertação.

Ocupei-me com os discursos presentes nos diferentes tipos de textos que instituem e que são produzidos em tais Campanhas, destacando situações e estratégias estabelecidas em relação à saúde visual no sentido da instituição dos cuidados e da prevenção como formas de lidar adequadamente com a saúde neste campo.

No Capítulo 1, denominado “Considerações Introdutórias sobre os Estudos Culturais”, indico como as lentes dos Estudos Culturais me auxiliaram a questionar o modo como são apresentadas e representadas as campanhas de saúde visual/ocular nas escolas e na mídia. Além disso, faço algumas considerações sobre a dimensão do campo educativo sob a inspiração dos Estudos Culturais.

No Capítulo 2, intitulado “Notas sobre a educação, promoção e a prevenção em saúde visual/ocular”, discuto como a saúde visual/ocular foi-se instituindo como um campo de saber. Neste capítulo, apresento, ainda, algumas propostas de Promoção da saúde visual/ocular.

No Capítulo 3, intitulado “Caminho metodológico: Mapeando o estudo” apresento a minha busca do material a ser pesquisado e a preocupação com o formato da apresentação do mesmo. Na abordagem de – Tentando lidar com uma

“nova” perspectiva analítica -, fica presente o trajeto percorrido para selecionar o material que serviu de base para este estudo, enquanto que em – O endereçamento das Campanhas e as propagandas de lentes – apresento quem considero o público-alvo das propagandas do caso em questão.

No Capítulo 4, intitulado “Uma breve incursão às políticas de saúde pública no Brasil”, destaco o surgimento das campanhas de saúde já desenvolvidas no Brasil, incursionando por aspectos históricos que me pareceram ser relevantes. Este capítulo é composto por três seções. Na primeira seção, denominada “Algumas campanhas de saúde pública brasileira”, abordo documentos que norteiam o chamado conceito moderno de promoção da saúde divulgados aqui e outros de âmbito internacional, bem como alguns tipos de iniciativas não governamentais. Na segunda seção, denominada “Algumas campanhas e trabalhos referentes à saúde visual/ocular brasileira” apresento uma pequena parcela das ações desenvolvidas no Brasil no que se refere à saúde ocular e aos programas governamentais. Já na terceira seção “A Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho” e suas edições, faço uma breve apresentação da mesma, que mais abrangente, ocorreu em nível nacional.

No Capítulo 5, “Desdobrando as Campanhas Nacionais de saúde visual/ocular” apresento algumas Campanhas de saúde visual/ocular realizadas no Brasil e retomo a apresentação da Campanha Olho no Olho. “Examinando os materiais que integram a Campanha Olho no Olho: As cartas de apresentação, os manuais endereçados aos professores aplicadores, a fita de vídeo e as histórias para as crianças” – analiso os materiais da Campanha selecionados para esta dissertação; em “A propaganda das lentes *Transitions* atuando na instituição da saúde visual?” Faço uma breve análise da propaganda que foi veiculada na TV no ano de 2005; e na seção “As representações de saúde visual nos *folders* de lentes oftálmicas” – indico que sempre há uma dimensão educativa em todos esses artefatos culturais, postos em circulação em muitas sociedades.

Para finalizar esta Dissertação faço *algumas* Considerações Finais, onde aponto as questões que considerei importantes nos discursos referentes nas

Campanhas e/ou na mídia, na direção do disciplinamento e na regulação das ações dos sujeitos *opticamente saudáveis*.

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE OS ESTUDOS CULTURAIS

Talvez o medo de escrever sobre o que venho observando e questionando nesses últimos oito anos em meu campo de atividade, tendo atuado como *tecnóloga em optometria*, seja um dos motivos que me levou a buscar, neste Mestrado em Educação, aportes para repensar sobre meu papel de professora de Optometria.

Percebo que os estudos que conduzi, permitiram-me examinar com novas lentes algumas das questões suscitadas pela forte rejeição corporativa que, muitas vezes, ocorre relativamente ao campo da Optometria. Além disso, outros aspectos relacionados ao tema saúde visual, que há tanto tempo faz parte de meus interesses acadêmicos – foram também identificados. Percebi, por exemplo, as possibilidades de ampliar as articulações desse campo com outros campos e saberes – a educação e a comunicação, por exemplo -, atentando para aspectos que, talvez de outra forma, eu nem cogitasse, até porque disciplinas que focalizem discussões de natureza política ou discutam o modo como se dão as relações sociais e culturais não são usualmente oferecidas nos cursos de graduação. Com as lentes dos Estudos Culturais, comecei a me perguntar, por exemplo, como estão sendo apresentadas e representadas as Campanhas institucionais de saúde visual/ocular, nas escolas e na mídia, uma das dimensões para a qual ainda não tinha atentado, imersa que estava nas discussões voltadas à defesa de meu campo de atuação, constantemente ameaçado pelos embates travados com associações de classe de médicos oftalmologistas.

Especialmente a partir da leitura das dissertações de mestrado “Cuidar e curar para governar – as campanhas de saúde na escola”; “Prevenir é sempre melhor – Representações HIV/AIDS nos vídeos do Ministério da Saúde” e da tese de doutorado em educação: “Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)”, defendidas, respectivamente por Iolanda Montano dos Santos (2004), Luís Henrique Sacchi dos Santos (2002) e Mirian Dolores Baldo Dazzi (2002), das quais busquei aproximar essa pesquisa, empenhei-me em discutir as campanhas de promoção de saúde

visual, que sempre me pareceram ser quase inexistentes e pouco valorizadas nos planos direcionados à saúde pública brasileira. Assim, reuni nessa dissertação antigos interesses de estudo em saúde visual a uma prática que sempre me pareceu ser assumida com pouca freqüência nesse campo da saúde – as campanhas de promoção/prevenção. Além disso, articulei a esta investigação os estudos da mídia, campo que também passou a me interessar em função da centralidade que vem sendo atribuída a essa instância em alguns projetos vinculados aos Estudos Culturais, os quais discutem a produção de artefatos culturais e destacam a importância da mídia na produção de significados na cultura contemporânea.

Indico, apenas brevemente, que os Estudos Culturais nasceram ligados à Escola de Birmingham (Centro de Estudos Culturais Contemporâneos – CCCS), na Inglaterra, instituída oficialmente em 1964, por Richard Hoggart.

Segundo Escosteguy (2001), a partir de então “[...] as relações entre a cultura contemporânea e a sociedade, isto é, suas formas culturais, instituições e práticas culturais, assim como suas relações com a sociedade e as mudanças sociais, vão compor o eixo principal de observação do CCCS” (p. 152).

Hoggart, Williams e Thompson formam a tríade usualmente apontada como importante para a instituição dos Estudos Culturais, nos anos de 1960, mesmo que autores como Cevalco (2003) e o próprio Hall (1997b) indiquem ser necessário considerar a existência de um movimento de valorização da cultura que estava em curso à época da emergência do já referido Centro na Inglaterra. Cunhou-se, nesta época, um novo conceito de cultura e, cabe destacar, que foi a partir dos estudos de Williams, mais especificamente, que a cultura passou a ser entendida segundo Escosteguy (2001) como “uma rede vivida de práticas e relações que constituíam a vida cotidiana, dentro da qual o papel do indivíduo estava em primeiro plano” (p. 153).

Ainda nos anos 1980, o Centro de Birmingham promoveu a abertura de estudos sobre as culturas populares e os meios de comunicação de massa, vindo posteriormente a abordar também problemáticas relacionadas às identidades étnicas e sexuais, mas sempre envolvendo perspectivas teóricas e temáticas heterogêneas

e diversas. De meados dos anos 1980 para cá, deu-se a internacionalização dos Estudos Culturais, que hoje tem representatividade nos Estados Unidos, Austrália, Canadá, África do Sul, Índia, Brasil, entre outros países.

Além disso, cabe ainda indicar que os E.C., ao espalharem-se por essas várias partes do mundo, articularam-se diferenciadamente a tendências filosóficas e a opções econômicas e políticas e que, também, em função disso, esse pode ser configurado como um campo não homogêneo, mas integrado por diferentes direções de estudos que atuam, segundo Nelson (1995) “na tensão entre suas tendências para abranger tanto uma concepção ampla, antropológica, de cultura, quanto uma concepção estreitamente humanística de cultura” (p. 13).

As múltiplas estratégias de definição dos E.C. falam da amplitude e da fertilidade deste campo de estudo, como nos mostra Costa (2000):

Saberes nômades, que migram de uma disciplina para outra, de uma cultura para outra, que percorrem países, grupos, práticas, tradições e que não são capturados pelas cartografias consagradas que têm ordenado a produção do pensamento - eis uma descrição que parece provisoriamente adequada para me referir ao *ethos* contigente do que tem sido denominado de Estudos Culturais, ou Cultural *Studies*, em sua versão contemporânea (p.13).

Costa (2000) destaca que estes estudos rompem com o binarismo entre “alta” e “baixa” cultura, introduzindo o fim de elitismos e distinções entre os diferentes tipos de culturas. Cabe salientar que a concepção de cultura que passou a ser destacada nos E.C. não compartilha da antiga (e muito aceita compreensão) de que ela é sempre e necessariamente o produto de uma civilização mais desenvolvida ou o produto de um patrimônio artístico e literário acumulado pela humanidade. Assim, a cultura seria, então, um *locus* onde se estabelecem divisões que implicam desigualdades e onde acontecem embates políticos: o espaço privilegiado em que ocorre a luta pela significação. Além disso, a cultura passou também a ser entendida como entrelaçada às práticas cotidianas e aos discursos que circulam e produzem significados, representações e identidades. Ou seja, nos Estudos Culturais, a cultura é vista como uma rede vivida de práticas e de relações sociais que constituem a vida

no seu dia-a-dia “a cultura permeia toda a sociedade”, destacou Hall (1997a, p. 4) e é, olhada como um espaço de negociação, de conflito, de inovação e de resistência nas relações sociais fragmentadas por classes de gênero, raça e etnia. Além de ser, como já referi, um campo de lutas em torno da imposição de significados, os quais se instituem nos diferentes momentos ou práticas do que Hall (1997a) refere ser o “circuito da cultura – na construção da identidade e na delimitação da diferença, na produção e no consumo, bem como na regulação das condutas sociais” (p.4).

A partir dessa perspectiva e das contribuições de autores, como o já citado Hall (1997a e b) e também de Kellner (2001), se pode afirmar que os meios de comunicação, a publicidade, o teatro, as campanhas de saúde, a música popular, o cinema, dentre outros, colocam em circulação significados a partir dos quais instituem-se modos de ser, além desses se constituírem mutuamente, construindo, reconstruindo e compartilhando significados em uma sociedade em que a cultura ocupa uma posição de centralidade. E é em função dessa centralidade que Hall (1997a) sublinha o modo como a cultura atua em processos de formação e mudança sociais “sua penetração na vida cotidiana e seu papel constitutivo e localizado na formação de identidades e subjetividades” (p.44).

Buscando, ainda, indicar o modo como o conceito de cultura é assumido nos E.C., recorro novamente a Hall (1997a), que assim a define:

“cultura” é um dos conceitos mais difíceis das ciências sociais e humanas e há diversas maneiras de defini-la. Nas definições mais tradicionais do termo, diz-se que a cultura incorpora o “melhor que já se pensou e disse” em uma sociedade. É a soma das grandes idéias, representadas nos clássicos da literatura, pintura, música e filosofia - a “alta cultura” de uma época. Pertencente ao mesmo sistema de coordenadas, mas mais “moderno” em suas associações, é a utilização da “cultura” para se referir às formas amplamente distribuídas de música popular, publicidade, arte, *design* e literatura, ou as atividades de lazer e entretenimento, que compõem o dia-a-dia da maioria das “pessoas comuns” - o que é denominado “cultura de massa” ou “cultura popular” de uma época. Alta cultura versus cultura popular, por muitos anos, a forma clássica de enquadrar o debate sobre a cultura - os termos transmitindo uma carga poderosamente avaliativa (aproximadamente, alto = bom; popular = adulterado) (p. 2).

Tentando especificar melhor, ao assumirem as chamadas “virada lingüística” e a “virada cultural”, os E.C. passaram a considerar que os textos midiáticos, as

escolas, os desenhos animados, as revistas em quadrinhos e outros artefatos culturais exercem um papel constituidor dos sujeitos e de suas representações de mundo, ou seja, passou-se a considerar que esses textos não atuam, apenas, na comunicação ou na transmissão de informações, mas têm papel ativo na produção de identidades e saberes. No caso desse estudo, considero que é a *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*, bem como as propagandas de lentes e *folders* das ópticas que examinei exercem tal papel.

Retomo, então, a idéia anteriormente esboçada, para destacar que foi a partir da já referida virada lingüística, que a linguagem passou a ser entendida não apenas como um sistema de signos que serviria para tornar dizível o que existe no mundo, seus significados, mas também como envolvendo, segundo Foucault (1996), "práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam" (p.56); ou seja, tais práticas atribuem sentidos ao mundo, instituem, inventam e criam saberes.

Como destacou Hall (1997), o

[...] interesse na linguagem como termo geral para as práticas de representação, sendo dada à linguagem uma posição privilegiada na construção e circulação do significado [...], pois a cultura não é nada mais do que a soma de diferentes sistemas de classificação e diferentes formações discursivas ao qual a língua recorre a fim de dar significado às coisas (p.28-29).

Hall (1997a) comenta que a "virada cultural" amplia o entendimento acerca da linguagem para a vida social como um todo ao destacar a centralidade que a cultura tem na contemporaneidade e o papel constitutivo que ela exerce em todos os aspectos da vida social. Assim, como destaca esse autor, a expressão *centralidade da cultura* é, então, usada para indicar "a forma como a cultura penetra em cada recanto da vida social contemporânea, fazendo proliferar ambientes secundários, mediando tudo" (p. 22). Como Hall (1997 b) também destaca, nós, seres humanos, usamos sistemas ou códigos de significados para interpretar, organizar e regular nossa conduta. E, desse modo, atribuímos significados às nossas próprias ações, bem como às ações dos outros: as práticas sociais comunicam significados e constituem-se como práticas de significação.

Cabe, ainda, esclarecer que essa atenção especial dada à cultura pelos E.C. possibilita um novo olhar sobre o papel desempenhado pela propaganda/publicidade e sobre o modo como essa interfere nas escolas, nos centros comunitários entre outras tantas instituições culturais contemporâneas.

Saliento, ainda, que muitas análises no campo dos Estudos Culturais ocupam-se não apenas com a produção de significados, mas, também, com o questionamento das relações de poder e com o modo como em algumas dessas relações inferioriza-se, discrimina-se e marginaliza-se determinadas culturas em favor de outras. Um dos trabalhos analíticos a serem empreendidos nos E.C. envolveria, então, deter-se no exame dos processos em que tais relações são produzidas e isso demanda um contínuo reposicionamento de suas inspirações teóricas e práticas de análise.

Como destacaram Wortmann e Veiga-Neto (2001):

Os Estudos Culturais estão sempre “em movimento”, estão sempre mudando, são sempre instáveis, à medida que mudam as situações e arranjos sociais, políticos, econômicos. [...] os E.C. nos fornecem ferramentas poderosas tanto para compreender o que se passa no mundo contemporâneo, quanto para tentar articular alternativas viáveis que nos livrem dos impasses a que chegou a Modernidade (p. 34).

Novamente recorro a Hall (1997b), um dos, ainda, importantes estudiosos do campo dos E.C. na atualidade, para indicar que a preocupação com a mídia e com os significados que ela tem produzido e divulgado, bem como com as formas como os diferentes grupos culturais e sociais são nela representados, corresponde a uma das mais importantes marcas dos Estudos Culturais contemporâneos. Tal como Kellner (2001), esse autor destaca que a mídia ocupa uma posição dominante no que diz respeito à maneira pelas quais as relações sociais e os problemas de diferentes ordens, inclusive os políticos, são definidos, bem como pelas quais os diferentes grupos culturais são representados e também instituídos.

Cabe ainda salientar que os estudos realizados sob inspiração dos E.C. têm tratado do impacto que a mídia e as novas tecnologias exercem na vida das pessoas

e, também, de questões relativas ao seu papel na produção de significados e na representação dos diferentes grupos culturais, como já indiquei anteriormente, valendo-me de considerações feitas por Giroux (1995).

Assim, então, como salientou Kellner (2001):

A cultura da mídia, assim como os discursos políticos, ajuda a estabelecer a hegemonia de determinados grupos e projetos políticos. Produz representações que tentam induzir anuência a certas posições políticas, levando os membros da sociedade a ver em certas ideologias o modo como as coisas são [...] (p.81).

Busquei, nessa dissertação, ocupar-me com algumas dessas práticas e destacá-las, colocando em articulação textos que falam de saúde visual na *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*, na Academia e na propaganda, procurando ver que representações de saúde visual são colocadas em destaque.

Indico, que me vali do modo como Hall (1997b) define a representação para proceder minhas análises. Ou seja, do modo construcionista de lidar com a representação, que a define como uma das práticas centrais na produção da cultura e da linguagem. Enfim, esse autor Hall (1997b) vê a representação como um processo que liga o significado e a linguagem à cultura.

Como refere Hall (1997b):

Esta definição já carrega a importante premissa de que as coisas - objetos, pessoas, eventos do mundo - não têm em si qualquer significado estabelecido, final ou verdadeiro. Somos nós - na sociedade, nas culturas humanas - que fazemos as coisas significarem, que significamos. Os significados, conseqüentemente, mudam sempre de uma cultura ou época para outra. [...] as culturas diferem, às vezes radicalmente, umas das outras quanto a seus códigos - a forma como esculpem, classificam e atribuem significados ao mundo (p.61).

Cabe destacar, ainda, e mais uma vez, que é através da linguagem que os significados são produzidos e que, assim, então, o acesso comum à linguagem

permite o ingresso a uma cultura. Os participantes de uma mesma cultura compreendem o mundo através da linguagem, que opera como um sistema representacional, valendo-se de símbolos e signos.

Como enfatizou Hall (1997b):

Na linguagem, utilizamos sinais e símbolos – podendo ser sons, palavras escritas, imagens produzidas eletronicamente, notas musicais, até objetos – que significam ou representam para outras pessoas nossos conceitos, idéias e sentimentos. A linguagem é um dos “meios” através dos quais pensamentos, idéias e sentimentos são representados em uma cultura (p. 1).

Destaco, então, que a linguagem constrói significados e possibilita que os sujeitos tenham uma cultura de entendimentos comuns e que interpretem o mundo de maneira mais ou menos parecida. Enfim, para que os sujeitos possam comunicar-se, é indispensável que partilhem os mesmos *códigos culturais*. Como também destaca Hall (ibid), as linguagens¹² funcionam através da representação e esta é vista como uma prática, ou seja, como um exercício de significação.

Por meio da representação são produzidos significados podendo-se dizer, então, que o “*significado é construído pelos sistemas de representação*”¹³ (HALL, 1997a, p. 21). Para este mesmo autor (ibid): “O principal é que o significado não é inerente às coisas no mundo. Ele é construído, produzido. É o resultado de uma prática de significação – uma prática que produz significados, que faz as coisas significarem” (p. 24).

Conforme Silveira (2001) nos coloca, na linguagem são negociadas, produzidas e reproduzidas relações de dominação e exclusão que, em certo sentido, podem mudar o que é visto como sendo a realidade. Além disso, nos textos estão presentes não apenas as opiniões de tal ou qual autor; neles estão também

¹² O autor destaca que está se referindo não, apenas, às palavras faladas, mas, também, às imagens visuais, as virtuais, as digitais, as expressões faciais e até mesmo a música são modos de expressar significados.

¹³ Grifo do autor.

presentes posições enunciadas por muitos outros, bem como posições que representam interesses corporativos, econômicos e de outras ordens.

Mas, cabe ainda salientar, que os significados podem mudar de época em época ou de uma cultura para outra e que os discursos e as práticas discursivas são cambiáveis nesse processo de produção de significados, que constantemente se institui nas diferentes sociedades.

Como disse Foucault (1996), em *Arqueologia do Saber*:

as práticas discursivas se referem a [...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa (p.136).

A análise discursiva nos possibilita conhecer as regras que estão funcionando numa determinada formação discursiva e como integram o processo constitutivo das subjetividades. A análise do discurso auxilia-nos a conhecer e mudar o jogo de tais regras; os discursos não se organizam como tratados, mas sim em fragmentos, aforismos, máximas, ensaios Veiga-Neto (1996). Como disse Foucault (2005), "os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram ou se excluem" (p.52).

Fairclough (2001) aponta-nos as peculiaridades que os discursos podem passar a assumir ao serem usados em diferentes tipos de situações sociais. Teríamos, assim, "o discurso jornalístico, o discurso publicitário, o discurso de sala de aula, discurso médico etc" (p. 21).

Considerando o discurso como uma prática social, e que o uso que se faz da linguagem não decorre de uma ação individual, mas configura-se em muitas variáveis situacionais, Fairclough (2001), "distingue os efeitos construtivos do discurso em três dimensões: uma delas envolve a construção das identidades-sociais; outra tem efeitos no posicionamento dos sujeitos sociais; e, a terceira, atua na construção dos sistemas de conhecimentos e crenças" (p. 90-91).

Cabe salientar que também Fairclough (2001) assume a compreensão de que a mudança discursiva implica em uma mudança social e cultural. Para esse autor (ibid), o discurso se constitui como prática social, prática discursiva e textual, realizando-se através das relações sociais, no sentido de reproduzir e transformar o processo de interação, sem ser determinado pelas mesmas relações sociais e pelo contexto no qual é gerado. Ou seja, dependendo de como o indivíduo se vale das convenções discursivas, ele contribui para a reprodução ou a transformação das relações e estruturas sociais que o conformam.

Feitas essas considerações acerca de como estou me valendo da noção de discurso para empreender minhas análises nessa Dissertação, destaco que busquei colocar em evidência o modo *como a Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho* configura os sujeitos *opicamente saudáveis*, estabelecendo verdades, a partir dos discursos que elege e coloca em destaque.

Como também incluo nesse estudo algumas análises de propaganda, detenho-me, agora, um pouco mais em considerações feitas especialmente por Kellner (2001) relativamente à cultura da mídia. Na cultura da mídia, que o autor (Ibid) destaca ser a cultura típica das sociedades ocidentais contemporâneas, combinam-se, com freqüência, o verbal e o visual, bem como proposições políticas e mercadológicas.

Para Kellner (ibid), tal como para Giroux (1995), autores que assumem uma perspectiva crítica nos E.C., é preciso que apreendamos a “ler” a mídia criticamente. Kellner (1995) compreende que “ler imagens criticamente implica aprender a apreciar, decodificar e interpretar imagens, analisando tanto a forma como elas são construídas e operam em nossas vidas, quanto o conteúdo que elas comunicam em situações concretas” (p. 109). Ou seja, também esse autor considera que as representações atuam na produção de significados, sendo fundamentais para a construção das verdades e das formas culturais que passam a definir o que pode ser aceito ou não como correto na sociedade.

Em um contexto político-econômico em que se ampliam as desigualdades; num tempo em que o discurso educacional e as políticas curriculares anunciam as

diversidades culturais e proclamam a convivência “pacífica” entre os diferentes grupos; num tempo em que a mídia ocupa espaços de “educadora”, antes ocupados, especialmente, pela escola e pela família, torna-se de grande importância incorporar à área da Educação as contribuições dos Estudos Culturais que incluem tal tipo de ações analíticas.

Enfim, é em função de todas essas considerações que julgo ser oportuno atentar mais detidamente para o modo como determinados textos operam na produção de representações sobre questões e sujeitos envolvidos com a saúde visual e seus usuários. Decorre disso, a tentativa que fiz de proceder ao cruzamento de alguns desses textos – ou seja, os textos que falavam de tal tema em propagandas veiculadas por jornais e revistas de divulgação como os que integram as Campanhas oficiais promovidas pelos poderes públicos brasileiros. Ou seja, atentei para os discursos que circulam sobre a promoção da saúde visual nos textos oficiais e, ainda, em propagandas de lentes oftálmicas, bem como para o modo como nelas são instituídas representações acerca do que é ser “ópticamente saudável”.

Ampliando a dimensão do campo educativo sob a inspiração dos E. C.

Nesse ponto, cabe, ainda, colocar em destaque intenções assumidas em muitas pesquisas realizadas no campo educacional sob inspiração dos Estudos Culturais. Essas indicam a importância de buscar-se o educativo para além das ações eminentemente escolares. Dessa forma, tais estudos ampliam as noções de pedagogia e de currículo ao incorporarem a análise dos mais diferentes artefatos culturais, atribuindo-lhes efeitos produtivos sobre os sujeitos e suas compreensões, direção investigativa que tem também possibilitado a construção de novas relações entre a escola e a mídia, na qual busco inserir este meu estudo.

Nessa perspectiva, têm sido pesquisados artefatos culturais que passam a ser vistos como exercendo funções pedagógicas, mesmo que esses sejam considerados externos ao processo de escolarização regular, os quais têm sido apontados, cada vez com mais frequência, como extremamente relevantes na vida cotidiana. Tais pesquisas têm analisado desenhos animados, filmes endereçados a

públicos globais e específicos, programas televisivos e de rádio, livros populares, tablóides, entre outros, para colocar em evidência significados que neles podem ser lidos, bem como algumas formas freqüentes de representar grupos sociais e estratégias usadas para interpelar os diferentes públicos. Os três trabalhos que referi na Introdução desse estudo Santos (2004), Santos (2002) e Dazzi, (2002), e que tiveram grande importância na definição de meu estudo, consideram tal perspectiva e destacam, por exemplo, os efeitos pedagógicos das *Campanhas Governamentais*, bem como as ações de governo dos sujeitos e das práticas em saúde por elas postas em ação. E é nessa direção que estarei considerando tanto a *Campanha Olho no Olho*¹⁴, quanto as propagandas de lentes nas casas ópticas.

Destaca-se nos estudos inspirados por tal abordagem que qualquer artefato cultural midiático, televisão, propagandas, filmes, documentários, novelas etc., ou não, atua nos processos de construção de idéias, valores e condutas como práticas produtoras de efeitos de verdade e dos sujeitos de uma maneira geral.

Fischer (2000) indica que a mídia, por sua presença maciça em nossa vida, é mais que um veículo de exposição de modos de vida; ela funciona como um lugar decisivo no processo de construção de identidades. A autora também salienta que os discursos sobre os modos de ser e estar no mundo se produzem e reproduzem “[...] nos diferentes campos de saber e práticas sociais, mas passam a existir ‘realmente’ desde o momento em que acontecem no espaço dos meios de comunicação” (p.111).

Enfim, o que quero destacar é que na perspectiva dos E.C., entende-se que a educação acontece em uma multiplicidade de lugares e situações. Além disso, que a pedagogia não deve ser entendida como uma simples aplicação de técnicas ou domínio de habilidades, tal como as perspectivas mais tradicionais de educação postulam, mas como uma prática cultural. Como destaca Giroux (1995): “[...] (a pedagogia) deve ser responsabilizada ética e politicamente pelas estórias que produz, pelas asserções que faz sobre as memórias sociais e pelas imagens do futuro que considera legítima” (p. 100).

¹⁴ A *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho* também será referenciada nesta Dissertação por *Campanha Olho no Olho*.

Segundo esta perspectiva Giroux e MacLaren (1995) colocam que “existe pedagogia em qualquer lugar em que o conhecimento é produzido, em qualquer lugar em que exista a possibilidade de traduzir a experiência e construir verdades, mesmo que essas verdades pareçam irremediavelmente redundantes, superficiais e próximas ao lugar-comum” (p.144). Para falar delas, cabe ainda indicar, que esses autores têm-se valido da expressão “pedagogia cultural”, que localiza a educação e o ato mesmo de ensinar em um leque bastante amplo de áreas do social que incluem a escola, mas não se limitam a ela. Assumindo essa mesma representação, Steinberg (1997) coloca, concordando com Hall (1997a), que ao mesmo tempo em que a cultura faz as pessoas, a própria cultura é produto de significados produzidos por pessoas e grupos nela inscritos.

Aqui cabe salientar, que esse caráter pedagógico da mídia tem sido explicitado por pesquisadoras interessadas na formação dos sujeitos sociais como Fischer (2001), que busca caracterizar o “dispositivo pedagógico da mídia” a partir de uma série de categorias agrupadas em dois conjuntos: tecnologias do eu (formas como se produz a reflexão sobre si mesmo, em especial sobre o corpo e sobre os modos de ser) e estratégias de linguagem televisiva (relativo a um tipo de sintaxe da mídia que se harmoniza com suas práticas de subjetivação). Para a autora (ibid), considerar os diferentes recursos de linguagem utilizados nas produções midiáticas possibilitaria “[...] ultrapassar aquelas análises muitas vezes meramente ideológicas, pelas quais nos aventuramos a buscar ‘o que está por trás’ das enunciações, como se estas escondessem certos enunciados, ao invés justamente de evidenciá-los” (p.16).

Então, como enfatiza Steinberg (1997) são vistos como espaços pedagógicos todos aqueles lugares onde o saber/poder é organizado e difundido – e isso inclui, além da escola, as bibliotecas, os brinquedos, os programas televisivos, os *videogames*, os anúncios publicitários etc. Como Steinberg (ibid) também destaca muitas dessas instâncias pedagógicas aliam-se a grandes corporações, como a Disney, por exemplo, que estariam produzindo, na contemporaneidade, o que a autora chama de um currículo cultural para as crianças, o qual estaria bem mais a serviço dos interesses comerciais que agem em favor da vantagem individual do que do bem social. A chamada cultura da mídia ocuparia um papel central nessa direção.

Cabe ainda registrar que a respeito do uso dessa expressão “cultura da mídia” Kellner (2001) afirma que, usá-la:

[...] também tem a vantagem de dizer que a nossa é uma cultura da mídia, que a mídia colonizou a cultura, que ela constitui o principal veículo de distribuição e disseminação da cultura, que os meios de comunicação de massa suplantaram os modos anteriores de cultura como o livro ou a palavra falada, que vivemos num mundo no qual a mídia domina o lazer e a cultura. Ela é, portanto, a forma dominante e o lugar da cultura nas sociedades contemporâneas (p. 84).

Ou seja, a imagem de que no mundo atual a educação se dá em muitos espaços além da escola é recorrente no campo dos Estudos Culturais contemporâneos. Portanto, justificam-se, mais uma vez, a partir dessas minhas últimas considerações as opções analíticas que fiz e nas quais busquei considerar (e cruzar) significados postos em circulação em instâncias oficiais – os enunciados nas Campanhas – e os que compõem anúncios publicitários. Ao finalizar essa seção, cumpre ainda indicar que recorrer a uma tal estratégia pode auxiliar-me a ampliar os sistemas representacionais para os quais vinha atentando até a realização dessa dissertação.

CAPÍTULO 2

NOTAS SOBRE A EDUCAÇÃO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE VISUAL

Para ampliar minha compreensão sobre as Campanhas de Saúde examinei as orientações dadas pelos documentos oficiais ou textos referentes à *Educação, Promoção e Prevenção em Saúde Visual*, buscando ver como estes aportes são articulados a ações escolares.

Em uma perspectiva crítica, toma-se a educação como geradora de transformações sociais. Nessa perspectiva, ao refletir sobre a saúde em sala de aula, o professor estaria contribuindo para uma possível prática de conscientização dos alunos para uma vida salutar pessoal e de sua comunidade. Ainda sob tal perspectiva, toda discussão e reflexão envolvendo saúde e escola se tornaria importante para a área da saúde e para o desenvolvimento do exercício da cidadania. Aproximando-se dessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os ambientes educacionais importantes para a realização de aprendizagens em saúde porque:

As escolas podem permitir às crianças e adolescentes adquirir os conhecimentos, atitudes, valores e aptidões que necessitam para estar sãos e evitar graves problemas de saúde. A promoção de estilos de vida saudáveis pode contribuir para a saúde dos adolescentes e crianças agora e em sua vida adulta, isto lhes permite contribuir para a sua comunidade e nação agora e no futuro (BRASIL, MS, 2002, p. 26).

Apesar de a escola ser vista como um centro formador, onde se encontraria um processo de ajuste, invocado pelas novas estruturas e ordem social, resultante das tecnologias de poder, ela tem-se tornado cada vez mais um elo de ligação do governo com a população. Assim, pode-se, entender que há, na escola, segundo Gastaldo (1997), um exercício do biopoder¹⁵, onde regras de comportamento e disciplinas têm como objetivo promover uma boa saúde.

¹⁵ Biopoder “é o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo uma espécie de estatização do biológico”

Passo, agora, a discutir nas seções que seguem, alguns excertos dos textos, cartas e documentos oficiais que selecionei para comporem este capítulo.

A Educação em Saúde

A Educação em saúde, segundo o entendimento de Green e Kreuter (1991), resulta de combinações de experiências de aprendizagem planejadas para facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. O termo "combinação" enfatiza a importância de aplicar-se aos múltiplos determinantes do comportamento uma variedade de experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. Nesse sentido, para esses autores (ibid), o planejamento distingue a educação em saúde de experiências acidentais de aprendizagem em saúde, bem como inclui uma prática social que preconiza não só a mudança de hábitos, práticas e atitudes, bem como a transmissão e apreensão de conhecimentos e, principalmente, a mudança gradual na forma de pensar, sentir e agir sobre a própria saúde.

Para Candeias (1997), autor que discute as relações entre Educação em Saúde e Promoção da Saúde,

a educação em saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente, porém não exclusivamente, por meio da legislação (p.3).

Mas, como destacou Buss (2000a), a Educação em Saúde não é diferente da Promoção da Saúde¹⁶; pelo contrário, ela se insere na promoção, na medida em que o desenvolvimento de habilidades pessoais é um campo de ação da promoção da saúde e para tanto "é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação

(FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 285-286). O biopoder se caracteriza por uma nova aposta das políticas e das estratégias econômicas na vida e, sobretudo, no viver.

¹⁶ Gostaria de destacar que resolvi tratar a Educação em Saúde e a Promoção em Saúde em duas subseções para dar melhor destaque as questões envolvidas com tais ações.

para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos" (p. 171).

Conforme Candeias (1997), as Ações de Educação em Saúde transformam conhecimentos, atitudes e condutas existentes, visando a promoção e a preservação da saúde, entendendo-se por prevenção uma pré-intervenção, ou seja, uma intervenção a ser efetivada antes que determinado fenômeno ocorra. De acordo com Vaughan e Morrow (2002) essas intervenções são:

[...] medidas que visam promover e manter a saúde, através de intervenções como a melhoria do estado nutricional, imunizações, abastecimento adequado de água potável e destino adequado dos dejetos (prevenção primária). A prevenção secundária compreende medidas destinadas a detectar precocemente doenças e infecções, enquanto que a prevenção terciária diz respeito à redução da sintomatologia da doença e da subsequente incapacidade (p. 152).

O sistema educacional, na maioria das vezes, apóia-se na idéia de que se pode educar para a saúde, sendo essa a direção que parece estar orientando o modo como os projetos na área estão sendo concebidos. Cabe indicar, ainda, que, geralmente, esses projetos são voltados às populações pobres e desfavorecidas sócio/econômico/culturalmente.

Penso ser possível dizer que educar e aprender em saúde torna-se, nas enunciações referidas, um processo contínuo de indagação, reflexão, questionamento e, principalmente, de construção coletiva articulada e compartilhada pelo educador e o educando em um processo que os torna parceiros e no qual deve haver um estímulo contínuo à organização de ações coletivas e solidárias e à valorização dos discursos das comunidades. A meta seria, então, a busca de soluções para os problemas de saúde locais e para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Algumas considerações sobre Promoção da Saúde

Hoje nos deparamos com uma multiplicidade de olhares sobre a 'promoção da saúde', disponibilizados em artigos publicados em revistas como *Ciência & Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Saúde e Sociedade*, bem como nos documentos organizados pela Organização Mundial da Saúde. Nesses textos há discursos diferenciados acerca da saúde coletiva brasileira, bem como acerca dos modos e das práticas que neles se considera serem mais adequadas à promoção da saúde. Esses são, também, documentos de diferentes ordens – em alguns há o predomínio de uma dimensão mais acadêmica, em outros predominam os discursos oficiais, mesmo que todos eles estejam articulados a decisões políticas. Em grande parte desses textos define-se e assume-se o chamado conceito moderno¹⁷ de promoção da saúde, que implica a prescrição de uma adequada redistribuição de direitos e responsabilidades entre o Estado e a sociedade, bem como de sua prática nos últimos anos. Cabe, destacar, que esses documentos associam-se a outros de âmbito internacional e, ainda, a alguns tipos de iniciativas realizadas por entidades não governamentais (ONGs), clubes de serviço, universidades e escolas que realizam ações mais pontuais, e até às ações realizadas no âmbito da propaganda.

Na já referida concepção moderna de saúde está implicada uma visão afirmativa, que identifica saúde com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. Para Buss (2000 a) a saúde deixa, então, de ser, nessa compreensão, um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido.

Já para Mendes (1996) a concepção moderna de saúde é o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população. A saúde é considerada produto social, isto é, resultado das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que acontecem em

¹⁷ O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática conseqüente), na perspectiva de Buss (2000a), surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997) -, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

determinada sociedade e que geram as condições de vida das populações. A abordagem desse novo conceito de saúde foi reforçado pela Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá, em 1986, quando foi afirmado que as condições e os requisitos para a saúde são a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade.

Cabe lembrar que Candeias (1997), assim, define Promoção em Saúde

como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida. Ambiental refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde (p. 209).

Já para Temporini (1999) a promoção da saúde identifica-se como prevenção primária, com a proposição de atividades dirigidas ao bem-estar de um indivíduo ou de grupos saudáveis, com a busca de redução do risco de ocorrência de enfermidades, injúrias, inaptidão ou deficiências, com a proteção ou melhoria do nível de saúde do indivíduo e da população, tendo um caráter multiprofissional, isto é, integrando profissionais que atuam em diferentes áreas do conhecimento.

Embora o conceito de promoção da saúde tenha surgido na década de 1940, com Sigerist, segundo Mendes (1996), ainda hoje essa perspectiva vem se sustentando, muitas vezes apenas no plano retórico e ideológico, visto que tanto as políticas e as ações quanto às pesquisas no campo da saúde têm-se pautado predominantemente pelo conceito de doença.

A promoção da saúde passou além do paradigma da história natural da doença, que tem como referência o Relatório do Ministro do Canadá, em 1974 (Relatório Lalonde), que define como campos da saúde a biologia humana, o meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção em saúde e a preocupação com

o entorno ambiental (BRASIL, MS, 2002). A partir da publicação deste relatório, a saúde passou a ser vista como campo de saber e de intervenções, indicando-se para a sua promoção duas dimensões: como conceito e estratégia, que podem ser usadas por governo, organizações, comunidades e indivíduos. Destaco que esse relatório é, possivelmente, um dos primeiros documentos sobre promoção como política de governo. Surgem, assim, propostas para uma nova política de saúde centrada em uma formulação positiva de teoria e prática, buscando romper com concepções estabelecidas sobre o processo saúde-doença-cuidado (MENDES, 1996; PAIM et al., 2000). Com relação à noção de saúde, a pretensão tem sido de pensá-la positivamente, e não apenas como ausência de doença.

Tento, agora, fazer uma incursão, mesmo que breve, à história da promoção da saúde, buscando tornar mais explícitas algumas das representações sobre ela já construídas. Cabe referir, então, a realização da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. O documento dela resultante é uma Carta de Intenções na qual encontram-se proposições que visam promover *Saúde para Todos no Ano 2000* e nos anos subseqüentes. Cabe indicar que essa Conferência buscou dar respostas às crescentes expectativas por uma nova saúde pública em nível mundial. As discussões nela desenvolvidas foram baseadas, especialmente, nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em setembro de 1978. Esse documento buscou expressar a necessidade urgente de ações de todos os governos e de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial, condição apontada como indispensável à promoção da saúde para todos os povos do mundo.

Cabe referir, também, que a promoção da saúde identifica-se usualmente na saúde coletiva com a prevenção primária e que essa envolve ações dirigidas ao bem estar dos sujeitos ou à configuração de grupos saudáveis, buscando reduzir riscos de ocorrências de moléstias, incapacidades, injúrias, deficiências ou outros eventos indesejáveis, o que está enunciado na Carta de Ottawa (1986) do seguinte modo no excerto que segue:

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em conseqüência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (BRASIL, MS, 2002).

Neste trecho, fala-se em autonomia do sujeito para decidir sobre sua saúde, e também, na necessidade de desenvolverem-se ações nesse sentido; ao mesmo tempo, destaca-se que a responsabilidade pela saúde não é apenas dos chamados setores da saúde.

Este documento também preconiza que a saúde, enquanto dimensão da qualidade de vida, não é apenas um objetivo a ser alcançado, mas um recurso fundamental na vida cotidiana, a qual deveria incluir um ambiente saudável capaz de dar sustentação ao que os sujeitos precisariam ter para poder levar uma vida digna - moradia, nutrição, apoio social para a população, oportunidades de trabalho e educação, entre outros.

Esta Carta também preconiza cinco campos de ação para a promoção da saúde de acordo com Buss (2000a):

- a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis. Isso implica que a saúde tenha prioridade entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas conseqüências das políticas sobre a saúde da população, através de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais.
- b) Reforço da ação comunitária. Representa o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. Aqui o estímulo é dado às ONGs e à organização da sociedade, o que acarreta em

um acesso contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões de saúde por parte da população.

c) Criação de ambientes favoráveis à saúde. Tem por objetivo considerar que aspectos como a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, lazer, lar, escola, e a própria cidade, devam passar a compor centralmente a agenda da saúde. As ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular nos assuntos de saúde, assim como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem. Tudo isso refere-se ao "*empowerment*", isto é, ao empoderamento¹⁸ da comunidade em prol da sua saúde.

d) Desenvolvimento de habilidades pessoais. Para que isto aconteça é fundamental a educação em saúde, que deve ocorrer no lar, escola, trabalho e em qualquer lugar coletivo. Aqui se pode observar que há um resgate a partir da Carta de Ottawa quanto à dimensão da educação em saúde considerada, embora também avance com a idéia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade.

e) Reorientação do sistema de saúde. Cabe destacar que a Carta preconiza uma visão abrangente e intersetorial e recomenda a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Observa-se a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais como foco essencial da intervenção.

As ações de promoção da saúde deveriam incluir, segundo o que consta na Carta, os sujeitos, suas famílias, bem como voltar à atenção para as condições de trabalho, renda, alimentação, estilos de vida, lazer e demais ações que decorrem da

¹⁸ Buss (2000a) refere-se a *empoderamento* como sendo a capacidade das pessoas passarem a atuar autonomamente em seu próprio benefício, e em benefício da sociedade.

formulação de políticas públicas, que possibilitem aos sujeitos e às comunidades a realização de escolhas em benefício da saúde. Ou seja, tais ações deveriam incluir um conjunto complexo de fatores e disposições que incluem desde recomendações acerca de aspectos para os quais o Estado precisaria atentar até aquelas mais direcionadas à busca de atitudes de âmbito mais individual. Ao mesmo tempo, como já referi acima, pode-se perceber que nas proposições indicadas há um encaminhamento para a autonomia dos indivíduos quanto a sua saúde, bem como estímulos na direção da responsabilização dos sujeitos por sua própria saúde. Enfim, parece que o foco da prevenção é a “instrumentação dos sujeitos” para que eles possam realizar as suas escolhas, o que torna-o mais produtivo e econômico para o Estado.

Como o documento citado destaca, as políticas públicas podem ter influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população e é nesse sentido que há uma recomendação para que a saúde seja vista como prioridade pelos políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com a necessária responsabilização pelas conseqüências das decisões tomadas. Isso também foi destacado por Buss (2003) do seguinte modo:

As políticas saudáveis se expressam por diversas abordagens, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais eqüitativa da renda e políticas sociais. Este conceito vem em oposição à orientação prévia a conferência, que identificava a promoção da saúde primordialmente com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos, responsáveis pela saúde (p.27).

A adoção de políticas públicas saudáveis responderia, então, conforme destaca a Carta de Ottawa, aos desafios colocados na área da saúde por um mundo em processo dinâmico e constante de mudança tecnológica, com as suas complexas interações ecológicas e as crescentes interdependências internacionais. Ela serve como um guia de inspiração política para muitos governos, universidades, assim como para a sociedade civil com o objetivo de melhorar as condições da saúde e promover a equidade. Mas cabe ainda sublinhar que nas cartas de promoção, que têm resultado das Conferências Internacionais indicadas, há, com freqüência, um

teor prescritivo, normativo e idealista, quase de pregação, pois nelas ditam-se comportamentos a serem seguidos pelos responsáveis pelo controle das ações em saúde. Uma outra característica comum a todos esses documentos refere-se a como esses estendem a responsabilidade frente à saúde da população para além da área mais específica de atuação dos Ministérios e Secretarias de Saúde.

É possível dizer, ainda, que o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no Brasil, incorporou muitas das recomendações constantes tanto na Declaração de Adelaide, quanto da Carta de Ottawa no que diz respeito a lidar com a problemática da saúde de um modo mais abrangente, como é possível ver no excerto abaixo:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, MS, 1986).

A partir desse excerto é possível ver que cabe ao Estado o oferecimento de condições para que os sujeitos não só possam ter direito à saúde, mas, também, ao desenvolvimento pleno de suas condições humanas. No entanto, como destacou Czeresnia (2004), salienta-se como “As ações próprias dos sistemas de saúde precisam estar articuladas, sem dúvida, a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelos espaços físico, social e simbólico” (p.46).

Para a mesma autora (op. cit.):

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. [...] É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência (p. 42).

Alguns documentos oficiais, como por exemplo, a Constituição Federal do Brasil (1988), ainda falam do Estado como o único responsável pela saúde da população. Outros documentos, tais como a Declaração de Sundsvall (1991) e a Declaração de Santafé de Bogotá (1992), destacam a necessidade das discussões sobre saúde serem articuladas a aspectos como moradia e saneamento básico, por exemplo, aspectos que nem sempre são reconhecidos, especialmente pelos gestores das Instituições (governamentais ou não) como associados à manutenção da saúde.

Vivemos em um mundo globalizado, no qual a vida torna-se cada vez mais privatizada e mercantilizada. No caso do Brasil, os problemas sociais são de diversas ordens, entre esses se destacam os da saúde. Além disso, com frequência, a saúde tem sido vista mais como um privilégio de alguns do que como uma responsabilidade pública que deve, inclusive, ser gerido pelo capital privado tendo para fim não o homem, mas o lucro. Por isso, talvez hoje haja uma precariedade bastante grande do sistema público de saúde no que se refere ao gerenciamento e disponibilização de verbas, do que decorre problemas de atendimento aos pacientes, financiamento de remédios, dificuldades para internações etc. Frente a isso, torna-se bastante difícil atender a algumas das convocações feitas a partir dos Seminários e Conferências Nacionais e Internacionais mencionadas.

Refiro, ainda, relativamente ao que vem sendo comentado, considerações feitas por Lupton (1995):

Em relação à saúde pública e à promoção da saúde, por exemplo, os cidadãos continuamente se deslocam entre o ressentimento com a natureza autoritária do estado e a sua incursão nas suas vidas privadas, e a expectativa de que o estado assumirá a responsabilidade por garantir e proteger a sua saúde (p. 134).

Lupton (1995) focaliza a saúde nesse excerto, a partir de uma perspectiva bastante diferente da colocada em destaque nos textos finais dos Seminários e nos relatórios referidos. Ela refere, valendo-se dos trabalhos de Saltonstall (1993), que,

com grande freqüência, “a saúde era conceituada¹⁹ como uma realização do *self* individualizado, uma criação consciente, o resultado de ações deliberadas envolvendo o corpo”. Como destaca a mesma autora (ibid) “[...] a saúde é o que nós fazemos, bem como a condição em que estamos” (p. 138). Nesse sentido, ela critica as noções em que os cidadãos são vistos como os únicos responsáveis pelo seu estado de saúde e pela sua manutenção. Essa corresponderia, na perspectiva que a autora assume, a uma forma bastante conservadora de pensar a promoção da saúde, que reforçaria, inclusive, a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado e a delegação progressiva, aos sujeitos, da tarefa de tomarem conta de si próprios.

Já na visão de Buss et al. (2000b), o que está enunciado na Carta de Ottawa se constituiria em um marco político para o campo da Promoção da Saúde por enfatizar a importância das ações de promoção para proporcionarem os meios, pelos quais, a população poderia vir a desenvolver ao máximo o seu potencial de saúde. É colocado, inclusive, por esses autores (ibid), que isso só se tornaria possível se as pessoas fossem capazes de assumir o controle daquilo que determina seu estado de saúde (2000b).

Cabe destacar que, de acordo com Carvalho (1996), a partir da Carta de Ottawa a promoção da saúde passou a ser o eixo orientador, “a espinha dorsal” da nova saúde pública, sendo que a OMS (1986) definiu, a partir dela, políticas e estratégias para “assegurar a igualdade de oportunidades e permitir que a população desenvolva ao máximo seu potencial de saúde (p. 368)”.

Como destacaram Carvalho (1998) e Czeresnia (1999), ações de promoção da saúde abrem espaços para incorporar novas racionalidades e integrar novos saberes, pois como a saúde em seu significado pleno envolveria múltiplas dimensões, essa não poderia ser responsabilidade de um único setor ou área de conhecimento. A abordagem interdisciplinar, através da articulação de conhecimento de diversas áreas, tais como medicina, filosofia, sociologia, psicologia, entre

¹⁹ A situação que ela está se referindo é acerca de conceitos e práticas de saúde, que os discursos governamentais oficiais de promoção da saúde são frequentemente articulados nas falas das pessoas no nível da consciência.

outras²⁰, contribuiria, então, na visão de Czeresnia (1999), para permitir o alcance de uma melhor compreensão do processo de saúde-doença e da singularidade do adoecer humano, além de auxiliar na implementação de práticas efetivas.

Para alguns autores como Buss (2000a e b), Carvalho (1996) e Luz (1997), a idéia de promoção da saúde traz uma proposta de renovação conceitual e metodológica para o campo da saúde pública que permitiria pensar e redirecionar as práticas em saúde, até então associadas às características intrínsecas da racionalidade médica, características estas que evidenciam o limite dos conceitos de saúde e doença no que concerne à experiência concreta da saúde e do adoecer humano. Assim, pensar a saúde, em sua complexidade, implicaria muito mais do que lidar com a superação de obstáculos no interior da produção científica, no sentido de propor conceitos e modelos mais inclusivos e complexos. Conforme Czeresnia (1999) não se trata da proposta de uma “nova” ciência, mas da necessidade de construir discursos e práticas que estabeleçam outra relação com qualquer conhecimento científico (p. 702). Ao trabalhar com a saúde em sua positividade, a promoção da saúde abriria espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico, e integrar outras racionalidades médicas (CARVALHO, 1996 e CZERESNIA, 1999).

Conforme referenciado na Carta de Ottawa (1986), é preciso superar o modelo biomédico hegemônico, centrado na doença e na assistência médica curativa e organizar os serviços de saúde e suas práticas visando atender às necessidades dos indivíduos. O resultado, assinala Buss (2000), envolveria “transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais” (p. 171). Ou seja, o autor aponta problemas no gerenciamento das políticas de saúde, de onde se deduz que poderia vir a existir uma melhor interação das diversas disciplinas da área da saúde, com o intuito de potencializar as ações que venham a ser desenvolvidas em benefício da população como um todo, otimizando os custos através de administração capacitada e profissional.

²⁰ Aqui eu gostaria de assinalar, também, os serviços prestados pelos tecnólogos em Optometria.

No que se refere à promoção da saúde visual/ocular, também é necessário vinculá-la a aspectos relacionados à qualidade de vida, pois da capacidade visual dependem muitas das formas de participação dos sujeitos na sociedade, devendo o direito à visão ser reconhecido como um importante componente de saúde pública.

Para Vasconcelos (1998), a busca pela saúde, além de incluir o exercício do saber científico, precisaria contemplar dimensões como o afeto e a compaixão que podem se associar às ações educativas, curativas ou de promoção da saúde: “saúde é muito mais que o provimento dos recursos materiais necessários” (p. 57).

O entendimento do que seja Promoção da Saúde, na perspectiva de Buss (2003), também agrega um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parcerias). Ou seja, esse autor refere a importância de uma

[...] combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilidade múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (p.16).

Já Para o Ministério da Saúde a Promoção da Saúde consistiria em:

uma estratégia importante na solução dos problemas sanitários da atualidade e na busca pela melhoria da qualidade de vida da população. A sua articulação com as demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) permite o estabelecimento de uma rede de produção e difusão de conhecimento em saúde e das práticas no campo das políticas públicas (*homepage* do Ministério da Saúde. Acesso em: junho de 2006).

Embora ambas as definições sigam na mesma direção, penso ser importante destacar que Buss (ibid) utiliza-se do termo responsabilidade, que, no meu ponto de vista deveria ser cobrada de forma mais incisiva, tanto da área política quanto da

empresarial diretamente envolvidas com questões dessa ordem, na pessoa de seus gestores, para referir o resultado final das ações implementadas.

Promoção e Prevenção da Saúde Visual/Ocular

A Declaração de Jacarta, que emanou da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 21-25 de Julho de 1997, Jacarta, República da Indonésia, sobre a Promoção da Saúde no Século XXI, destacou a importância dos ambientes específicos que oferecem possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais, como é o caso das cidades, dos municípios, das comunidades locais, das escolas, dos locais de trabalho e dos serviços de prestação de cuidados dentre outros. Também salientou que a aprendizagem em saúde favorece a participação, sendo que o acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efetiva e o reforço das capacidades das pessoas e das comunidades.

Esta é uma proposição que considerarei importante destacar, a partir do texto da referida Declaração, pois nelas a escola é vista como um dos “ambientes específicos” importantes para a promoção e a educação em saúde.

Santos (2004) nos mostra como em alguns projetos voltados à prevenção das DSTs e da AIDS, bem como da gravidez juvenil, tem-se colocado em articulação educação e saúde para indicar que a Saúde Escolar deve ocupar espaços no currículo e na vida escolar e que neles se exerce “disciplinamento²¹, controle” (p. 124).

Segundo a mesma autora (ibid), a escola é vista “como uma maquinaria onde os velhos imperativos – cuidar, curar, reformar, punir – estão articulados a

²¹ Michel Foucault, no livro “Em Defesa da Sociedade”, Curso no Collège de France (1975-1976), afirma que para o exercício do poder houve duas acomodações: a 1ª acomodação (final do século XVII e início do XVIII, na Europa) dos mecanismos de poder sobre o corpo individual, com vigilância e treinamento – a disciplina; a 2ª acomodação (ao final do século XVIII), sobre os fenômenos globais, sobre os fenômenos de população, com os processos biológicos da massa humana – mecanismos regulamentadores. Diz ele que temos, pois, duas séries: a série corpo – organismo – disciplina – instituições; e a série população – processos biológicos – mecanismos regulamentadores – Estado. Ele também afirma que os mecanismos disciplinares e os regulamentadores são articulados um com o outro (2002, p. 298-299).

estratégias sociais e políticas no sentido de regular a vida e a conduta das crianças através de uma ação sobre suas capacidades físicas, mentais e psicológicas” (p.131).

Os artigos de Kara-José e Alves (1994), Temporini e Kara-José (1980, 2004), Temporini (1990), Armond, Temporini et al. (2001) e Sperandio (1999) destacam especificamente a importância da visão no contexto da saúde e da educação quando propõem que se assuma e defenda a saúde visual/ocular como um dos direitos do cidadão. O ambiente escolar, também, é visto, por estes autores, como o ideal para se desenvolverem ações direcionadas à saúde visual/ocular das crianças, tanto que o próprio projeto sobre o qual estou me detendo, cujas ações voltaram-se ao ambiente escolar, foi coordenado (e muito provavelmente concebido) por um desses autores, Kara-José. Pode-se dizer, ainda, que há uma estreita vinculação entre as proposições feitas no projeto “Olho no Olho” e as constantes nos artigos dos autores que acima referi e que tratam da Saúde Visual no Brasil. Ou seja, há uma convergência nos discursos que associam saúde visual e ações escolares tanto no Projeto quanto na maior parte dos artigos dos autores referidos.

As primeiras propostas específicas de saúde ocular realizadas nas cidades brasileiras datam de 1984, a partir da proposição do Programa Nacional de Saúde Ocular. Cabe destacar que o Estado de São Paulo foi o primeiro Estado-piloto a desenvolver ações direcionadas à saúde ocular. Cabe destacar, ainda, que o Ministério da Saúde criou, em 1988, um programa mais abrangente, o Programa Nacional de Saúde Ocular e Prevenção à Cegueira, segundo Sperandio (1999). Essa mesma autora (ibid), destaca que houve um período excepcional de 1973 a 1989, na cidade de Campinas/SP, no qual foram realizados muitos testes de acuidade visual em crianças de primeira e terceira série do primeiro grau, tendo sido os professores das escolas treinados e, também, os seus aplicadores (Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar, no período de 1973 a 1976). Mas, Sperandio (1994) também, coloca que até 1993, não ocorreu uma sistematização dessas ações programáticas de saúde ocular promocional e preventiva nos serviços públicos em Campinas.

Segundo Kara-José (2005):

A idéia de um projeto como esse é muito antiga, existe desde a década de 1950, quando a Secretaria da Educação de SP deu início a um trabalho de monitoramento constante da visão, que foi logo interrompido. Em 1970, foi criado o Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar, no qual a acuidade visual das crianças era medida, mas não eram fornecidos os óculos. Somente em 1998 teve início o tratamento completo, como é agora. Em 2004 o Ministério da Educação liberou verba para o atendimento parcial. Só pode ser implantado nas capitais – por enquanto, São Paulo, Recife e Natal – em 2005²² (Jornal da FFM Publicação Bimestral da Fundação da Faculdade de Medicina ano IV nº 20 – jul/ago 2005).

Mas de qualquer forma a cidade de Campinas foi privilegiada por tais programas, isto é, pela realização de campanhas e estudos conduzidos, especialmente, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), uma das instituições brasileiras nacionalmente reconhecida no que se refere à graduação em oftalmologia por ela oferecida (KARA-JOSÉ et al., 1984; KARA-JOSÉ et al., 1979; e SPERANDIO, 1999).

Kara-José é conhecido, no meio oftalmológico, como o “pai” do mutirão no país. Foi em 1986, em Campinas que tudo começou. Esse médico (ibidem) lembra que foram realizados dois estudos nesta época na América Latina para detectar a incidência de portadores de cegueira por catarata: no Brasil e no Peru. A partir deste estudo ele adaptou e desenvolveu no Brasil, em 1987, uma primeira campanha em Campinas cujo nome era “Zona Livre de Catarata”. Em 1994, esse projeto ganhou a participação efetiva do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e do *Lions Club*, passando a ser chamado de *Sight First*. Além disso, o projeto espalhou-se por várias capitais brasileiras reproduzindo o modelo proposto pela Unicamp. Cumpre destacar que o governo federal só começou a investir nesse programa a partir de 1998.

Este mesmo oftalmologista (op. cit.), recebeu vários prêmios pela criação do projeto de mutirões, mas ele coloca que falta em sua opinião uma participação mais efetiva do poder público. Em uma entrevista no ano 2005, fez a seguinte colocação:

²² Jornal da FFM Publicação Bimestral da Fundação da Faculdade de Medicina ano IV nº 20 – jul/ago 2005. Site:<<http://extranet.fm.br/subportais/raiz/FFM%2020edicao%20site.pdf>>. Acesso em: 13/06/2006.

O país tem oftalmologistas, instituições voltadas para isso. O que precisa é uma fonte pagadora, que é o governo. O poder público sempre vem a reboque da comunidade. Cabe a sociedade mostrar o que é necessário e mostrar o caminho. A comunidade moderna é uma cooperação estreita entre Estado e população²³ (KARA-JOSÉ, 2005).

Neste pequeno excerto da entrevista de Kara-José, pode-se perceber a sua preocupação com o financiamento das campanhas de saúde que, segundo ele, devem ser mantidas pelos poderes públicos. Ele também responsabiliza a sociedade pela cobrança que necessariamente deveria fazer a esses mesmo poderes.

Como já venho destacando, estudos conduzidos por esses mesmos oftalmologistas que citei Kara-José et al. (1980, 1994, 2002); Russ; Temporini e Kara-José (2004); Temporini (1990); e Temporini e Kara-José (2004) também indicam que a promoção da saúde visual/ocular é um dos importantes aspectos que concorrem para a qualidade de vida dos cidadãos.

Devo salientar, ainda, que em situações tais como na experiência que desenvolvi na Clínica-Escola de Optometria da Ulbra/Canoas-RS e nos Estágios Supervisionados em Optometria I, II e III, que me envolveram na realização de acompanhamento de atividades voltadas à educação da saúde visual/ocular dos escolares, estando entre essas as campanhas optométricas promovidas junto às escolas, também, percebi que o discurso do bom aproveitamento escolar relacionado à visão circula com frequência na escola. Percebi também, nessas mesmas situações, que a indicação da baixa acuidade visual em crianças nem sempre é relatada por elas, pois a criança tem dificuldade para manifestar que não vê bem, pois lhe falta parâmetro sobre o que é enxergar corretamente, não sabendo ela relatar a seus pais, familiares ou professores suas dificuldades. A testagem é, então, uma prática também muito enfatizada e configurada como necessária em muitos discursos sobre promoção da saúde visual. Há quase um consenso, entre os profissionais que se ocupam com a saúde visual/ocular, quanto à consideração da idade de sete anos como um período crítico para a plasticidade neural do sistema

²³ Universo Visual. A revista da Oftalmologia. Outubro/2005. Site: <<http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?secao=Principal&edicao=1005>>. Acesso em: 13/06/2006.

visual, sendo que, se efetuados tratamentos adequados até essa idade, poder-se-ia corrigir a maioria dos problemas visuais.

Como já destaquei, uma boa condição de saúde visual/ocular é usualmente associada, nos discursos acima ressaltados, a uma também boa condição de saúde geral. Além disso, conforme destacam documentos oficiais para a área da Saúde, tal como anteriormente referi, possuir uma boa saúde ocular seria, também, um dos direitos do cidadão, daí a importância do Estado atentar para o provimento dos cuidados necessários à sua manutenção.

Segundo a OMS (2003) existiriam, em 2002, cerca de 124 milhões de pessoas portadoras de baixa visão e 37 milhões de cegos no mundo, sendo que, dentre esses, 1,4 milhões seriam crianças menores de 15 anos. Destaco, também, que estas cifras, de acordo com a OMS (2005), não incluem pessoas com defeitos refrativos ou um tipo de deficiência visual²⁴ não corrigida, como miopia, hipermetropia e astigmatismo, considerando-se o atual conceito de deficiência visual. Já o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2005) enumera que há entre 1 e 1,2 milhões de cegos no Brasil, considerando a prevalência da cegueira por regiões pobres (85 milhões x 0.9% = 765 mil); intermediárias (69 milhões x 0.6% = 414 mil) e rica (16 milhões x 0,3% = 48 mil), assim como estima um contingente de 4 milhões de pessoas com acuidade visual no melhor olho entre 20/70 (cerca de 30%) e 20/400 (5%).

²⁴ O termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e/ ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. A diminuição da resposta visual pode ser leve, moderada, severa, profunda (que compõem o grupo de visão subnormal ou baixa visão) e ausência total da resposta visual (cegueira).

Relativamente às etiologias mais freqüentes de deficiência visual nas crianças brasileiras, é pertinente salientar que os erros de refração não corrigidos são os mais prevalentes, sendo que aproximadamente 15% dos escolares necessitam de correção óptica e 4% têm ambliopia²⁵ (Kara-José e Alves, 1994). Os erros de refração ou defeitos refrativos, segundo Alves (2000), são conhecidos como: miopia, astigmatismo e hipermetropia, e, quando não corrigidos em tempo hábil, podem ser uma das principais causas da deficiência visual (baixa visão e/ou cegueira) nas crianças brasileiras.

Parece haver um aumento progressivo da cegueira no mundo e, em 2020, segundo o programa *Vision 2020*²⁶, a probabilidade é que existam 75 milhões de cegos e 200 milhões de portadores de baixa visão, no mundo, a menos que seja realizada alguma ação urgente (OMS, 2003).

Temporini e Kara-José (2004) destacam que o aumento progressivo da cegueira e da baixa visão no mundo está vinculado ao crescimento populacional, ao aumento da expectativa de vida, à escassez de serviços especializados, às dificuldades de acesso da população à assistência oftalmológica, ao insuficiente número de oftalmologistas e auxiliares, às dificuldades econômicas e à ausência/insuficiência de esforços educativos que promovam a adoção de comportamentos preventivos.

De acordo com Temporini e Kara-José (2004), Frick e Foster (2003) e documentos organizados pela OMS (2000), a *Vision 2020* propõe a eliminação da cegueira evitável, isto é, aquela que é causada por fatores como: catarata, tracoma,

²⁵ A ambliopia é definida como a baixa de visão de um ou ambos os olhos, mesmo com uso de óculos, em olho organicamente perfeito em que o mais detalhado exame oftalmológico nada revela que a justifique. As causas mais freqüentes são: estrabismo (vesguice), erros de refração – em especial quando há diferença significativa de refração (grau) entre um olho e outro – a chamada anisometropia. É um problema grave que afeta consideravelmente a acuidade visual e, na maioria das vezes, é irreversível. O defeito refrativo afeta principalmente crianças nos primeiros anos de vida, fase em que os meios refrativos ainda estão em desenvolvimento. O diagnóstico precoce é de suma importância, sendo possível reverter o quadro até os sete anos de idade. Detectar a ambliopia não é uma tarefa muito fácil, uma vez que o diagnóstico é considerado a partir do déficit de acuidade visual. A criança muitas vezes não sabe que tem um olho com baixa acuidade visual e outro normal, ou que a deficiência acomete os dois olhos. Se nunca viu o mundo com visão normal, acredita que é esta a forma correta de visualizar as coisas.

²⁶ Conforme consta no site: <http://www.who.int/ncd/vision2020_actionplan/contents/0.02.htm>. Acesso em: 06/06/2006.

oncocerose, avitaminose A e erros de refração. Os erros de refração não corrigidos e a baixa visão estão entre os prioritários para o controle a ser realizado pelo programa *Vision 2020*²⁷.

Trazendo para este texto, mais uma vez, minha prática na Clínica-escola de Optometria da ULBRA, destaco, relativamente à percepção que os sujeitos têm de seus problemas visuais, que, muitas vezes, o paciente relata não ver bem de longe, entretanto, ao realizarmos a medida da acuidade visual a mesma encontra-se dentro do padrão considerado satisfatório. Destaco, também, que o contrário também ocorre, ou seja, o paciente reporta ver bem, mas na medida da acuidade visual, a mesma apresenta-se deficitária. Aqui o que está influenciando é a capacidade visual que, segundo Alves (2000), é o somatório de alterações do campo periférico, de ambos os olhos, da motilidade ocular, além da visão central. Faço tal referência para indicar o quanto é complexa a verificação da capacidade visual, pois a visão incorpora, também, aquilo que corresponde à realidade mental²⁸ do paciente. Desse modo, a partir de um contato mais intenso com a população se poderia passar, talvez, a entender melhor alguns aspectos relacionados à visão que não têm sido pensados quando se coloca em destaque, apenas, índices morfológicos.

Segundo os dados do IBGE, no Censo de 2000, a primeira causa de deficiência entre 24,5 milhões de deficientes brasileiros, é a visual, representando 48,1% do total, dado que indica, também, um aumento na busca do serviço de saúde ocular para resolver os problemas sentidos. É possível, no entanto, questionar-se os dados apresentados no Censo Demográfico de 2000, no que se refere às deficiências visuais da população brasileira, especialmente em função do modo como essas foram avaliadas, uma vez que se está lidando com a percepção humana, isto é, com a cegueira sentida, o que é extremamente subjetivo, bem como com sujeitos de níveis sociais e culturais diversos. Números publicados pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO, 1998) mostram que no Brasil aproximadamente 20% das crianças apresentam algum problema ocular, sendo que

²⁷ A OMS propôs o programa *Vision 2020*. Trata-se do esforço de colaboração entre a OMS e diversos parceiros — organizações governamentais e não-governamentais, grupos e instituições. Apresenta o objetivo de eliminar a cegueira evitável ao redor do ano 2020.

²⁸ Corresponde ao estado mental, incluindo: aparência, fala e pensamento, distúrbios da percepção, afeto e humor, atenção e concentração, memória, orientação, consciência, inteligência e julgamento da realidade (Zuardi e Loureiro, 1996).

95% poderiam ser evitados. Segundo o CBO, 10% dos alunos primários necessitam de correção por serem portadores de erros de refração: hipermetropia, miopia e astigmatismo; destes, aproximadamente 5%²⁹ têm redução grave de acuidade visual. Ou seja, tais dados fornecem um importante argumento para que ações preventivas em saúde ocular/visual sejam tentadas ou buscadas, reforçando-se, assim, alguns discursos postos em circulação nas situações anteriormente apontadas.

Cabe registrar que isso também é enfatizado em texto divulgado pelo Ministério da Saúde, que transcrevo abaixo:

O Ministério da Saúde compreende que o período escolar é fundamental para que se trabalhe a saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção que tem atentado para que crianças, jovens e adultos vivam e criem atitudes relativas a questões que envolvam higiene e hábitos saudáveis, visando educar para a saúde, objetivo que algumas delas buscam alcançar ao lado de suas funções pedagógicas específicas. Nas perspectivas críticas, a escola é vista como tendo uma função social e política voltada para a transformação da sociedade, que está relacionada ao exercício da cidadania e ao acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem, razões que justificam ações direcionadas para a comunidade escolar para dar concretude às propostas de promoção da saúde (Texto de difusão técnico-científica do Ministério da Saúde, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), promover a saúde é aceitar o desafio de desencadear um amplo processo de articulação em conjunto com a comunidade, buscando uma vida mais saudável para todos (BRASIL, MS, 2002). Cabe lembrar que também relativamente à promoção da saúde visual propõe-se nesses documentos a proteção ou a melhoria do nível de saúde dos cidadãos, levando em consideração alguns determinantes externos, como por exemplo, alimentação, ecossistema adequado, lazer dentre outros. Considera-se, também, o que alguns chamam de determinantes internos, como inteligência, formação, crenças e a educação em saúde, sendo que essa tem sido configurada como capaz de fomentar o conhecimento e a promoção de atitudes saudáveis.

²⁹ Nota-se, também, o papel da estatística para a criação de estratégias de governo da população.

A prevenção em saúde para Leavell & Clarck (1976), “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (p. 17).

Cabe destacar que a OMS, já há algum tempo, vem incentivando a organização de esforços conjuntos de grupos de especialistas e da comunidade, com a finalidade de atuarem na prevenção de problemas oftalmológicos, buscando criar uma consciência preventiva ao lado da ação correspondente. À semelhança do que foi dito em relação à promoção ampla da saúde, a OMS também indica que "programas efetivos requerem ação comunitária sistemática para eliminar a cegueira e os distúrbios visuais"³⁰.

As ações em Saúde Pública no Brasil pautam-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; na integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; e na igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie; no direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde e, ainda, à participação da comunidade, estando tudo isso definido na chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990)³¹.

Referente ao SUS, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) relata que há uma demanda apreciável e reprimida para atendimentos em oftalmologia, nos mais diversos segmentos das especialidades. Esta pendência pode ser tanto pela dificuldade do reduzido número de consultas disponibilizadas, como pela cobertura insuficiente do Sistema Único de Saúde, em certos municípios, o qual não proporciona fácil acesso da população aos profissionais e aos exames oftalmológicos (CBO, 2005).

³⁰ World Health Organization. Guidelines for programmes for the prevention of blindness. Geneva, 1979.

³¹ Conforme consta no site: <http://www.saude.rj.gov.br/Legislacao_sus/lei%20n%BA%208080.pdf>. Acesso em: julho de 2006.

Kara-José e Temporini (1980); Kara-José e Alves (1994) e Temporini e Kara-José (2004) também descrevem em seus artigos a importância de se desenvolverem ações preventivas com crianças, mostrando-se, assim, mais uma vez, a importância da visão no contexto da saúde, da educação, para assumirem e defenderem a concepção da saúde ocular como direito do cidadão.

Nos excertos que apresento abaixo, pode ser observada, mais uma vez, a preocupação dos especialistas no que se refere à saúde visual/ocular dos escolares:

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

Os erros refracionais apresentam-se como causa importante de limitação nas idades pré-escolar e escolar, tendo em vista o processo ensino-aprendizagem. É de reconhecida importância a necessidade de detecção precoce desses problemas visuais, o que possibilita sua correção ou minimização visando o melhor rendimento da criança (KARA-JOSÉ, HOLZCHUH e TEMPORINI,1984).

Sperandio (1999) aborda que estudos da OMS³², bem como da Organização Panamericana de Saúde, realizados na década de 1980, indicaram que as ações promocionais e preventivas em saúde ocular seriam necessárias para se reduzir o índice mundial de "cegueira evitável". A criança com dificuldade visual deveria ser assistida de imediato pelos serviços de saúde competentes para evitar problemas, cujas seqüelas podem se tornar irreversíveis, como a ambliopia devido a estrabismo ou a erros refracionais.

Ainda que a capacidade de resolver problemas de saúde seja de atribuição médica, as ações preventivas e as que visam melhorar a qualidade de saúde da população têm origem na ação integrada com diversas outras áreas, como investimento em infra-estrutura e saneamento básico, vacinações e apoio nutricional. Estes setores, em conjunto, aumentariam a efetividade das ações e reduziriam os custos do sistema de saúde do país. É fato amplamente assumido que a prevenção

³² Segundo a OMS, os programas efetivos requerem ação comunitária sistemática para eliminar a cegueira e os distúrbios visuais.

corresponde a melhor medida para reduzir gastos com a saúde e que o diagnóstico nas fases precoces é a melhor forma para permitir a cura das doenças.

O que usualmente se defende é a implementação de ações contínuas e articuladas interinstitucionalmente que se voltem, por exemplo, à capacitação dos profissionais das entidades sociais (escolas, entidades e programas sociais), com o intuito de formar multiplicadores em seus locais de trabalho, para que eles dêem prosseguimento às ações de prevenção, baseadas em metodologia participativa, em suas próprias instituições de origem (AYRES et al. 1999).

Como afirmam Granzoto et al.(2003),

A capacidade visual desenvolvida nos primeiros anos de vida pode apresentar alterações reversíveis, geralmente durante os primeiros anos escolares.

A implementação dos programas de detecção de baixa acuidade visual e de prevenção de problemas oftalmológicos em países desenvolvidos demonstra que os custos dessas ações são incomparavelmente menores do que aqueles representados pelo atendimento a portadores de distúrbios oculares. São essas medidas de grande valor social, pois diminuem grandemente o número de deficientes visuais, construindo uma população mais saudável, produtiva e feliz (p.167).

A dimensão da prevenção também é assumida por Temporini (1991) quando indica que estados conducentes à cegueira e à incapacidade visual e à promoção da saúde ocular deveriam ser priorizados pelos programas de saúde pública em oftalmologia, visto que, como destacou Cabrera (2005) em países desenvolvidos, os programas de detecção de baixa acuidade visual e prevenção de problemas oftalmológicos demonstram baixo investimento e que os custos de atendimento a portadores de disfunções visuais resultam em uma população mais saudável, pois diminui sensivelmente o número de deficientes visuais.

Diante do exposto, conforme consta nos documentos oficiais e nas Cartas estudadas neste capítulo, verifica-se a existência de um discurso pautado no campo da promoção da saúde, em promover e restabelecer a saúde e o bem-estar. O apoio, o auto-cuidado e o ambiente saudável são neles configurados como partes

integrantes e necessárias para se atingir a saúde. Na vigência da complexidade do quadro epidemiológico e sanitário da atualidade, a saúde não pode ser vista como ausência de doença, mas sim como uma dimensão da qualidade de vida. Conseqüentemente, a promoção da saúde emerge como uma proposta de influenciar transformações nas políticas de saúde.

A OMS (1986), também, relata que é preciso superar o modelo biomédico hegemônico, centrado na doença e na assistência médica curativa e organizar os serviços de saúde e suas práticas, visando a atender as necessidades dos indivíduos. Buss (2000a) enfatiza que o resultado envolve “transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais” (p. 171).

A educação em saúde torna-se a tecnologia apropriada para a promoção da saúde, na medida em que hábitos saudáveis e higiênicos são ensinados pela escola. Pode-se perceber isso, nos discursos dos especialistas referidos neste capítulo, que vêem a escola como um lugar privilegiado para a realização de ações educativas em saúde, pois neste espaço se processaria a construção de crenças e práticas iniciais de comportamentos relacionados à obtenção de saúde, donde se destaca a preocupação do financiamento das Campanhas de saúde pelos poderes públicos.

Tanto nos documentos oficiais (BRASIL, MS, 2002) como nos documentos do CBO e artigos dos especialistas (oftalmologistas) observa-se a confluência dos discursos que dão destaque à detecção precoce dos defeitos refrativos em crianças e jovens em idade escolar, através de Programas e Campanhas. Essas, por sua vez, são também configuradas como um competente modo de intervenção para a promoção da saúde. Nestes documentos é mencionado o desafio que representa lidar com a reorientação dos serviços de saúde, sendo que a materialização desta meta só se tornaria possível frente a ações de conscientização dos que são considerados responsáveis pelo cuidado da saúde em instâncias acadêmicas, em prestadoras de serviços e nas diferentes associações governamentais e não governamentais.

Do ponto de vista das práticas e políticas de saúde, os sistemas de saúde do mundo ocidental e, também, os brasileiros, têm sido muitas vezes questionados por sua dependência em relação a um modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença, que implicariam elevados custos e baixa efetividade. Ganha força, então, a idéia de promover a saúde, e não apenas de curar a doença, emergindo daí conceitos tais como os de vigilância da saúde, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis, articulados à noção de promoção da saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população (MENDES, 1996).

Buscando dar destaque à visão, pode-se ainda destacar que hoje vivemos em um mundo visual, no qual imagens são jogadas nos outdoors da cidade, em painéis luminosos e afins, em jornais e revistas, na Internet e na televisão. Essas são imagens para serem vistas, olhadas, consumidas e que têm, portanto, a função de agradar nossos olhos e de despertar nosso interesse, podendo-se dizer, inclusive, que grande parte das informações processadas pelo nosso contato com o mundo exterior dá-se através do sentido da visão, outro argumento indicado com muita frequência quando se quer destacar a importância de empreenderem-se ações direcionadas ao cuidado e a prevenção de problemas visuais.

Ambiente escolar e saúde visual/ocular

No ambiente escolar seria possível e desejável, segundo consta no discurso geralmente assumido nas Programações Oficiais para a Saúde, desenvolverem-se ações preventivas relativas à saúde visual/ocular, de modo semelhante ao que ocorre em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (e outras problemáticas mais). Nesses discursos, afirma-se, por exemplo, que “a detecção precoce dos defeitos refrativos em crianças e jovens em idade escolar facilita o desenvolvimento intelectual, social e psicológico como um melhor rendimento escolar” (Ministério da Saúde, 2002) e que o período escolar é fundamental para que se trabalhe a saúde na perspectiva de sua promoção, o que exigiria a proposição de ações voltadas à prevenção de doenças e ao fortalecimento dos fatores de proteção. Assim, além da escola ter a função pedagógica de fornecer conhecimentos específicos nas diferentes áreas que integram o currículo escolar, ela teria, também, na ótica defendida em tais propostas, uma função social e política voltada para a

transformação da sociedade e dos sujeitos. Toda criança deveria ter o direito de estar na escola e de ser saudável, assim como de ter acesso aos bens essenciais à vida para que possa se desenvolver e aprender adequadamente (BRASIL, MS, 2002).

Em recente trabalho desenvolvido por Souza e Benazzi (2005) foram pré-avaliados 773 estudantes moradores de Canoas/RS, sendo que 47% deles estavam realizando pela primeira vez um exame visual. Desses, 27% foram encaminhados para atendimento visual completo em uma Clínica-escola de Optometria, sendo que a principal problema detectado foi a baixa acuidade visual; 2% foram encaminhados a outros profissionais como clínico geral, psicólogo, dentista e 1% encaminhado ao oftalmologista, por apresentarem suspeita de patologias. Também foi indicado que o ambiente escolar pode permitir o desenvolvimento de ações preventivas no que se refere à saúde visual/ocular. De acordo com Armond; Temporini et al. (2001), Kara-José e Alves (1994) e Temporini (1990), alterações visuais em escolares podem colaborar com os elevados índices de evasão escolar ou repetência, sendo esse um dos aspectos mais apontados para explicar a importância da realização de triagens visuais para detectar o maior número de escolares necessitados de cuidado especializado e para que ocorra tratamento adequado, corrigindo-se e/ou minimizando os problemas visuais que poderiam interferir na aprendizagem.

Então, é, também, em função da sempre indicada importância do sentido da visão no rendimento escolar, que busco discutir, nesta dissertação, as campanhas de promoção da saúde visual/ocular, vendo-as como meios ou estratégias para colocar em destaque a relevância de atentar-se para a saúde visual nas políticas públicas de saúde.

Destaco, ainda, que muitas são as Campanhas oficiais – isto é as Campanhas promovidas e desenvolvidas por Ministérios sob a égide do Estado brasileiro. Como já indiquei, esse é um modo bastante freqüente de lidar com a promoção da saúde no Brasil, retomado especialmente a partir da década de 1980. No entanto, tais campanhas têm se direcionado geralmente a outras problemáticas como (e também já referi tal aspecto anteriormente) a prevenção do HIV/AIDS, a prevenção da gravidez adolescente, a vacinação contra a gripe, tuberculose,

sarampo, coqueluche, tétano, entre outras. Busquei, então, neste trabalho, ao invés de reivindicar a extensão dessas campanhas à saúde visual/ocular, indicar e discutir de que modo e em que instâncias se tem atentado para a saúde visual dos brasileiros.

CAPÍTULO 3

CAMINHO METODOLÓGICO: MAPEANDO O ESTUDO

Comecei a me questionar acerca do melhor modo de descrever o caminho que percorri até chegar ao final desta dissertação e uma coisa posso afirmar desde já: não foi nada fácil! Penso que a partir de um tema de pesquisa pensado e estabelecido, a ‘primeira decisão’ é ir para a internet (foi o que fiz) e ver o que “anda circulando”, ou seja, verificar as convergências e controvérsias que vem despertando a “matéria” selecionada para estudo. Aliás, muitas foram as vezes que me debrucei sobre o computador e busquei informações relacionadas à área da saúde visual. Percorri muitos *sites* de propaganda de lentes para óculos (vendo se essas se direcionavam à saúde visual), bem como *sites* científicos como o Bireme, o BioManguinhos, o Scielo dentre outros.

Mas a questão que sempre me preocupava era: Como desenvolver uma metodologia em um estudo inspirado nos Estudos Culturais?

Vale indicar a preocupação que Santos (2002) assinala ao descrever a metodologia que utilizou em seu estudo, visto que nos Estudos Culturais essas metodologias são “múltiplas e freqüentemente pouco explicadas” (p. 83 e 84). Também vale a pena, segundo o mesmo autor, “questionar o próprio caminho da pesquisa” (p. 85) e, para tanto, indico que, às vezes, não é um documento ou nem mesmo uma série específica de artigos que nos fornece inspiração, mas sim uma temática, no meu caso, a saúde visual, que em documentos distintos serve como um indicador para que possamos buscar promover a desfamiliarização de algumas questões e situações que consideramos rotineiras e banais.

Um dos aspectos que me levaram a optar por trabalhar com a perspectiva dos Estudos Culturais foi a possibilidade de combinar diversas metodologias, colocando-as em articulação, procedimento que tais estudos autorizam, já que neles não há uma metodologia que seja em especial recomendada para desenvolvê-los, ou mesmo que lhes seja peculiar ou própria. Nesse campo será preciso, então, assumir procedimentos de pesquisa de outros campos e inclusive combiná-los.

Ao mesmo tempo, foi necessário proceder a leitura de vários artigos e livros indicados por minha orientadora. Já de posse de algumas das matérias coletadas, comecei a reparti-las em categorias, por exemplo: o que era sobre mídia, propaganda, artigos sobre as Campanhas de Saúde, artigos direcionados à saúde visual e, assim por diante, buscando ver quais dentre esses materiais me instigavam a conduzir sobre eles uma investigação mais detida.

Cabe indicar que, após examinar algumas dissertações e teses, um dos procedimentos metodológicos dos quais busquei me aproximar foram as análises textuais e discursivas. Destaco, também, que a direção das análises discursivas que resolvi empreender centram-se, especialmente, “não no que a linguagem *significa*, mas no que ela *faz*” (ROSE, 2001, p. 159). Assim, não tratei os discursos da *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*, um dos textos que examinei neste estudo, como um mero texto que traz informações, relatos de processos pedagógicos bem-sucedidos e registros de consecução de parcerias eficientes, mas como um texto que “faz”, que gera efeitos sobre a conduta dos indivíduos, que conduz, mas que também produz, seduz e mobiliza os que são “visualmente saudáveis ou não” na direção de tornarem-se possuidores de uma “boa saúde visual”.

Como já indiquei acima, meu estudo está inspirado no campo dos Estudos Culturais, que em algumas de suas vertentes, especialmente, as mais atuais, têm buscado fazer uma aproximação entre o pensamento de Foucault e o campo dos Estudos Culturais. Fazendo esclarecimentos nesta direção, Veiga-Neto (2000) indica que

sob o ponto de vista metodológico, os Estudos Culturais dividem-se em duas amplas tendências: uma [que] está mais voltada à etnografia — principalmente no que concerne ao estudo de populações urbanas e dos chamados grupos minoritários —; [e] a outra, às análises textuais — envolvidas mais com o estudo da comunicação de massas e da literatura produzida por e para as classes populares. (p. 39-40).

Neste estudo, optei por seguir a segunda tendência indicada por Veiga-Neto neste excerto, que corresponde — como já referi acima, às análises textuais focalizando minha atenção nos textos oficiais, em alguns textos “científicos” do

campo da saúde visual, em uma propaganda de lentes oftálmicas e em alguns *folders* que fazem propaganda de lentes para as óticas, textos esses que considereei como artefatos culturais que exercem efeitos pedagógicos sobre seus leitores.

Já sobre o "uso" de Foucault, Veiga-Neto (2000) considera que é possível utilizar-se "porções" do seu pensamento para a realização de investigações (p. 42). Foi nessa direção que procurei conduzir meu estudo; ou seja, que busquei aproximar-me do modo como esse autor lida com a noção de discurso, valendo-me especialmente da leitura que dele faz Veiga-Neto (2000), bem como dos ensaios analíticos realizados por Santos (2002), Santos (2004) e Dazzi (2002). Fazer esse uso de Foucault é interessante, como destacou Veiga-Neto (1995), não pelas soluções que possamos dele derivar, mas pelas perguntas que seu pensamento nos incita a formular, que nos mostram "a necessidade de colocar tudo sob suspeita" (p.49).

Recorro agora a Corazza (2002), autora que discute as práticas de investigação fazendo uso da metáfora do labirinto, para continuar a esclarecer o que inspirou minhas análises.

Para essa autora (ibid):

[...] cada prática de pesquisa é uma linguagem, um discurso, uma prática discursiva, que sempre está assinalada pela formação histórica em que foi constituída. Formação histórica esta que marca o lugar discursivo de onde saímos; de onde falamos e pensamos; também de onde somos faladas/os e pensadas/os; de onde descrevemos e classificamos a(s) realidade(s). Como aquilo que nos cerca e nos constitui, que para nós desenha a "coisa" a ser investigada, e também, como Deleuze "aquilo com o que estamos em vias de romper para encontrar novas relações que nos expressem" (p. 124).

Nesta dissertação, percorri muitos labirintos e, para tanto, busquei utilizar teorizações, que me permitissem ir garimpando os discursos inseridos nos textos já referidos e nos embates estabelecidos em torno da saúde visual.

Cabe ainda referir que o objeto de um discurso pode prestar-se a inúmeras análises, pois os jogos de relação encontram-se dentro e fora dos discursos e são

também inúmeros. O discurso para Fischer (1995) não deve ser definido como um conjunto de signos, mas, como uma prática que sistematicamente forma os objetos de que fala. Os discursos são produzidos a partir de lugares definidos na organização e estruturação social e são endereçados a interlocutores que, supostamente, compartilham a mesma comunidade discursiva. O discurso também apresenta regularidades intrínsecas a ele mesmo, através das quais seria possível definir uma rede conceitual que lhe é própria. As regras discursivas se impõem aos que tentam falar ou falam de um corpo discursivo determinado e, sendo assim, importa dissecar os discursos enquanto efeitos de sentido, produzidos no momento da interlocução. Segundo Rose (2001), “Como método a análise do discurso presta meticulosa atenção às imagens e a sua produção e efeitos sociais” (p. 141)

As práticas discursivas, conforme Foucault (1996), enquanto um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, definem em uma época dada e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística as condições de exercício da função enunciativa. São as práticas que, vistas de um determinado campo, constituem as formações discursivas – ou seja, tudo aquilo que pode e deve ser dito a partir de uma posição dada em certa conjuntura – que se inscrevem entre diversas outras formações, isto é, tais formações não têm um lugar fixo movimentando-se como uma fronteira que se desloca em função dos combates, das lutas ideológicas.

Para a análise da formação discursiva, Foucault (ibid) introduz quatro categorias descritivas: os objetos, os sujeitos, a formação das modalidades discursivas e as estratégias. Dessa forma, nessa perspectiva, busca-se descrever os acontecimentos discursivos procurando encontrar as unidades existentes.

O discurso como escritura enunciativa atua no universo, no campo e no espaço discursivo onde as formações discursivas circulam numa dada conjuntura e digladiam-se em lutas de saber/poder constituindo subconjuntos de um determinado campo discursivo. Na análise do discurso, Fischer (1995) coloca que o intertexto compreende o que é efetivamente citado pelo discurso, os fragmentos nele presentes; e, um ponto de partida metodológico seria considerar em sua simplicidade o “dito”, o citado por aquele discurso ele mesmo.

Fairclough (2001) refere, por exemplo, que a relação entre a fala e seu contexto verbal e situacional não é transparente, pois essa pode afetar o que é dito ou escrito, bem como o modo como isso é decifrado, pois as formações discursivas podem variar de uma para a outra estrutura.

Fairclough (2001) argumenta ainda que:

Não se pode, portanto, simplesmente apelar ao contexto para explicar, como muitos lingüistas fazem na sociolingüística e na pragmática: é preciso voltar atrás para a formação discursiva e para a articulação das formações discursivas nas ordens de discurso para explicar a relação contexto-texto-significado (p. 73).

De acordo com Fairclough (2001), discurso representa “o uso da linguagem como forma de prática social” (p. 90) - é uma forma de mediação entre o homem e a realidade social. Da relação entre textualidade e discursividade, depreende-se que discurso não é um conjunto de textos, mas uma prática, cuja finalidade é produzir uma prática simbólica. Assim, compreender como um texto funciona, como ele produz sentidos, implica compreendê-lo enquanto objeto lingüístico e histórico, ou seja, como discurso.

Tentando lidar com uma “nova” perspectiva analítica

Para buscar lidar com um “novo” campo inspirador, precisei estabelecer alguns critérios para a organização e seleção do material que compõe o *corpus* desta análise. Consegui reunir o material da *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*, que foi lançado e editado em 2002, o qual consta em anexo. Para desenvolver a análise tanto dos Manuais, dos livros de histórias, bem como do filme que integram essa Campanha, procurei *palavras* que me fornecessem pistas acerca de *como* neles se falava de saúde visual/ocular.

Também foi necessário entrar em contato com alguns dos fabricantes de lentes oftálmicas a fim de conseguir *folders* endereçados a clientes das casas de ópticas, bem como o filme de uma propaganda de lente oftálmica que foi veiculada na televisão comercial no ano de 2005.

Dentre as propagandas do material óptico (lentes oftálmicas), selecionei aleatoriamente 4 dos 9 *folders*³³ que me foram enviados pelos fabricantes. Busquei, ao analisá-los, deter-me, especialmente, no exame de como a tecnologia é neles salientada como um requisito para possibilitar o alcance de boas condições de visão. Para melhor destacar os aspectos contidos em tais *folders*, organizei o quadro abaixo:

³³ Estes *folders* encontram-se presentes nas casas de ópticas desde 2004.

Tipo de lente	Ano da veiculação dos <i>folders</i>	Qualidades destacadas	Argumentos	Endereçamento
Trivex	2005-2006	Resistência, qualidade óptica, segurança, conforto, Transparência Proteção contra os Raios ultravioleta.	Melhor material para as lentes; melhor conforto visual; proteção UV contra patologias oculares; Premio Excelência da <i>Optical Laboratories Association</i>	Crianças, jovens, adultos e idosos.
Hoyalux Summit 14	2005-2006	Tecnologia japonesa	Liberte-se das limitações, varie estilos, inove seu <i>look</i> . Liberdade para usar, liberdade para ousar. A lente progressiva que une tecnologia e moda.	Adultos presbitas e idosos.
Transitions	2005-2006	Qualidade visual, saúde, conforto, tecnologia.	Melhoram a qualidade da visão. 100% de proteção dos raios ultravioletas. Ajudam a prevenir doenças como a catarata. Tranqüilidade, credibilidade, garantia de qualidade seja qual for a sua necessidade visual.	Crianças, jovens, adultos e idosos.
Essilor	2004-2006	Saúde visual; Conforto; adaptação; estilo de vida; orçamento; para qualquer tipo de armação.	O funcionamento do olho; defeitos refrativos; Como identificar os primeiros sinais da miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia e como eles enxergam. Orçamento; inovação; elegância.	Crianças, jovens, adultos e idosos.

Quadro nº 2: A representação da saúde visual nos *folders* de propaganda das lentes oftálmicas nas casas de ópticas

Compete destacar que cada *folder* é uma propaganda de um determinado tipo de lente e que nele são invocadas as “qualidades” tecnológicas das lentes

anunciadas - suas características físicas, bem como a dos materiais empregados na fabricação das mesmas, sendo que nelas me deterei no capítulo 5.

O endereçamento das Campanhas e as propagandas de lentes

Como também já indiquei a partir de minhas questões de investigação, examino a quem são endereçadas as Campanhas – a quem elas elegem como seu público, e quem essas pensam que são os sujeitos a quem se direcionam. O endereçamento, como destacou Ellsworth (2001), é relacional. O endereçamento convida “não apenas à atividade da construção do conhecimento, mas também à construção do conhecimento a partir de um ponto de vista social e político particular” (p.19). Cabe lembrar que “modo de endereçamento” é uma expressão cunhada nos estudos de cinema, mas que esse conceito tem sido aplicado, com frequência, para se pensar sobre como outros artefatos culturais se dirigem, são enviados, ou seja, são endereçados a seus públicos. Como tem argumentado Ellsworth (ibid), esses artefatos da cultura (filmes, livros, propagandas, literatura, revistas, campanhas, *folders* etc.)

são feitos para alguém. Eles visam e imaginam determinados públicos. [...] [O endereçamento convida] não apenas à atividade da construção do conhecimento, mas também à construção do conhecimento a partir de um ponto de vista social e político particular (p. 13-19).

Ellsworth (ibid) coloca que “o modo do endereçamento não é um momento visual ou falado, mas uma estruturação - que se desenvolve ao longo do tempo - a partir das relações entre o filme e seus espectadores” ou, no caso de uma Campanha, a partir das relações com o seu público alvo.

Conforme Santos (2002):

De modo geral, pode-se dizer que *modo de endereçamento* tem a ver com a necessidade de apresentar qualquer comunicação, texto ou ação *para* alguém, acerca do qual se pressupõe algumas coisas, imaginando-se como ele é e como se quer que ele seja (p. 113).

A partir da leitura dos materiais que compõem o *corpus* deste estudo pode-se observar como nele são representados alguns problemas relacionados à visão, bem como algumas preocupações e soluções consideradas pertinentes à sua solução. Pode-se, enfim, examinar o modo como se lida com a saúde visual/ocular em diferentes instâncias.

Uma Campanha de saúde volta-se à intenção de mobilizar determinados grupos sociais, especialmente, aqueles que têm menores condições de acesso ao conhecimento, ao atendimento médico sistemático etc. As campanhas buscam atuar, como estou destacando nesse estudo, a partir de análises conduzidas nos trabalhos de Santos (2002) Santos (2004) e Dazzi (2002), no governamento dos sujeitos e das populações; elas podem ser vistas como estratégias e táticas particulares de governo direcionadas à adoção de comportamentos desejados, no caso que estou considerando, em relação à saúde visual. Cabe indicar, ainda, que, se em um primeiro momento olhei para tais Campanhas como a instância que conteria todas as necessárias soluções para a saúde visual dos brasileiros, posteriormente, a partir da opção que fiz pelo referencial teórico-metodológico que assumi, passei a vê-las como também contendo “verdades” construídas culturalmente. Assim, comecei a lidar com os materiais que as compõem com um “novo” olhar, onde os textos dos manuais não mais são, apenas, os portadores de verdades estabelecidas e enunciadas, por exemplo, nas declarações dos especialistas que idealizaram tais Campanhas, mas, também, instâncias instituidoras de significados e de práticas de diferentes ordens – nelas, por exemplo, passou-se a atribuir, inclusive, uma nova função aos professores das escolas, como estarei indicando a seguir nas análises.

No caso das Campanhas que examinei, essas parecem endereçar-se, prioritariamente, às crianças das classes ditas populares que freqüentam as escolas públicas e, especialmente, às crianças que estão ingressando nas escolas.

Já os *folders* de propaganda de lentes voltam-se a um outro tipo de público – jovens homens e mulheres que prezam a beleza e valorizam as inovações tecnológicas.

Cabe destacar que o endereçamento também pode “errar” seus públicos de uma forma ou de outra, como destacou Ellsworth (ibid), pois não existe um único endereçamento, além de não existir, também, um ajuste exato tanto da mira como da resposta obtida. Mas é interessante pensar acerca do que Ellsworth (2001) diz acerca do efeito do endereçamento no ensino: “no ensino, o poder de endereçamento reside em seu caráter indeterminado” (p. 44). Penso que é possível estender essa consideração às Campanhas – essas também não podem controlar, prever e dirigir os efeitos que se espera tenham sobre os sujeitos a quem se endereçam e, talvez seja o “erro de endereçamento”, um dos motivos que levam tantas crianças a faltarem aos agendamentos de consultas feitos a partir das triagens executadas nas Campanhas que examinei, tal como estarei indicando a seguir. Enfim, como Ellsworth (ibid) também salientou, “os públicos”, neste caso os pequenos estudantes das escolas públicas brasileiras, não são simplesmente “posicionados” a partir de um determinado modo de endereçamento. Muitos outros fatores operam neles paralelamente.

De qualquer forma é importante indicar que a *Campanha Olho no Olho* pretendeu ensinar aos (às) professores (as), o modo como deveriam proceder para medir a acuidade visual dos escolares. A fita de vídeo (que acompanha os materiais que compõem a Campanha) é bastante explícita neste sentido, ao detalhar os procedimentos a serem seguidos. Essa Campanha que se volta às crianças, pretende atingir, ainda, seus pais e/ou responsáveis.

Cabe indicar, também, o conjunto diversificado de materiais que compõem a Campanha - o filme, os manuais, os livros de histórias, as cartas endereçadas aos professores e diretores, que entendi serem produtos criados para trabalharem articuladamente na direção do sucesso da campanha junto a determinados públicos que, mesmo não podendo ser claramente mapeados, são imaginados e desejados por seus idealizadores. Certamente várias hipóteses sobre aqueles a quem se destinam as Campanhas foram feitas e estiveram presentes na sua criação. O mesmo pode-se dizer em relação aos programadores dos *folders* sobre lentes oftálmicas. Criam-se marcas que passam a identificá-las, diferenciá-las e a configurá-las como ideais para determinados públicos imaginados, marcas essas

que incluem desde aspectos estéticos até os pessoais, passando, necessariamente, nesse caso, pelo consumo.

CAPÍTULO 4

UMA BREVE INCURSÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para o entendimento da saúde pública hoje, faz-se necessário uma retrospectiva, ainda que superficial, da introdução e implementação de projetos sanitários extensivos a toda a população brasileira a partir de seu início.

Cabe lembrar que o Ministério da Saúde (MS) só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1920, muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha seu início já em 1808, quando da vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em fuga das hostes napoleônicas, com a criação da escola profissional de medicina, assim como de outras instituições culturais (Dantes, 1995). Mas o MS faz um relato acerca da história da saúde pública brasileira, no qual são destacadas ações bem mais recentes – as procedidas a partir dos anos de 1960, incluindo, inclusive, críticas a decisões e direções imprimidas aos projetos realizados, conforme publicado em seu *site* oficial:

A desigualdade social, no início dos anos de 1960, marcada pela baixa renda per capita e pela alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziu o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panacéia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas teve marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde.

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde fosse o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Ficaram as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

Do final da década de 1980 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema³⁴.

Cabe destacar que as discussões acerca das políticas de saúde desenvolvidas no Brasil iniciaram-se logo após a 1ª República (1889-1930), mas que

³⁴ Texto retirado do *site*: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=401>. Acesso em: 04/04/2006.

a emergência do planejamento em saúde na América Latina e no Brasil ocorreu a partir dos anos de 1960, quando foi sentida a necessidade de formulação da política de saúde antes mesmo da elaboração de um plano ou de um programa pelo Centro Panamericano de Planificación en Salud e pela Organização Pan-americana de Saúde (CPPS/OPS)³⁵ (PAIVA, 2005).

No excerto apresentado acima, há o registro, principalmente, de informações gerais acerca da estrutura de gerenciamento da saúde no Brasil. Cabe salientar que no Brasil, a partir dos anos de 1990, vêm se incorporando progressivamente à cultura e à legislação a máxima de que saúde é direito de todos e dever do Estado. Entretanto, as políticas públicas para o setor favorecem a aceitação da idéia que a saúde se consolida mediante o acesso a serviços, particularmente ao tratamento médico. A implementação de modelos centrados em hospitais, em consultas médicas e no incentivo ao consumo de medicamentos vem resultando em uma forma de atenção à saúde baseada principalmente em ações curativas, desencadeadas apenas quando uma doença já está instalada e o indivíduo precisa de ajuda.

Um marco importante, como destacado na Constituição de 1988, através da Lei nº 8.080 que implanta o Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme definido em lei, o SUS tem caráter público, é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde. Isto é, há o reconhecimento de que ações fundamentais para a melhoria da saúde da população escapam ao domínio do setor saúde e exigem a participação integrada dos diversos setores da Política Social (MENDES, 1996).

A concepção abrangente de saúde assumida no texto constitucional aponta para

uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja

³⁵ Texto preliminar do projeto: “História da cooperação técnica em Recursos Humanos em Saúde no Brasil”.

A Constituição legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, assim como cita o dever do poder público em prover pleno gozo desse direito. Trata-se de uma formulação política e organizacional para reordenar os serviços e ações de saúde, baseada em princípios doutrinários que dão valor legal ao exercício de uma prática de saúde ética, que responda não a relações de mercado, mas a direitos humanos, como seguem abaixo:

Universalidade: garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão.

Eqüidade: direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade.

Integralidade: a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade.

Acessibilidade: implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente a pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

O SUS, na forma como é definido em Lei nº 8.080, segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o País, prevendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Embora a nossa conquista Constitucional de saúde como um direito de todos os cidadãos e como dever do Estado esteja garantida, mediante políticas sociais e econômicas e, reconhecendo, ainda, que entre as políticas sociais promovidas pelo Estado Brasileiro, a da saúde ainda é a mais inclusiva, pois através do SUS é proposta o acesso universal, com atendimento integral e gratuito, vivenciamos dificuldades de implantação e implementação destes sistemas.

Há na berlinda uma posição neoliberal que pretende reduzir ao máximo as responsabilidades do Estado no atendimento à Saúde, quebrando, assim, o princípio da universalidade inscrito na Carta Federal. A conseqüência desta política, portanto, é a desnutrição dos serviços sociais, fazendo com que mesmo aquelas áreas onde o

³⁶ Fonte: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS — Doutrinas e princípios* (1990).

Estado está constitucionalmente obrigado a atuar, sejam tratadas como não merecedoras de investimentos e atenção, provocando um agravamento da situação do atendimento à saúde da população, principalmente a mais carente (CEBES, 1997).

Mas o que se entende por política de saúde? Paim (1999) indica que: “entende-se como política de saúde as formas historicamente determinadas, de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (p. 489).

No que se refere às políticas de saúde pública, pode-se dizer que diferentes tendências convivem nos cenários sociais, algumas vezes de forma contraditória e, outras, de forma complementar. Uma dessas tendências, o modelo médico-assistencial privatista, é centrado fundamentalmente na demanda espontânea, enquanto o modelo assistencial sanitarista, que tem um caráter geralmente temporário e que visa combater as epidemias, busca exercer o controle de determinados agravos através de, por exemplo, campanhas de vacinação. Tal modelo sanitarista campanhista assume, por vezes, uma visão militarista no combate às doenças de massa com concentração das decisões nos órgãos gestores e intervenções bastante diretas nos e sobre os corpos dos indivíduos. É possível dizer, ainda, que esse modelo tem como agente não mais o médico, mas o sanitarista, que tem como objeto de estudo os modos de transmissão e os fatores de risco das diversas doenças numa perspectiva epidemiológica, que é utilizada nas campanhas, nos programas especiais, no sistema de vigilância epidemiológica (imunizações, por exemplo) e sanitária e nas atividades educacionais.

Como já destaquei, as campanhas sanitárias têm um caráter geralmente temporário e requerem uma grande mobilização de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades, visando objetivos bem definidos. O Governo utiliza-se das mesmas, como destacou Santos (2004) por agirem diretamente sobre a população. Destaco, a seguir, algumas das campanhas já realizadas em saúde pública detendo-me, especialmente, na situação brasileira.

Algumas campanhas de saúde pública brasileiras

Para que eu possa tecer alguns comentários acerca da situação hoje existente em relação às campanhas de saúde, penso ser interessante conhecer alguns aspectos históricos envolvidos neste processo de promoção. Ressalto, no entanto, que não pretendo reconstruir a história geral das Campanhas de saúde já desenvolvidas no Brasil, mas incursionar por alguns aspectos que me parecem ter relevância para as questões que levanto.

Começo, então, destacando, que as primeiras campanhas sanitárias de que se têm notícias foram as iniciadas a partir das experiências com a Vacina da Varíola, em 1796, por um inglês, Edward Jenner, iniciativa que se espalhou logo a seguir pelo mundo e pelo Brasil (FERNANDES, 2003 e PONTE, 2003).

Foi no final do século XIX e no início do século XX que, no Brasil, Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Vital Brasil, todos eles sanitaristas, passaram a utilizar a vacina como um meio de prevenção da saúde, a exemplo do que se verificava no cenário internacional.

Há episódios interessantes nesta fase embrionária, bem como oportunas análises sobre elas, como as desenvolvidas, por exemplo, relativamente ao episódio conhecido como a “Revolta da Vacina”, que ocorreu em outubro de 1904. Naquela época, o Brasil vivia um momento politicamente conturbado, com a população revoltada contra a dominação oligárquica representada pela Velha República. O governo tinha emitido um decreto-lei que instituía a vacinação obrigatória contra a varíola para todas as pessoas com mais de 6 meses de idade e a medida causou repulsa pela maneira autoritária como foi tomada. Logo, opositores do regime republicano começaram a invocar tal decisão para manifestar-se contra o novo governo. Parece ridículo isso, hoje, mas eles argumentavam, por exemplo, que a vacinação era um atentado contra o pudor das mulheres, porque elas teriam que desnudar os braços para os vacinadores da Saúde Pública! (SABBATINI, 2005).

De qualquer forma esse episódio ficou conhecido, na época, como “o mais indomável movimento popular ocorrido no Rio de Janeiro” e o governo revogou a

obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional para todos os cidadãos. A “revolta” exigiu que o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a sociedade, testando nos anos seguintes novas formas de organização das ações em favor da saúde coletiva (BERTOLLI FILHO, 2004).

A ocorrência de doenças tropicais endêmicas, que caracterizaram o Brasil na segunda metade do século XIX como o “lugar mais insalubre do mundo”, e os avanços da microbiologia ocorridos no final do século XIX, a partir da revolução pasteuriana processada na Europa, fizeram da medicina, da higiene e da saúde pública as áreas em que ocorreram as maiores transformações. Nas escolas médicas do Rio de Janeiro e de Salvador, entretanto, a microbiologia só chegou com a lei de 1901, que criou esta disciplina, mesmo que, em 1904, tais alunos, no RJ, tivessem apenas um único microscópio a sua disposição. Surge, nesse mesmo período, uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública, que era complementada por um núcleo de pesquisa sobre as enfermidades que atingiam a coletividade – a epidemiologia (BERTOLLI FILHO, 2004).

Logo a seguir, para tentar controlar a febre amarela, bem como a peste bubônica, os governos estaduais e o federal tomaram providências para adaptar duas fazendas, o Butantã em São Paulo e Manguinhos no Rio, para a produção local do soro e da vacina para combatê-las. O Instituto Bacteriológico de São Paulo, criado em 1892, e logo sob a direção de Adolfo Lutz, organizou, também, um Instituto de Vacinação, dirigido por Vicente de Carvalho, e um laboratório de análises clínicas, que o diretor dos serviços sanitários, Emílio Ribas usou para construir o centro de pesquisas e produção de soros, fundando em 1899, sob o nome de Instituto Soroterápico Butantã. Cabe destacar que o Instituto Soroterápico Federal de Manguinhos, inspirado no Instituto Pasteur de Paris, onde Oswaldo Cruz estudara, se tornou a mais importante instituição científica brasileira.

Cabe indicar, ainda, que, bem mais tarde, foi colocada em prática uma política de abrangência nacional a partir da instituição, em 1966, da Campanha de Erradicação da Varíola. Assim, então, cabe destacar que, desde o final do século XIX até o início dos anos 1960, predominou no país, no que se refere à saúde

pública, o modelo do sanitarismo campanhista. E, também, que este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Superintendência de Campanhas de Saúde (Sucam), em 1970, no combate a diversas endemias como: Chagas, Esquistossomose e outras (PONTE, 2003 e NUNES, 1998).

Na minha infância, há algumas décadas atrás, era comum ver-se nas ruas pessoas com as marcas da varíola. Tive todas as "doenças infantis", desde o sarampo à rubéola e à catapora, pois sou filha de uma professora primária, a qual servia de veículo das "doenças das crianças do grupo escolar", onde lecionava, para dentro de nossa casa. Lembro, também, de minha preocupação ao tomar a vacina da varíola, pois ela deixava uma marca, uma cicatriz, a qual era exibida, comparada, avaliada e comentada entre a turma do colégio. Naquela época era bonito ter aquela marca no corpo, era uma espécie de passaporte de saúde. Estava protegida contra a doença, mostrava ser uma cidadã comportada, disciplinada e saudável. Faço tal comentário para indicar, mesmo que de forma breve e pontual, algumas das direções em que se dão disciplinamentos operados pelas campanhas de promoção à saúde. Tais Campanhas - e cabe destacar o impacto que o surgimento das vacinas Salk e Sabin contra a poliomielite tiveram na segunda metade do século XX, o que pode ser associado à intensificação das campanhas de uso da vacinação³⁷ - atuavam normalizando, classificando, fiscalizando e governando a população e os corpos dos sujeitos, ao definirem alguns procedimentos como capazes de permitir com maior segurança a manutenção da saúde. Relativamente às instituições que foram objeto de seus estudos; isto é, em processos como esse promovem-se observações, análises e documentos sobre o corpo humano, que funcionam, ao mesmo tempo, como um laboratório para aumentar o conhecimento sobre o corpo, mas, também, o vigiam, disciplinando os usos que dele fazemos, desempenhando, ainda, uma função constitutiva sobre eles.

Retomando a incursão à história que vinha procedendo, indico, ainda, que a partir da década de 80, o governo brasileiro passou a se valer com mais frequência

³⁷ Isso foi em grande parte motivado pela constituição do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1974, bem como pela instituição, em 1977, do Fundo Rotatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ações que são, também, associadas à erradicação da poliomielite das Américas, na década de 1990 (Ponte, 2003), o que pode ser visto como um dos efeitos produtivos e positivos da utilização de Campanhas de promoção à Saúde no Brasil.

de ações publicitárias para veicular suas campanhas de prevenção e informação sobre a saúde junto à população. A intensidade com que isso passou a ser feito relativamente à prevenção do HIV/AIDS, por exemplo, nos anos de 1990 pode ser configurada, como destacou Santos (2002), como algo novo, tendo em vista não apenas o volume de recursos públicos disponibilizados para tal, como o modo como tais atividades passaram a ser veiculadas, especialmente na televisão e no rádio.

Na já referida tese de Santos (2002), o autor destaca que até os anos de 1980, as campanhas de grande alcance midiático eram incipientes e pouco sistemáticas³⁸. Santos (ibid) aponta que as primeiras campanhas de prevenção de massa comunicadas via televisão pautavam-se em um modelo que valia-se de uma modalidade discursiva por ele denominada “discurso publicitário biomédico” [...] “que se articula tanto no modelo campanhista quanto nesses outros variados programas de saúde que constituem o modo/formato de se falar sobre a saúde na televisão” (p. 52-60).

Neste sentido, também é possível enfatizar que o sucesso das cruzadas de imunização para algumas doenças como o sarampo e a gripe, por exemplo, associa-se à propaganda – ou seja, a estratégia de valer-se da divulgação feita pelos meios de comunicação de massa conseguiu mobilizar uma parcela considerável da população como a própria mídia enfatizou: de todos os pontos do país, em canoas, bicicletas, carroças e tratores, pessoas dirigiam-se aos cerca de 90 mil postos de vacinação, fixos e volantes, estimuladas por algumas iniciativas governamentais. Para cada dia nacional de vacinação contra a pólio, havia a intenção de distribuir cerca de 36 milhões de doses de imunizante para atender a aproximadamente 20 milhões de crianças (FIOCRUZ, 2005) o que pode ser considerado como um número muito significativo de participações.

Em 2004, completou-se um século da Primeira Campanha de Vacinação em massa feita no Brasil, por Oswaldo Cruz, por isso apontado, tantas vezes, como o

³⁸ Esse autor (op. cit.) analisou uma série de materiais e documentos relativos às campanhas de prevenção ao HIV/AIDS, notadamente os *clipes* veiculados na Tv.

fundador da saúde pública no país, contando atualmente o Programa Nacional de Imunizações com mais de 30 anos (foi criado em 18 de setembro de 1973)³⁹.

Passo, na próxima seção, a deter-me um pouco mais em algumas outras propostas de prevenção à saúde praticada pelos poderes públicos brasileiros.

Algumas Campanhas e trabalhos referentes à saúde visual/ocular brasileira

Compete iniciar destacando que, como já indiquei anteriormente através de muitos excertos, a maior parte dos autores de artigos publicados sobre saúde ocular são oriundos do campo da Medicina, sendo muitos desses textos bastante técnicos e dirigidos a um público alvo específico. Pareceu-me, no entanto, oportuno considerá-los para que se tornasse possível algum entendimento sobre como o discurso médico vem posicionando os problemas sanitários relativos a tal campo, bem como as soluções para esses considerados possíveis.

Muitos desses artigos, que passarei a indicar a seguir, giram em torno de números, isto é, trazem indicações percentuais - acerca de quantos sujeitos são portadores de deficiências visuais ou não. Conforme Santos (2002) há uma “episteme de quantificação” (p. 24), que está presente nos modos pelos quais são apresentados muitos dos documentos oficiais, bem como grande parte dos artigos escritos por especialistas.

Como também destacou Santos (2002), “a estatística é um modo de descrever as populações através do cálculo da média de algumas características” (p. 24) (no caso que estou me atendo essas correspondem, geralmente, aos erros refrativos e às patologias oculares). Ela é representada por números e “os números são, de forma geral, um modo de governar. Eles constituem uma das tecnologias de governo” (p. 24). Neste sentido eles representam, e estabelecem uma norma que

³⁹ Conforme publicado no *site*: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_30_anos_pni.pdf>

funciona como regra para a regulamentação da população, ou seja, numa sociedade de normalização ela articula o poder disciplinar e o biopoder⁴⁰.

Cabe ainda salientar, como também destacou Santos (ibid), que muitas vezes o interesse em uma população saudável, perfeita, normal, por parte do Estado, incide em uma questão mercantilista de produção, ou seja, é necessário investir-se na produção de sujeitos governados e adestrados para a produção e o consumo (ibid). Nessa direção, como refere Dazzi (2002), “transformadas em números, as populações podem ser planejadas para serem educadas, curadas, reformadas, punidas e, com o apoio das “novas ciências da alma humana” – as psicologias, podem ser inscritas e calibradas por meio de suas patologias e anormalidades.

Como destacou Foucault (1997), para gerir essa população, no caso, a representada nas estatísticas é

preciso, entre outras coisas, uma política de saúde que seja suscetível de diminuir a mortalidade infantil, prevenir as epidemias e fazer baixar as taxas de endemia, intervir nas condições de vida para modificá-las e impor-lhes normas (quer se trate da alimentação, do habitat ou da organização das cidades) e assegurar os equipamentos médicos suficientes (p. 86).

As Campanhas atuam na direção e sentido apontados, estabelecendo parâmetros para o enquadramento dos grupos humanos em padrões de normalidade.

Recorrendo, novamente, a estratégia de realizar uma incursão à história⁴¹, cabe destacar que a primeira produção científica sobre a área da saúde ocular,

⁴⁰ Essa é uma espécie de poder que se aplica à vida dos indivíduos; mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos, o que importa é que tais corpos são tomados naquilo que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie. Se o poder disciplinar fazia uma anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana. “[...] e a população é o novo conceito que se cria para dar conta de uma dimensão coletiva que, até então, não havia sido problemática no campo dos saberes” (VEIGA-NETO, 2004, p. 87).

⁴¹ Para tentar traçar uma linha de tempo que incluía as primeiras Campanhas de saúde visual/ocular brasileiras, foi necessário recorrer às publicações das revistas dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, Revista Brasileira de Oftalmologia, Clínica Pediátrica, também aos Anais dos Congressos de Prevenção da Cegueira e aos *sites* de pesquisa como o Bireme e o Scielo, bem como a dissertações e teses defendidas na área da saúde ocular.

editada sob a forma de um periódico, no Brasil, foi a Revista Brasileira de Oftalmologia, publicada no Rio de Janeiro ao final do século XIX, (KARA-JOSÉ, 1993).

Foi na década de 1930, em plena epidemia de tracoma⁴², que se têm notícias dos primeiros trabalhos na saúde visual ocular voltados à primeira infância, nos quais salientava-se que o combate à doença, em território brasileiro, tivera início na região de Campinas. Burnier (1932), tal como constava em muitas das proposições que apontei em seção anterior (*Algumas campanhas de saúde pública*), mesmo que essas tenham sido difundidas muito posteriormente, ressaltava a necessidade de união do poder público e da sociedade para que fosse possível empreender a cruzada internacional contra o tracoma. Sua proposta também pode ser considerada como uma ação de prevenção a seqüelas irreversíveis, no caso a cegueira, tendo em vista que, naquela época, o tracoma se alastrava com muita facilidade, em função dos poucos conhecimentos na área da higiene de uma grande parcela da população. Essa é uma das preocupações que aparece com freqüência, por exemplo, nas publicações em oftalmologia até o ano de 1955, as quais relatam as campanhas experimentais realizadas em Campinas e Piracicaba/SP (SANTOS e UCHOA, 1955).

No Congresso Pan-Americano de Oftalmologia em 1954 foi novamente destacado o problema sanitário associado à difusão do tracoma, assim como afirmada a importância da utilização da escola como meio de se combater a doença a partir da abordagem desse assunto em sala de aula nos cursos primários e nos cursos normais. É relevante destacar que, no ano de 1939, circulava no Brasil um texto denominado “A professora na profilaxia do tracoma”, publicado nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia (Amendola, 1939), fato que atesta, já naquele momento, a associação, tantas vezes já configurada como necessária, tal como foi indicado neste texto a partir dos excertos de Conferências, Seminários Etc, entre ações de saúde e ambientes escolares. Destacava-se já, nessa situação, a importância da

⁴² Tracoma é uma doença transmitida de olho a olho por moscas, contato corporal, e a manutenção e a disseminação da infecção em uma população são facilitadas pelo superpovoamento, más condições de higiene e especialmente escassez de água para lavar o rosto. As crianças são o principal reservatório de doença, contato olho no olho através das moscas constitui um fator capital na transmissão da doença (SPALTON, HITCHINGS E HUNTER, 1995).

associação das ações em saúde à escola - local ao qual ocorria um grande número de jovens e no qual muitas seriam as possibilidades de desencadear-se um efeito multiplicador - para permitir a otimização de recursos humanos e financeiros necessários para atingir-se sujeitos de diferentes classes sociais. Cabe referir, ainda, que aproveitando o mesmo canal da escola, iniciou-se também a detecção e o combate à ambliopia, popularmente conhecido como olho preguiçoso, e aos defeitos refrativos tais como a hipermetropia, a miopia e o astigmatismo, que ainda hoje afetam em grandes proporções as populações escolares.

Como destacaram Farias e Netto (1980), no I Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em 1935, foram apresentados trabalhos sobre a prevenção da cegueira (especialmente relativos ao tracoma) e pleiteadas classes para as crianças amblíopes nas escolas oficiais; no entanto, somente em 1941 foram realizados trabalhos direcionados a conceituar esta deficiência, os quais partiam do pressuposto que as crianças amblíopes têm baixo rendimento escolar (PRADO, 1941). Data do ano de 1943, uma das primeiras publicações direcionada aos erros refrativos dos escolares cujo título é: “Sobre os vícios da refração nos escolares de São Paulo” (Santos, 1943); novamente em Antunes (1952) destacava-se a importância do professor para a detecção do tracoma no artigo “A cooperação do professor primário na profilaxia do tracoma”.

A partir de 1969 as publicações científicas sobre os problemas oculares começaram a diversificar os temas relacionados à prevenção da cegueira: Rocha (1969) enfatizava que para prevenir a cegueira seria preciso alfabetizar e educar o povo, “alimentá-lo, instruí-lo, erradicar as endemias, oferecer-lhe médicos e medicamentos [...] remodelar a assistência médica da Previdência Social” (p.14); Brik (1971) referia em estudo realizado sobre a ambliopia, na cidade de Curitiba, que para evitá-la seria preciso detectá-la precocemente antes dos 6 anos de idade – ou seja, o tratamento ideal seria a profilaxia; já Figueiredo (1974) indicava a alta incidência da ambliopia na população brasileira e chamava a atenção das autoridades brasileiras para os problemas sociais dela derivados, sugerindo que o governo implantasse o exame oftalmológico obrigatório em pré-escolares.

No II Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em 1976, despontaram algumas mudanças na maneira de falar sobre a prevenção da cegueira. Segundo Mais (1977) “observa-se absoluta necessidade de colaboração sinérgica e harmoniosa entre autoridades sanitárias, educacionais, entidades particulares ou oficiais ligadas ao problema da prevenção da visão, meios de comunicação e população em geral” (p. 190).

Na década de 1977, Kara-José, Ferrarini e Temporini publicaram o artigo “Avaliação do desenvolvimento do Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar em três anos de aplicação no estado de São Paulo” (1977). Cabe destacar que este artigo emergiu do Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar (POSE), o qual foi desenvolvido para o quadriênio de 1973-1976, sob auspícios do Governo do Estado, bem como implantado nas escolas de 1º grau da rede de ensino⁴³. Destaco, ainda, que as atividades desse plano foram integradas à programação do Departamento de Assistência ao Escolar da Secretaria de Educação e às atividades de rotina das unidades sanitárias da Secretaria da Saúde. O POSE foi implantado nas 18 Regiões Administrativas do Estado de São Paulo, correspondentes às áreas de jurisdição das Divisões Regionais de Ensino (DRE). Seu público alvo eram os escolares da 1ª série, pré-escola e classes especiais – e mais uma vez aqui se destaca a importância da identificação precoce dos problemas de visão. Nele destacam-se, também, e novamente, a importância da escola e dos professores dessas classes em uma tal ação, sendo que esses, inclusive, transformaram-se na população-alvo desta programação e receberam treinamento por intermédio dos Educadores de Saúde Pública do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), tendo em vista a execução, em nível local (escola), de atividades de oftalmologia sanitária.

A realização de atividades de medida da acuidade visual, observação de sinais e sintomas de problemas oftalmológicos dos alunos, bem como a responsabilidade de tomar providências para o encaminhamento e seguimento de

⁴³ Plano de Oftalmologia Sanitária Escolar; elaborado por Comissão Conjunta da Secretaria da Saúde e Secretaria de Educação. São Paulo, Serviço de Oftalmologia Sanitária do Instituto de Saúde, 1976.

casos foram incorporados às tarefas desses professores e, pretendeu-se, também, ao seu trabalho rotineiro de classe⁴⁴.

A partir de 1977, o POSE foi incorporado às atividades de rotina das Secretarias de Estado da Saúde e da Educação, tendo se transformado no "Projeto de Oftalmologia Sanitária Escolar", do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), gerenciado pela área de Educação em Saúde, mantidos os aspectos de coordenação com os demais órgãos que já vinham atuando, em instância de atendimento médico-oftalmológico, ortóptico e de assistência em educação especial. Essa foi a primeira vez que se desenvolveu um plano integrado em Saúde Escolar entre duas Secretarias de Estado no Estado de São Paulo, sendo que a experiência de trabalho multiprofissional e coordenado mostrou ser altamente valiosa, segundo referem documentos que analisam tal projeto. Outro aspecto salientado em relação a essa mesma proposta por Kara-José é de que ela teria marcado positivamente as aproximações pretendidas entre a saúde pública e a escolar, tendo, inclusive, a metodologia nela empregada servido de inspiração para outras programações, tanto em oftalmologia sanitária, quanto em assistência à saúde do escolar.

Outros estudos, como os desenvolvidos por Scarpi, Kara-José, e Taiar (1977), focalizavam a "Incidência de ambliopia em 1.400 escolares da cidade de São Paulo em 1975". Em função dos muitos estudos publicados pode-se dizer que o ano de 1977 marca de forma excepcional a divulgação dos trabalhos de prevenção à cegueira através dos tempos em nosso país.

Passo agora a citar mais alguns artigos publicados nesta mesma direção, no período de 1979 a 1984, a fim de fornecer mais elementos acerca das direções seguidas pelos estudos desenvolvidos na área da saúde visual/ocular: Macchiaverni Filho et al. (1979) realizaram um "Levantamento oftalmológico em escolares da 1ª a 4ª série do primeiro grau na cidade de Paulínea, São Paulo; Moreira (1980) participou de um "Censo pré-escolar e prevenção da cegueira"; Romani (1981) realizou um "Estudo oftalmológico em escolares na cidade de Jaraguá do Sul (SC); Temporini, Kara-José e Rigolizzo (1983) trataram de questões relacionadas ao

⁴⁴ Secretaria da Educação. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica. *Relatório anual 1977. Projeto 3.3 – Oftalmologia Sanitária Escolar*. São Paulo, 1978.

“Envolvimento de pessoal da comunidade em projeto de detecção de ambliopia em pré-escolares”; e Oréface (1984) dos “Fatores causais dos resultados, muitas vezes negativos, do tratamento da ambliopia”.

Um exame de tais trabalhos permite neles perceber um discurso de preocupação com a saúde visual/ocular dos escolares, que se fortalece em relatos de trabalhos práticos realizados, quase sempre, a partir de iniciativas individuais ou ligados a ações de grupos ligados a alguma universidade. Pode-se dizer que, na prática, não havia até então (1984) um trabalho efetivo em nível governamental, o que pode ser visto como representativo de um certo desinteresse em relação ao desenvolvimento de ações relativas aos problemas visuais/oculares da população.

Pode-se dizer que, no Brasil, ações mais específicas em saúde ocular foram desenvolvidas a partir de 1984, através do Programa Nacional de Saúde Ocular e, novamente, em 1988, quando o Ministério de Saúde criou o Programa Nacional de Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira (TEMPORINI, 1999). Posteriormente, em 1998, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia lançou a Campanha Nacional de Prevenção à Cegueira e Reabilitação Visual “Veja Bem Brasil”, da qual participaram novamente professores das escolas de ensino fundamental, sob a coordenação de entidades como o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, o Ministério da Educação e Desporto, as Secretarias Estaduais de Educação, as Secretarias Estaduais de Saúde e o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE)⁴⁵ (CBO, 1999). Em 1999, o Ministério de Educação e Cultura, por intermédio do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, e em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), idealizou e deu início à *Campanha Nacional de*

⁴⁵ O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) é uma autarquia vinculada ao Ministério da Educação. O FNDE é responsável pela captação de recursos financeiros para o desenvolvimento de uma série de programas que visam à melhoria da educação brasileira. Cabe lembrar que os recursos do FNDE são direcionados aos estados, ao Distrito Federal, aos municípios e às organizações não-governamentais para atendimento às escolas públicas de educação básica. O FNDE é o órgão responsável pela assistência financeira, bem como pela normalização, coordenação, acompanhamento, fiscalização, cooperação técnica e avaliação da efetividade da aplicação dos recursos financeiros, diretamente ou por delegação. Cabe às Prefeituras e Distrito Federal a responsabilidade pelo recebimento e execução dos recursos financeiros transferidos pelo FNDE, bem como às Secretarias Estaduais de Educação fornecer o apoio logístico. A fiscalização da aplicação dos recursos financeiros relativos ao programa é de competência do FNDE e do Tribunal de Contas da União, mediante a realização de auditorias, inspeções, acompanhamento e assessoramento técnico.

Prevenção à Cegueira e Reabilitação Visual Olho no Olho, cujo objetivo explícito era identificar e corrigir os problemas visuais apresentados pelos alunos da primeira série de ensino fundamental da rede pública, nas cidades com mais de 50 mil habitantes, e contribuir na melhora do processo de ensino e aprendizado, visando à preservação da saúde visual das crianças (KARA-JOSÉ; GONÇALVES e CARVALHO, 2006).

Sobre o Programa Nacional Saúde do Escolar (PNSE), criado em 24 de outubro de 1984, a partir da Resolução nº. 24, da extinta Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), indico que seu objetivo era: promover a saúde do escolar do ensino fundamental da rede pública por meio do desenvolvimento de ações educativas, preventivas e curativas nas áreas de saúde, odontologia e oftalmologia⁴⁶.

Cumprir registrar que, naquela época, esse era o único programa federal que atendia em caráter educativo, preventivo e curativo escolares do ensino fundamental das redes públicas de ensino e que justificou-se a necessidade da realização de tal programa, invocando-se o argumento que já referi em seções anteriores e que marca que problemas de saúde interferiam no processo ensino-aprendizagem.

Registro, ainda, que desde a sua criação, o PNSE já teve diversas formas de execução, assumindo estratégias e sistemáticas operacionais diferenciadas, mas mantendo sempre os mesmos objetivos e direcionando-se ao mesmo público.

Entre 1984 e 1986, as ações desse programa foram realizadas de forma descentralizada, com transferências de recursos financeiros, por meio de convênios, para as secretarias estaduais de Educação e de Saúde.

Em 1988, ficou estabelecido no artigo 208, inciso VII da Constituição Federal que “é atribuição do Estado garantir o atendimento à saúde do educando, por meio de programa suplementar de saúde do escolar” (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

⁴⁶ Conforme consta no *site*:

<http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=/saude_escolar/saude_esc.html>. Acesso em: 02/05/2006.

Embora houvesse dotação orçamentária para atender 700 municípios, em 1992, problemas internos da extinta FAE impediram a assinatura dos convênios e, conseqüentemente, o desenvolvimento do programa nos municípios. Naquele ano, foi dada ênfase à capacitação de recursos humanos para o programa, sendo realizado o primeiro curso de agentes de saúde, em Porto Alegre (RS), e o curso de profissionais em oficina ótica, em Brasília (DF).

Nos anos de 1993 e 1994, o PNSE ampliou o seu universo de ação, firmando convênios com 1.140 municípios e executando todas as metas do programa nas áreas de: saúde geral, odontologia e oftalmologia. Realizou, ainda, cursos de capacitação e adquiriu materiais e equipamentos, como clínicas odontológicas, laboratórios óticos, lentes, armações, kits de primeiros socorros, pastilha de flúor etc.

Em 1995, o programa passou por uma grande reformulação e concentrou suas ações em municípios selecionados pelo programa Comunidade Solidária. Os recursos foram repassados aos municípios para aquisição de kits de saúde bucal para alunos da 1ª à 4ª série e kits de primeiros socorros para as escolas. Ainda em 1995, fruto da nova proposta para o PNSE, foi criado o Projeto de Assistência Integral à Saúde do Escolar (PAISE), com o objetivo de desenvolver ações educativas, preventivas e curativas para os alunos da 1ª série do ensino fundamental residentes nos bolsões de pobreza dos municípios.

A finalidade era contribuir para a formação de bons hábitos alimentares e de higiene, bem como atuar na prevenção de doenças e transmissão de noções de saneamento básico. As ações preventivas constituíam-se na realização de exames que possibilitavam um diagnóstico completo da saúde do aluno. Já as ações curativas destinavam-se ao tratamento dos alunos com problemas médicos, odontológicos ou psicológicos, preferencialmente pelas redes credenciadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Finalmente, passo a apresentar a Campanha Nacional e Reabilitação Visual Olho no Olho na qual me detive neste estudo.

A Campanha Nacional de Prevenção e reabilitação Visual Olho no Olho e suas edições

Como coloquei anteriormente, o objetivo central desta Campanha é a identificação e a correção precoce de problemas visuais que possam comprometer o processo de aprendizagem, visando à diminuição dos índices de repetência e evasão escolar. Voltando, novamente, a me valer de dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde, que servem de argumento a favor da realização da Campanha, indico que 10% dos alunos da 1ª série do ensino fundamental apresentam deficiências visuais, necessitando de medidas corretivas. A Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Olho no Olho, edição 2000, seguiu os mesmos moldes das anteriores, porém se estendeu aos municípios brasileiros com mais de 40 mil habitantes. Destaca-se que, neste mesmo ano, foi criado um *site* na internet: www.cbo.com.br/olhonoolho, a fim de interagir com os professores e transmitir os dados e resultados referentes à Campanha (KARA-JOSÉ; GONÇALVES e CARVALHO, 2006).

Se faz necessário indicar a Resolução Nº. 013, de 31 de maio de 2000, que em seu Art. 1º decidiu:

Aprovar a execução do Programa Nacional da Saúde do Escolar - PNSE, para o exercício de 2000, em favor dos Estados, Distrito Federal e Organizações Não-Governamentais, compreendendo o financiamento de ações destinadas à produção de material didático-pedagógico, capacitação de docentes, prestação de serviços e aquisição de aparelhos para correções visual e auditiva.

§ 1º O programa destina-se à identificação e correção precoce das dificuldades visual e auditiva dos alunos matriculados na 1ª série do ensino público fundamental.

Na *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Olho no Olho*, edição 2001, foram incluídas algumas mudanças decorrentes de observações feitas por oftalmologistas e professores, conforme consta o relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) referente à Campanha de 2000 (KARA-JOSÉ; GONÇALVES E CARVALHO, 2006).

Destaco alguns excertos retirados dessas observações feitas pelo CBO:

Captar recursos humanos como agentes de saúde para auxiliar oftalmologistas na orientação dada aos professores para a triagem visual.
Melhorar a capacitação dos professores, não só para triagem como também para orientação aos pais e crianças, sobre a importância da medida da acuidade visual e aceitação do uso dos óculos.

Incentivar mutirões principalmente nas escolas das regiões para aumentar o índice de comparecimento das crianças.

Palestras educativas também deverão ser realizadas durante as Campanhas.

Aumentar a divulgação da Campanha para dar início ao processo de educação da população sobre a importância da visão.

Mostrar à população e a classe política que a Campanha tem um cunho social e filantrópico, não tendo ligação político-partidária, para que aumente a aderência de prefeitos e secretarias à Campanha (KARÁ-JOSÉ; GONÇALVES e CARVALHO, 2006, p. 71 e 72).

Destaca-se, também, que o CBO continuou “sendo o responsável pela elaboração e confecção de todo o material necessário à execução da campanha “Olho no Olho”, enviando-o às escolas” (CARVALHO; KARA-JOSÉ e GONÇALVES, 2006, p. 74).

Segue a transcrição de quadro que traz indicação acerca da abrangência da Campanha Olho no Olho em sua edição 2001:

Público-alvo: Escolares da 1ª série do Ensino fundamental	3.011.442
Municípios participantes	658
Oftalmologistas	2.600
Escolas	46.500
Professores	91.000
Encaminhados	368.844
Consultas	177.284
Óculos receitados	73.775

Quadro nº 1: Quadro estatístico relativo à Campanha Olho no Olho/2001
Fonte: Kara-José, Gonçalves e Carvalho (2006, p. 77).

O Ministério da Educação, por intermédio do FNDE, decidiu, na edição de 2002/2003, concentrar as ações do Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE)

na realização de campanhas nacionais, notadamente na Campanha de Reabilitação Visual Olho no Olho, que passou a ser desenvolvida com base em quatro ações (BRASIL, 2002, p.10).

- 1) Reprodução e distribuição de material didático-pedagógico;
- 2) Triagem de acuidade visual;
- 3) Consulta oftalmológica;
- 4) Aquisição e distribuição de óculos.

Tal programa também indicava que as prefeituras fornecessem todo o apoio logístico necessário, incluindo transporte ao local das consultas médicas, lanche para os alunos e garantia de um local adequado para as consultas, quando o atendimento acontecesse em sistema de mutirão.

Além dos convênios com as prefeituras, a Campanha implica um trabalho de parceria entre as diversas esferas governamentais, a comunidade escolar e a sociedade civil organizada. Segundo os termos dos convênios firmados, caberia também às prefeituras indicar um funcionário para acompanhar todas as etapas da Campanha, informando, posteriormente, ao FNDE o nome e telefone do indicado, por meio de ofício ou do e-mail: olhonoelho@fnde.gov.br.

Após a triagem feita por professores - aqui cabe indicar que as escolas receberam um kit com cartazes, manuais, jogos, oclusores para testes de acuidade visual e fitas de vídeo -, os alunos que apresentassem deficiência visual igual ou superior a 0,7 em pelo menos um dos olhos, estrabismo ou quaisquer dificuldades visuais detectadas conforme critérios oftalmológicos deveriam ser encaminhados para um oculista e deveriam receber óculos.

Destaco, ainda, que a *Campanha Nacional de Prevenção de Reabilitação Visual Olho no Olho*, tal como outras Campanhas que referi, configura a escola como o lugar propício para o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção da saúde, pois, como o texto do Programa destaca, o contato diário do professor com o aluno favoreceria a observação de seu desempenho visual. Além disso, neste Projeto, os professores aprendem a aplicar o teste de acuidade visual,

utilizando-se da tabela de Snellen⁴⁷, bem como são “ensinados” a reconhecerem outras queixas, sinais, ou comportamentos das crianças que possam vir a ser relacionados a alterações do aparelho visual. Porém, como destaca Cabrera (2005), para alcançar-se êxito nesta importante atividade de saúde ocular é imprescindível a adequada preparação dos professores.

Recomendações feitas por autores como Kara-José; Temporini e Russ (2002) indicam que os professores, além de participarem de iniciativas tais como a aplicação do teste de acuidade visual, devem estar atentos a algumas outras situações tais como o baixo rendimento escolar, a falta de atenção, a preguiça e a distração da criança na sala de aula, a timidez, o desinteresse, a fadiga visual, dores de cabeça na região dos supercílios, a testa franzida, tonturas, enjôos, olhos vermelhos, estrabismo, lacrimejamento, o piscar contínuo dos olhos, a inclinação da cabeça, o apertar os olhos para enxergar, a aproximação excessiva do livro e dos objetos para enxergar melhor, a aproximação do quadro para copiar, tropeçar freqüentemente e dificuldades na leitura e na escrita que podem estar relacionadas com alterações do aparelho visual.

Em direção semelhante ao que é apontado por Kara-José; Temporini e Russ (2002) estão as considerações feitas por Cabrera (2005), que destaca que as ações de promoção da saúde ocular e de prevenção precoce dos problemas visuais devem ser uma prática constante e sistemática nas escolas, espaço esse que se torna insubstituível por permitir um contato bastante próximo entre professor e estudantes. A autora (ibid) também ressalta que os professores deveriam observar atentamente as atitudes dos alunos durante atividades de fixação, como a escrita e a leitura, postulando, igualmente, a necessidade de uma preparação adequada e específica do professor em saúde ocular para que ele possa participar ativa e eficazmente nos programas de prevenção e promoção da saúde visual, por estar capacitado a observar sinais e sintomas de desvios da normalidade do aparelho visual.

Os critérios e procedimentos para a execução do PNSE estão estabelecidos na Resolução nº. 14, de 5/5/2005 e para que esses pudessem ser realizados foram

⁴⁷ Nome dado à tabela de optotipos (letras), tanto alfabeto quanto E direcional.

formalizadas parcerias, mediante a celebração de convênios, entre o FNDE e as prefeituras municipais.

Em 2005, o programa atendeu ainda a “118 municípios e os dados referentes ao ano de 2003 parecem ter sido os que totalizaram o maior número de triagens – foram aplicados testes de acuidade visual nos alunos do ensino fundamental público, estadual e municipal totalizando mais de 76 mil beneficiados [...]” (FNDE, 2005)⁴⁸. Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento dessa Campanha no ano de 2005, cabe destacar que o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE), ainda em 2005, concedeu apoio financeiro aos municípios, em caráter suplementar, para a realização de consultas oftalmológicas, bem como para a aquisição e distribuição de óculos para os alunos que possuíam problemas visuais e estivessem matriculados na 1ª série do ensino fundamental público das redes municipais e estaduais. Ou seja, essa Campanha continuou em desenvolvimento em alguns municípios brasileiros.

Atualmente, ano 2006, a Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho encontra-se em compasso de espera, conforme informações recebidas, em junho, pelo FNDE, através de contato direto a fim de saber de sua continuidade ou não. Segundo informações obtidas eles estão aguardando novas resoluções.

Kara-José, Gonçalves e Carvalho (2006) argumentam que o ideal seria que as crianças continuassem a ter o acesso à consulta e aos óculos gratuitos tal como ocorreu na *Campanha “Olho no olho”*, já que o CBO continua lutando para que essa seja reiniciada e transformada em projetos permanentes. Tudo o que foi feito até agora será apenas parte da história num futuro próximo, caso seja vitoriosa a tese de que as crianças brasileiras precisam ter uma saúde melhor no futuro, caso as autoridades e a sociedade em geral fiquem mais atentas a isso.

⁴⁸ A Resolução/FNDE/CD/Nº 14, de 14 de 05 de maio de 2005 encontra-se disponível no site: <http://www.fnde.gov.br/home/saude_escolar/res014_05052005.pdf.>

CAPÍTULO 5

1 DESDOBRANDO AS CAMPANHAS NACIONAIS DE SAÚDE VISUAL/OCULAR

Como já indiquei anteriormente na seção *Algumas Campanhas e trabalhos referentes à saúde visual/ocular brasileira*, uma das idéias correntes em saúde visual, principalmente nos últimos anos, inclui a realização de mutirões, ou seja, de ações que conclamam a comunidade (administradores da saúde, entidades como o *Lions Club* e outras congêneres, bem como a população em geral) a envolverem-se em programas voltados à detecção de problemas visuais. Entre os Programas que nasceram dessa idéia de mutirões está a *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*, que examino neste estudo, e a *Campanha Quem Ouve Bem Aprende Melhor*, sobre a qual faço, apenas, essa indicação. Destaco-os, também, e especialmente, porque esses Programas envolveram ações na escola e para configurar, mais uma vez, que essa é uma parceria constantemente buscada, como já indiquei em seções anteriores.

No que tange especificamente à saúde visual, cabe lembrar que entre os anos de 1999 e 2000, como também já foi citado, o Ministério da Educação, por intermédio do FNDE e em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), sendo essas também parcerias recorrentes em ações anteriores, desenvolveu três projetos: a *Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho*, a *Campanha da Catarata* e a *Campanha da Retinopatia Diabética*, que, pode-se dizer, tiveram prosseguimento na Campanha que focalizo neste estudo.

Cabe ressaltar que era propósito dessas Campanhas darem oportunidade de tratamento aos portadores dessas enfermidades (Catarata e Retinopatia Diabética), que atingem normalmente idosos, e às pessoas que tenham dificuldades de visão (programas geralmente dirigidos a crianças), especialmente àquelas de baixa renda, promovendo a conscientização social e pública para a importância da atenção primária à saúde.

Inicialmente é importante lembrar que uma Campanha de saúde estabelece uma série de critérios a serem seguidos, sendo planejada e organizada, bem como endereçada para um público alvo definido. No caso da *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*, ela foi direcionada aos escolares matriculados na 1ª série das redes públicas, municipais e estaduais brasileiras, tal como sucedeu com outras que anteriormente referi neste estudo, tendo, novamente, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação recebido as atribuições legais conferidas para seu desenvolvimento. Resumindo, essa Campanha decorre das mesmas parcerias e volta-se a um público alvo de certa forma consagrado nas Campanhas de saúde visual anteriores. Além disso, para justificar sua proposição, também foram invocados argumentos estatísticos, no caso o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2000, que apontara a necessidade de algum tipo de ação, pois, cerca de 16,5 milhões de habitantes – o que representava quase 10% da população do país – foi considerada possuidora de algum tipo de deficiência visual, sendo que, desse total, cerca de 20 a 30 % eram crianças.

Tais Campanhas⁴⁹ podem ser vistas como uma das estratégias de governo da saúde das populações. Elas se destinam a tentar responder à busca de ordem e direcionam-se a tentar controlar o futuro e garantir o progresso dos grupos sociais, ao preocuparem-se em evitar situações que poderiam vir a alterar a rotina das condições de vida dos sujeitos. Além disso, a necessidade de mensurar, tantas vezes associada ao necessário acompanhamento das ações empreendidas, tanto pelas administrações privadas quanto públicas, que é, por sua vez, acompanhada pelo fascínio pela classificação, atua, igualmente, na direção do estabelecimento de normas que definem *o que é* e *o que não é* anormal para um determinado grupo de sujeitos ou população. Cabe indicar que a norma é aqui entendida como um dos elementos do dispositivo de exercício de poder, para se atingir a saúde visual conforme Foucault (2003) destaca:

[...] a norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma

⁴⁹ Com já referi em capítulo anterior, a partir de considerações de Santos (2002).

pretensão ao poder. A norma não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado. Conceito polêmico – diz Canguilhem. Talvez pudéssemos dizer político. Em todo caso – e é a terceira idéia que acho ser importante – a norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção. A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo (p. 62).

É interessante, então destacar, o modo como as campanhas operam em direção ao estabelecimento da normalização, e como uma das estratégias de ação empreendida pelas campanhas volta-se, nesse sentido, ao chamamento à participação – a busca de parcerias. Dessa forma, se fortaleceria as ações implicadas no regramento da saúde dos cidadãos, regramento esse que, no caso das campanhas, é operado sob a égide do Estado. Tais intervenções podem ser associadas à dimensão de uma biopolítica, tal como essa foi pensada por Foucault (1998), para designar uma das modalidades de exercício do poder sobre a vida, sobre a população enquanto massa global afetada por processos de conjunto.

Cabe indicar que a escola é constantemente buscada como parceira nessas Campanhas, sendo utilizada como uma maquinaria altamente privilegiada para a manutenção das relações de poder instituídas socialmente.

Veiga-Neto (2001) assim se expressa sobre essa situação:

[...] a escola moderna é o lócus em que se dá de forma mais coesa, mais profunda e mais duradoura a conexão entre poder e saber na Modernidade. E é por causa disso que ela é capaz de fazer tão bem a articulação entre a Razão de Estado e o deslocamento das práticas pastorais (para as tecnologias do eu), funcionando, assim, como uma máquina de governamentalização que consegue ser mais poderosa e ampla do que a prisão, o manicômio, o quartel, o hospital (p. 109).

Cabe indicar que o sentido que Foucault dá à palavra “governamentalidade é bem mais amplo do que a Ciência Política dá à palavra governo”, como bem alerta Veiga-Neto (2003, p. 148). A governamentalidade é tomada como sinônimo de condução de condutas dos indivíduos, das famílias, das crianças. Foucault (1995) mostrou, então, que foi esse significado mais amplo de governo que foi, de

certa forma, apropriado pelo Estado, o que ocasionou uma limitação de seu sentido em torno das instituições do Estado. Nas palavras do autor (ibid):

Ao nos referirmos ao sentido restrito da palavra “governo”, poderíamos dizer que as relações de poder foram progressivamente governamentalizadas, ou seja, elaboradas, racionalizadas e centralizadas na forma ou sob caução das instituições do Estado (p. 247).

A partir de considerações como essas, torna-se mais fácil entender a ênfase e a insistência dada tanto por especialistas quanto pelo poder público para a vinculação das Campanhas à escola, local de aglutinação de um grande número de crianças, que permitiria a realização de uma ação programada de cunho preventivo mais concentrado. Essa é a alternativa indicada, por exemplo, por Conceição (1994), que afirma que a sala de aula é o meio de comunicação do professor (a) com os seus escolares, fazendo parte da rotina diária do aluno, não devendo provocar reação emocional adversa no que tange à aceitação das atividades das campanhas.

Além disso, como a Campanha é gerenciada pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), o trabalho do PNSE baseia-se na idéia de que para se ter um bom rendimento escolar é preciso que se tenha saúde. Ou seja, o MEC assimilou e endossou as recomendações feitas pelos Simpósios e Congressos Internacionais, relativamente à idéia de que dificuldades visuais e auditivas são alguns dos problemas de saúde que comprometem diretamente o rendimento escolar da criança. Também cabe destacar, que de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, fica garantido, como dever do Estado, além da educação escolar pública, o atendimento ao educando no ensino fundamental público por meio de programas suplementares de assistência à saúde e que o PNSE precisa atuar nessa direção.

Algumas Campanhas de saúde visual/ocular⁵⁰ realizadas no Brasil

A Campanha de Olho na Visão

A Campanha "De Olho na Visão" foi uma das campanhas direcionadas à saúde visual realizada no Brasil. Ela teve uma duração curta – iniciou em 17 de junho de 2002 e foi concluída em 13 de dezembro de 2002. Foi idealizada e executada pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Fundação Banco de Olhos de Goiás que, segundo consta nos documentos consultados, preocupava-se com a qualidade de vida da população goiana e resolvera investir na Medicina Preventiva, buscando uma parceria para viabilização dos recursos financeiros e execução das atividades deste projeto. O projeto⁵¹, bastante semelhante à *Campanha Olho no Olho*, abrangeu um total de 246 municípios, viabilizando exames de acuidade visual, exames oftalmológicos e doação de óculos. Foram realizadas, também, cirurgias de catarata e transplantes de córneas no Hospital da Fundação Banco de Olhos de Goiás em parceria com o município de origem do paciente e teste de acuidade visual em 670.217 alunos da rede estadual e municipal de ensino de cada um desses municípios, sendo que 25.164 jovens receberam consulta oftalmológica gratuita e 19.800 óculos foram doados aos alunos que apresentaram algum problema de visão.

Este programa também ressalta que os problemas visuais interferem tanto no processo de ensino/aprendizagem quanto na dimensão psicossocioeducacional, sendo, no entanto, importante lembrar, que as crianças independente de terem ou não uma boa visão e até mesmo as cegas se socializam, alfabetizam se lhes for dada a atenção necessária.

⁵⁰ Quero destacar que vou abordar apenas algumas, as quais considerei mais significativas.

⁵¹ Conforme se encontra no *site*: Fundação Banco de Olhos de Goiás. Instituída, administrada e dirigida pelo *Lions* clube de Goiânia conforme consta no *site*: <http://www.fubog.org/Atividades_campanhadeolhonavisao.htm>. Acesso em: 13/06/06.

A Campanha Pequenos Olhares – Edição: 2004/2005

Pequenos Olhares, uma visão mais saudável para o futuro é o nome que foi dado ao projeto que teve como objetivo desenvolver ações de prevenção, facilitar o acesso ao atendimento oftalmológico e conscientizar sobre a importância da visão na infância. Para isso, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) conseguiu mobilizar 800 especialistas voluntários em 330 municípios do país para um mutirão de atendimento às crianças matriculadas no primeiro ano do ensino fundamental de escolas públicas. Durante a Campanha foram realizadas palestras gratuitas nos municípios envolvidos.

Para atender a demanda por óculos, a direção do CBO conseguiu o apoio de empresas especializadas que fizeram a doação dos óculos. Segundo consta na página da internet da Campanha⁵²:

Sabemos que não conseguiremos resolver o problema de todos. Mas temos certeza que o pouco é melhor que o nada e pretendemos, com esta ação, chamar a atenção da sociedade para a importância dos pequenos sinais que surgem no dia-a-dia e que podem indicar o comprometimento da visão (2006).

Cabe destacar que o discurso sobre a importância da prevenção da cegueira é bastante semelhante ao enunciado a partir dos dados da Organização Mundial de Saúde, pois todos os anos, cerca de 500 mil crianças ficam cegas no mundo. Destas, 70% a 80% morrem durante os primeiros anos de vida, em decorrência de doenças associadas ao seu comprometimento visual, sendo que 60% das causas de cegueira e severo comprometimento visual infantil são preveníveis ou tratáveis se diagnosticadas precocemente (CBO, 2005).

Os organizadores do projeto *Pequenos Olhares* orientaram os professores de escolas públicas em cerca de 330 municípios para realizar a triagem das crianças. Os oftalmologistas ligados ao Projeto alertaram para o fato de que as crianças que já nasceram enxergando mal não conseguem ter noção do seu próprio problema, já

⁵² Foi criado pelo CBO um *site* da *Campanha Pequenos Olhares* onde consta a descrição detalhada da mesma. *Site*: <<http://www.cbo.com.br/pequenosolhares/index.htm>>. Acesso em: 15/06/2006.

que desconhecem parâmetros da visão 'normal'. Mais uma vez, nessa Campanha, atribui-se à visão ruim a causa do baixo rendimento na escola. Como está destacado no texto da Campanha: "É exatamente nesta fase (escolar) que recebemos uma enorme quantidade de estímulos visuais que precisam ser corretamente interpretados para garantir a aprendizagem" (CBO, 2006). Seguindo a mesma linha de pensamento, destaca-se, a partir de depoimento do Presidente do CBO – Gestão 2003/2005 - Elisabeto Ribeiro Gonçalves, em uma entrevista⁵³, que: "O diagnóstico precoce é a principal forma de evitar que problemas oftalmológicos evoluam de modo a comprometer a visão de forma definitiva".

Cabe, ainda, destacar que a realização do projeto *Pequenos Olhares* também é fruto de parcerias; no caso, as estabelecidas entre o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, a Frente Parlamentar de Saúde e as indústrias Alcon, Allergan e Essilor⁵⁴ e que essa Campanha tinha o interessante *slogan*: *O que os seus olhos não vêem, seu filho sente*.

Destaco, ainda, que a Campanha indicou ter os seguintes objetivos:

- Chamar a atenção da sociedade brasileira para a preocupação do CBO com a saúde ocular do povo brasileiro;
- Conscientizar a sociedade brasileira sobre a importância do atendimento oftalmológico na infância;
- Examinar as crianças em idade pré-escolar, prescrever e fornecer gratuitamente os óculos.

A Campanha também contou com a divulgação nas emissoras: *GloboSat*, SBT, TV Câmara, TV Globo, TV Senado BA, por um mês, além de inserções em rádio e outdoors. Os estados que tiveram a efetivação desta Campanha foram: Bahia, Goiás, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Santa

⁵³ A entrevista encontra-se publicada no *site*:
<<http://www.portaldaretina.com.br/home/noticias.asp?id=69>>. Acesso em 15/06/2006.

⁵⁴ A *Alcon* e a *Allergan* são empresas de produtos oftálmicos (colírios, pomadas e produtos para a limpeza e manutenção de lentes de contato). (A *Essilor* também é uma multinacional, porém é fabricante de lentes oftálmicas para óculos).

Catarina, São Paulo. Ou seja, essa teve um apoio midiático bem maior do que a campanha que anteriormente referi.

Conforme Kara-José; Gonçalves e Carvalho (2006), os resultados dessa Campanha encontram-se em fase de tabulação, visto que alguns Estados ainda não enviaram seus relatórios ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia, que centraliza as informações e é o responsável pela divulgação dos resultados.

Cabe enfatizar ainda que, com a participação de professores e de voluntários, oftalmologistas, em parceria com patrocinadores, realizaram outras Campanhas nos moldes da *Campanha Olho no Olho*, as quais continuam a ser desenvolvidas, em menor escala pelo país; o Estado de maior destaque com relação a esse aspecto foi o Estado de São Paulo, que conta para isso com o apoio das Faculdades de Medicina e com as parcerias das Secretarias de Estado de Saúde São Paulo (SES) e da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo (SEE) dentre outros parceiros oriundos da área privada.

Cumprir destacar que um dos efeitos positivos das *Campanhas Olho no Olho* foi exatamente o de desencadear a realização de outras Campanhas semelhantes em alguns estados e municípios brasileiros.

No Estado do Amazonas, na cidade de Manaus, em 2005, ocorreu, por exemplo, uma Campanha nos moldes da *Olho no Olho*, onde foram triados 11.587 alunos e prescritos 491 óculos, doados pela prefeitura. A campanha atendeu alunos de 1ª a 4ª série do ensino Fundamental da periferia de Manaus e de 10 cidades do interior do Amazonas. Em Recife, nos anos de 2004 a 2005, foram triados 11.478 escolares e prescritos 948 óculos, com os seguintes parceiros: Prefeituras, secretarias de Educação, MEC, FNDE, APAE e LIONS Clube. No Rio de Janeiro, em 2005 foi desenvolvido o projeto “Olhando a Escola – Vendo com saúde”, que teve como parceiros a Sociedade Brasileira de Oftalmologia e as Secretarias de Estado de Educação, Saúde e Defesa Civil. Nela foram triados 8.960 escolares e 2.340 óculos prescritos. Em Vitória, Espírito Santo, no ano de 2005 ocorreu o “Projeto de Olho no Futuro” cujo público alvo eram as crianças da 1ª série das escolas municipais, uma escola estadual e 24 Unidades de Saúde Municipal. A parceria foi

com a UNIMED e a Secretaria da Educação – Programa de Saúde Escolar. Foram triadas 3.838 escolares e 90 óculos receitados (CARVALHO, NOMA-CAMPOS E KARA-JOSÉ, 2006).

Encerro essa apresentação de projetos visuais coletivos assistenciais, referindo um de menor porte do que os anteriores, resultante de iniciativa do Instituto Brasileiro de Optometria (IBO), que vem sendo desenvolvido na grande Porto Alegre/RS a partir de 2003 e que se denomina *Aprendendo a Ver*.

Este projeto com o qual me solidarizo e tenho apoiado é oferecido por profissionais optômetras (tecnólogos em optometria) de formação superior, egressos, como eu mesma, da Ulbra, sendo o mesmo autorizado e apoiado pelo IBO. Este projeto busca promover a saúde visual nas comunidades necessitadas de seu entorno, propiciando principalmente às crianças e jovens um acesso qualificado e especializado em seu atendimento visual.

A campanha *Aprendendo a Ver* tem como objetivos:

- 1) Propiciar às crianças e jovens um crescimento sadio, com alta qualidade visual, possibilitando um melhor aprendizado e um melhor desenvolvimento de sua personalidade; 2) Melhorar a qualidade de vida de crianças e jovens.

O projeto é composto de três etapas: Triagem em Escolas; Avaliação dos Resultados; Correções Ópticas ou encaminhamentos. Além de escolas, a realização do projeto se estende as comunidades carentes, creches, asilos e outras entidades sociais.

Finalizo esta seção, esclarecendo que estas atividades são realizadas após agendamento com a entidade de classe, quando essa é procurada, e que essas são exercidas de forma voluntária e gratuita sem vínculos com órgãos públicos de nenhuma espécie e em conjunto com clubes de serviços e outros diretamente engajados e/ou interessados.

Retomando a apresentação da *Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*

Como foi possível levantar nos materiais elaborados para a Campanha Nacional de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho, essa foi organizada em várias edições, sendo que cada uma delas precisava, necessariamente, ser aprovada por Resoluções do FNDE, publicadas no Diário Oficial para cada ano de exercício.

As diversas edições dessa Campanha corresponderam ao período compreendido entre 1999 e os dias atuais (2006). Então, objetivos, materiais de apoio e procedimentos organizados para a sua aplicação são, em função disso, os mesmos.

Cabe considerar, ainda, que a busca de parcerias, tão estimulada em propostas neoliberais mais contemporâneas, constitui-se em uma estratégia de ação utilizada já há bastante tempo (desde o final dos anos de 1990) nas Campanhas na área da saúde, tendo essa prática sido apropriada por elas de modo intenso, visando solucionar problemas sociais que estavam anteriormente sob a única responsabilidade do Estado. Nas propostas de Campanhas que advogam a realização de parcerias destaca-se que essas envolveriam o Estado com a sociedade civil para cumprir um de seus compromissos - intervir nos locais para gerenciar o risco social eminente, dividindo responsabilidades administrativas, ao mesmo tempo em que as públicas seriam poupadas.

Como salientei em seções anteriores, as campanhas de prevenção têm tentado, historicamente, modificar hábitos considerados nocivos à saúde assumidos pelas populações em determinadas épocas, sendo que tais iniciativas decorrem, geralmente, de opções das autoridades encarregadas de gerirem o sistema de saúde pública.

Também é possível indicar que, muitas vezes, há uma convergência entre a direção configurada como adequada nas proposições oficiais e nas discussões conduzidas em congressos, tal como o XXIV Congresso Pan-Americano de

Oftalmologia, realizado em Porto Rico em 2004, por exemplo. Neste congresso, no qual o ex-presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), Marcos Ávila, proferiu uma conferência especial sobre os projetos de prevenção da cegueira e reabilitação visual em andamento no Brasil, foi, também, apresentando o seguinte quadro-resumo⁵⁵ das Campanhas em Saúde Visual realizadas no Brasil:

1994

Campanha Nacional de Reabilitação Visual do Idoso - 73 cidades beneficiadas, 100.000 pessoas triadas, 29.403 consultas, 6.421 cirurgias de catarata realizadas, 10.310 óculos distribuídos, com envolvimento de 1.000 oftalmologistas;

1996

Campanha Nacional de Prevenção da Cegueira - 163 cidades beneficiadas, 452.000 pessoas triadas, 53.800 consultas, 11.637 cirurgias de catarata realizadas, 17.423 óculos distribuídos, com envolvimento de 2.900 oftalmologistas;

1998

Campanha Veja Bem Brasil - 1.500 cidades beneficiadas, 2.000.000 pessoas triadas, 200.000 consultas, 120.000 óculos distribuídos, com envolvimento de 3.000 oftalmologistas;

1999

Campanha Olho no Olho - 48 cidades beneficiadas, 3.000.000 pessoas triadas, 340 mil consultas, 120 mil óculos distribuídos, com envolvimento de 4.000 oftalmologistas; Campanha da Catarata - 332 cidades beneficiadas, 295.680 cirurgias realizadas em 52 instituições; Campanha Olho Diabético - 23 cidades beneficiadas, 15 mil pessoas triadas, 15 mil consultas realizadas em 52 instituições;

2000

Campanha Olho no Olho - 607 cidades beneficiadas, 3.200.000 pessoas triadas, 367.000 consultas, 183.500 óculos distribuídos, com envolvimento de 5.000 oftalmologistas; Campanha da Catarata - 636 cidades beneficiadas, 228.145 cirurgias realizadas em 100 instituições; Campanha da Retinopatia Diabética - 68 cidades beneficiadas, 150.000 pessoas triadas, 160.219 fotocoagulações a laser realizadas em 100 instituições.

Quadro 3: Resumo das campanhas em saúde ocular realizadas no Brasil entre os anos de 1994 e 2000. Fonte: Jornal JotaZero, ed. 89.

Cabe destacar que a Campanha Olho no Olho foi inicialmente desenvolvida pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) com o apoio do MEC e recursos do FNDE, tendo sido essa a primeira iniciativa realizada em nível nacional. Ao longo da sua primeira edição – no ano de 1999 -, a Campanha beneficiou um total de 186.037 alunos com atendimento oftalmológico num universo de 2.848.180 escolares; já no

⁵⁵ Encontra-se disponível no site: <<http://www.cbo.com.br/publicacoes/jotazero/ed89/panam.htm>>. Acesso em: 4/07/06.

ano subsequente, 2000, essa privilegiou 206.000 alunos dos 3.064.864 estudantes e em 2001 atingiu o total de 177.284 consultas em uma população alvo de 3.011.442, conforme dados do FNDE.

Deve-se registrar que essa Campanha foi suspensa nos anos 2002/2003, em caráter nacional, ocorrendo campanhas pontuais de média expressão em São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Manaus, Campinas, Teresina, e outros municípios menores.

Pelo que foi possível levantar, a Campanha não foi executada em 2002, em nível de extensão nacional, devido a problemas políticos e por ser esse um ano eleitoral. Destaco, ainda que, conforme consta na Decisão nº 712/2002 – TCU, outros fatores também interferiram na sua não realização, conforme está indicado no excerto abaixo:

Buscou-se abordar aspectos do Programa que mereciam reparos. Por meio da referida Decisão nº. 712/2002 – TCU – Plenário, foram efetuadas diversas recomendações e determinações ao FNDE. Identificou-se, por exemplo:

- I – deficiência na distribuição de óculos a escolares necessitados;
- II – falta de definição de critérios e procedimentos, nas etapas de triagem e atendimento oftalmológico dos beneficiários do Programa;
- III – atraso no início das ações de triagem, o que comprometia o fornecimento tempestivo de óculos aos necessitados;
- IV – ausência de cadastro informatizado que permitisse a identificação dos alunos atendidos;
- V – falta de avaliação da efetividade do Programa; e
- VI – ausência de divulgação de resultados obtidos por Estados e Municípios;

As indicações feitas pelo Tribunal de Contas da União indicam que parecem ter ocorrido muitas lacunas no desenrolar da Campanha, sendo os problemas apontados de diversas ordens e decorrentes, tanto de problemas políticos e administrativos, quanto de mudanças ocorridas na gestão dos Ministérios, bem como de cortes de verbas previamente definidas.

Destaco, ainda, que isso ocorreu apesar da Campanha ter sido aprovada pelo Ministério da Educação em Resolução nº 25 de 14/05/02 e dos professores já terem recebido treinamento para realizar atividades de triagem para as crianças. Como

indicaram Kara-José; Gonçalves e Carvalho (2006) “As crianças foram triadas pelos professores, porém não houve atendimento oftalmológico novamente” (p. 82).

É interessante indicar que, especialmente a partir de 2003, as Campanhas passaram a envolver ações Curativas e que o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) conveniou recursos da ordem de R\$ 126.720,00 com o Distrito Federal para a aquisição de óculos destinados a 4.000 alunos. Já em 2004, foram formalizados convênios com prefeituras municipais e repassados recursos equivalentes a R\$ 53,00 por aluno, pagos em uma única parcela, totalizando R\$ 3.627.933,21, destinados ao pagamento de consultas e para a aquisição e distribuição de óculos para as crianças triadas em 2003 nos diversos Estados brasileiros.

Apresento a seguir quadro disponibilizado pelo FNDE⁵⁶, que apresenta o total de municípios conveniados, alunos beneficiados e valores repassados em 2004 na direção do atendimento dos problemas visuais identificados.

⁵⁶ Cabe destacar, ainda, outras ações programadas para o ano de 2005: o Programa Nacional de Alimentação Escolar, o Programa Nacional do Livro Didático, o Programa Dinheiro Direto na Escola, o Programa Nacional de Saúde do Escolar, os programas de transporte escolar, o Fundescola, o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médio (Promed) e o Escola Aberta. O FNDE também libera recursos para diversos projetos e ações educacionais, como o Brasil Alfabetizado, a educação de jovens e adultos, a educação especial, o ensino em áreas remanescentes de quilombos e a educação escolar indígena, sendo que a Campanha Olho no Olho não consta mais, embora exista a Resolução/FNDE/CD/ N° 14 de 05 de maio de 2005. Vou retomar o assunto novamente mais adiante.

ESTADOS / MUNICÍPIOS	Nº DO CONVÊNIO	Nº DE ALUNOS	VALORES (EM R\$)
AC / RIO BRANCO	790003	1.353	70.991,91
BA / SALVADOR	790022	3.895	204.370,65
AL / MACEIO	790019	889	46.645,83
AM / MANAUS	790009	2.605	136.684,35
AP / MACAPÁ	790013	1.191	62.491,77
MA / SÃO LUIS	790021	949	49.794,03
GO / GOIANIA	790011	833	43.707,51
MG / BELO HORIZONTE	790007	4.860	255.004,20
MS / CAMPO GRANDE	790010	1.113	58.399,11
PA / BELEM	790002	1.295	67.948,65
PE / RECIFE	790005	3.110	163.181,70
PI / TERESINA	790015	843	44.232,21
PR / CURITIBA	790018	3.565	187.055,55
RJ / RIO DE JANEIRO	790014	12.249	642.705,03
RN / NATAL	790012	734	38.512,98
RO / PORTO VELHO	790008	1.039	54.516,33
RR / BOA VISTA	790020	472	24.765,84
RS / PORTO ALEGRE	790017	1.713	89.881,11
SC / JOINVILLE	790016	858	45.019,26
SE / LAGARTO	790004	629	33.003,63
SP / SÃO PAULO	790001	24.557	1.288.505,79
TO / ARAGUAINA	790006	391	20.515,77
TOTAL / 22	86%	69.143	R\$ 3.627.933,21

Quadro 4: Valores recebidos em reais por alguns municípios brasileiros para o atendimento de alunos com problemas oculares. Transcrito do site do FNDE: www.fnde.gov.br. Acesso em: 11/05/2005.

Cabe destacar que o enfoque da *Campanha Olho no Olho* passou além da triagem, ao incluir materiais que serviriam para orientar alunos, pais, professores sobre questões relativas a hábitos de higiene, visando à preservação da saúde visual, além da obtenção de diagnósticos preventivos, mediante exames específicos das condições da saúde visual, e da previsão da realização de tratamento adequado aos alunos que apresentassem deficiências visuais. Outra peculiaridade das ações desenvolvidas nessa época correspondeu à busca de realização de um trabalho em parceria com as prefeituras municipais a cargo das quais ficou a realização do teste visual, o encaminhamento dos alunos para as consultas médicas, bem como a responsabilidade da aquisição e distribuição de óculos e do acompanhamento da campanha nos municípios. Além disso, nela propunha-se, também, a realização de parcerias com as Secretarias Estaduais de Educação (buscava-se cooperação

técnica e a promoção da articulação junto às Secretarias Municipais de Educação para o atendimento das escolas da rede estadual), com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (visava-se buscar apoio para a autocapacitação dos professores, através de manuais e fita de vídeo, bem como disponibilizar a realização das consultas oftalmológicas, além de orientação, quando necessário, para pais ou responsáveis pelos alunos que procurassem os serviços das unidades hospitalares e as clínicas das redes credenciadas do Sistema único de Saúde (SUS), para a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos).

Nos anos de 2004 e 2005, como já indiquei, ela não ocorreu na sua plenitude, mas o CBO realizou uma Campanha denominada *Pequenos Olhares – Uma visão mais saudável para o futuro* de esclarecimento à população em caráter voluntário atingindo as crianças em idade pré-escolar, realizando-a nos moldes da Campanha Olho no Olho como já descrevi na seção anterior.

Passo a seguir a detalhar a análise que realizei dos materiais que integrados à Campanha Olho no Olho.

2 EXAMINANDO OS MATERIAIS QUE INTEGRAM A CAMPANHA OLHO NO OLHO: AS CARTAS DE APRESENTAÇÃO, OS MANUAIS ENDEREÇADOS AOS PROFESSORES APLICADORES, A FITA DE VÍDEO E AS HISTÓRIAS PARA AS CRIANÇAS

A seguir passo a apresentar as análises sobre os materiais que integram a *Campanha Olho no Olho*: as cartas de apresentação da Campanha aos professores aplicadores e diretores das escolas, os Manuais que orientam a aplicação do teste de acuidade visual, a fita de vídeo organizada para integrar as atividades de treinamento dos docentes na aplicação do teste bem como as histórias infantis direcionadas à “conscientização” das crianças frente a problemas visuais. Cabe indicar, inicialmente, que através da Campanha alguns sujeitos – especialmente os professores das escolas fundamentais – foram autorizados a executar as práticas de triagem e encaminhamento, usualmente atribuídas a pessoal especializado para tal (médicos oftalmologistas, optômetras, por exemplo) e que, nesse sentido, a Campanha também pode ser vista como uma estratégia do Ministério da Saúde para envolver os docentes e as escolas, de um modo geral, em ações referentes à saúde

visual dos brasileiros. Desse modo, a Campanha atuou ensinando a um grupo de sujeitos, vinculados de diferentes modos às escolas, que aspectos devem ser levados em consideração quando se pretende enquadrar alguém na categoria “opticamente saudável”. Tais materiais ensinam, ainda, que comportamentos, ações e atitudes estão associados à manutenção dessa condição de saúde. Ou seja, a Campanha projeta uma imagem acerca desses sujeitos, que os qualifica como *opticamente saudáveis*, fornecendo, inclusive, padrões para o estabelecimento de tal condição ao descrever os atributos e as condições visuais a que esses devem atender.

Compete ainda destacar que uma campanha como essa apresenta uma série de operações articuladas para atingir a certos objetivos dentro de um prazo limitado, pois uma campanha é sempre entendida como temporária, e de curta duração.

As fases ou etapas de uma campanha comunitária de saúde ocular, segundo Kara-José, Gonçalves e Carvalho (2006), englobam:

Fase 1: *Plano de trabalho* – planejamento completo ou seja, um projeto detalhado com as etapas a serem desenvolvidas;

Fase 2: *Contatos* – Oftalmologistas, coordenadores, autoridades, líderes da comunidade.

Fase 3: *Determinação da Área e População-Alvo* – Tipo de população que se quer atingir, postos de saúde, escolas, hospitais, clínicas para o atendimento oftalmológico, faculdades de medicina.

Fase 4: *Seleção e Treinamento de Pessoal (RH)*: Equipe de triagem formada por agentes e auxiliares de saúde, professores, alunos de graduação de medicina e/ou enfermeiras.

Fase 5: *Campanha Publicitária* – Pode ser realizada por folhetos, palestras, faixas, mensagens em rádio, jornais, internet e TV.

Fase 6: *Teste, Reteste, Exame Oftalmológico e Palestras Educativas* – “O professor é o melhor profissional a realizar a triagem visual das crianças por ter maior contato com os escolares e com a família, além de ser sensível ao problema” (p. 13), sendo

que o exame deve ser feito por oftalmologistas. As palestras sobre o tema da visão devem ser após o atendimento oftalmológico e os livretos, apostilas filmes educativos devem ser utilizados para a transmissão e assimilação desses conhecimentos.

Fase 7: *Encaminhamento para Cirurgia/Reabilitação/Consultas de Revisão* – Aqueles que necessitarem de tratamento, devem ser encaminhados e revisados.

Fase 8: *Divulgação dos Resultados* – “A divulgação deve ser feita para a comunidade, autoridades, oftalmologistas e o resultado deve estar acessível em publicações” (p. 14).

Fase 9: *Avaliação do Impacto* – Questões que devem ser respondidas ao final da campanha: “O que a campanha significou? Qual o número de beneficiados? O que vai melhorar na vida das crianças beneficiadas? Do ponto de vista educacional, qual será a mudança de conduta em termos de prevenção e tratamento?” (p. 14).

Infelizmente, nem todas essas ações foram cumpridas no que se refere a esta Campanha, pois o Tribunal de Contas da União relatou que 30% dos alunos identificados na triagem deixaram de passar pela consulta oftalmológica por não comparecimento; o TCU sugeriu que fosse implantado um sistema informatizado capaz de permitir a identificação dos alunos atendidos pela Campanha e a consolidação das informações por escolas, municípios e unidades da Federação, bem como o desempenho dos Estados e Municípios à imprensa dentre outras sugestões.

A seguir, passo a me deter no exame do conjunto de artefatos que integram a Campanha, bem como na análise do vídeo-cassete enviado às escolas. Detenho-me na indicação das explicações, das prescrições, das sugestões contidas em tais materiais, tentando responder a algumas das perguntas que me mobilizaram a conduzir este estudo; ou seja, busquei ver como são produzidas nesses materiais representações acerca *do que é* ter uma boa saúde visual – levantar alguns indicadores mobilizados para configurá-la – bem como indicar *que sujeitos* são convocados a lidarem com a saúde visual e, ainda, *que estratégias* são acionadas para tratarem dos problemas e deficiências identificadas.

Início pelo exame da carta direcionada ao diretor(a) (ANEXO A) das escolas envolvidas na Campanha (a que examinei era datada de 01 de novembro de 2002), na qual foi salientado que um grande número de escolares apresentam problemas visuais, sendo por isso necessária a detecção precoce de tais problemas, visando contorná-los ou resolvê-los. A Carta também salientava ser aquele o 4º ano consecutivo de desenvolvimento da Campanha, informando que essa teria prosseguimento no processo de autocapacitação dos professores daquela escola, processo esse que seria desenvolvido através dos materiais para o professor impressos e da fita de vídeo, que estavam sendo enviados pelo FNDE para que os docentes aprendessem, através deles, a realizar a triagem visual nos escolares.

A carta afirmava, também, que o diretor(a) deveria atuar como um motivador e um divulgador da campanha, bem como que ele seria o responsável pela ficha de encaminhamento para consulta, impressa com dados da escola e do aluno que, através da triagem, se configurasse como tendo necessidade de passar por uma avaliação médica. Na carta também se responsabilizava o diretor da escola pelo agendamento das consultas consideradas necessárias. Alertava-se, no entanto, ao diretor, que somente seriam aceitos nas consultas os alunos que estivessem de posse das fichas emitidas pelo FNDE.

Como é possível ver, a carta não contém, apenas, um apelo feito por órgãos governamentais aos diretores; nela lhes são também conferidas responsabilidades e atribuições bastante específicas. Ou seja, a carta posiciona os diretores como co-responsáveis por ações relacionadas à saúde visual dos alunos que freqüentam as escolas que dirigem.

Também é interessante indicar alguns critérios relativos à seleção de quem deveria participar da Campanha. Como está dito na carta que estou examinando: “lamentavelmente, os alunos matriculados na 1ª série de 2002 ficarão sem o benefício. [...] a triagem [envolverá] apenas os alunos da 1ª série/2003” (BRASIL, 2002, s/p), já que essa foi a proposta estabelecida pelo P.O.S.E. (KARA-JOSÉ, GONÇALVES e CARVALHO, 2006).

Já com relação à carta endereçada ao professor(a) (ANEXO B), cabe destacar que em sua parte inicial ela é igual à endereçada ao diretor. Porém nela foi salientado que “todas” as informações necessárias à boa execução da Campanha encontravam-se no material que compõe o *Kit* enviado à escola. Em minha análise o emprego da palavra *todas* parece definir que o professor(a) não deverá e nem poderá ter quaisquer dúvidas acerca de como proceder ao realizar a tarefa que lhe fora solicitada.

No excerto seguinte, indico como é enfatizada a importância do papel do professor na Campanha. Está dito na carta enviada aos professores: “A continuidade e o êxito da campanha dependem sobremaneira da sua participação e colaboração, já que os professores são os responsáveis pela realização do teste de acuidade visual nos alunos, etapa principal dos trabalhos” (BRASIL, 2002, Carta direcionada ao professor).

A carta também salientava a importância de todos os alunos (inclusive os que tivessem faltado à aula no dia da triagem) ingressantes na 1ª série em 2003 serem submetidos ao teste de acuidade visual. Dizia a carta: “A escola deverá aplicar a triagem para os alunos faltosos, de forma que *nenhuma criança* fique sem o atendimento devido”. Penso que, tal como sucedeu com os diretores, a Campanha também atribui ao professor (a) responsabilidades - a de realizar a tarefa de triagem e, também, a de localizar todas as crianças que se enquadrem na situação definida como “suspeita de problemas visuais” na faixa etária prevista pela Campanha.

Cabe lembrar que entre as recomendações médicas relacionadas à manutenção da saúde visual está a de que se faça uma revisão da condição da saúde visual/ocular anualmente. No caso de uma prescrição para o uso de óculos recomenda-se que essa seja levada a termo em um curto espaço de tempo para que não se torne obsoleta, principalmente se isso ocorrer na faixa etária desses estudantes (6 ou 7 anos), pois, como destacam muitos oftalmologistas, essa é uma etapa na qual o organismo sofre grandes modificações. Assim, a demora no desenrolar do processo poderia fazer com que o investimento e o esforço efetuados na Campanha tenham sido em vão.

Passo, agora, a analisar o conjunto de materiais propriamente ditos que foram veiculados pela *Campanha*⁵⁷ *de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho*: um *Kit* de material didático-pedagógico, que consta de um *audiovisual*; um *Manual de Orientação* da *Campanha Olho no Olho*; um *Manual da Boa Visão do Escolar*; um livro denominado *Histórias para uma boa visão do escolar*, bem como a tabela de *Snellen*, os oclusores e as fichas de acompanhamento da triagem que foram enviados às escolas pelo serviço de correio brasileiro.

O Manual de Orientação da *Campanha Olho no Olho*

Nas diversas leituras que empreendi no Manual de Orientação da *Campanha Olho no Olho* (ANEXO C), pude perceber a ênfase dada à detecção de *problemas visuais* nas crianças testadas. No texto desse Manual, essas crianças são referidas como sendo *deficientes visuais* e como portadoras de problemas que precisariam ser solucionados também para evitar a evasão e a repetência. Cabe destacar, então, que tanto o Ministério da Educação quanto os especialistas no campo acadêmico da oftalmologia, já citados nesta análise, consideram as dificuldades visuais como uma das importantes causas desses problemas escolares.

Quero esclarecer que vários significados têm sido atribuídos à expressão *problemas visuais*, também, referidos como transtornos visuais. Com visão perfeita, a luz entra no olho através da córnea (frente do olho) e é focada num ponto único na retina (parte de trás do olho). Os erros refrativos, conhecidos como miopia, hipermetropia e astigmatismo ocorrem quando os raios de luz refratam de tal forma que não formam um ponto exato na retina. Isto pode ocorrer em decorrência de um problema de comprimento ou de formato do olho.

Na carta de apresentação do Manual também foi salientada a importância que os professores (as) têm na identificação precoce de problemas visuais, bem como a necessidade desses envolverem a comunidade para permitirem que questões relativas à saúde dos escolares fossem tratadas em seu conjunto. Pode-se dizer, também, que a campanha idealiza um professor(a) posicionando-o dentro de um

⁵⁷ Na Dissertação de Mestrado de Iolanda M. dos Santos (2004), encontra-se um capítulo intitulado *Modos como vi as campanhas de saúde escolar*, onde ela apresenta com mais detalhes os objetivos e finalidades desta campanha.

certo padrão cultural e moral, ao afirmar que todos eles poderão tornar-se capacitados para lidar muito bem com as triagens visuais de seus alunos. É interessante indicar que a saúde visual/ocular é, inclusive, configurada no texto, como um presente que o professor poderá oferecer aos seus alunos. Destaco, no entanto, que, em minha prática como professora do curso de optometria, especialmente no trabalho que realizei em uma Clínica-escola, constatei que a realização da triagem visual sempre foi uma das ações consideradas mais difíceis de serem realizadas pelos alunos do curso, por exigir treinamento bastante acurado na técnica da observação. Faço tal observação para indicar que tal tarefa não seria tão simples quanto o Manual e o próprio vídeo, que comentarei logo adiante, procuraram configurar.

Transcrevo, a seguir, o que é indicado como sendo as diretrizes da *Campanha Olho no Olho* (BRASIL, 2002) neste Manual:

- a) Utilização da rede pública de ensino como estratégia para a mobilização comunitária;
- b) Enfoque educativo para orientar alunos, pais, professores sobre questões relativas a hábitos de higiene, visando à preservação da saúde visual;
- c) Enfoque preventivo para obtenção de diagnóstico, mediante exames específicos das condições da saúde visual;
- d) Enfoque curativo para propiciar tratamentos adequados aos alunos que apresentam deficiências visuais;
- e) Trabalho de parceria entre as diversas instâncias governamentais (federal, municipal, estadual), a comunidade escolar e a sociedade civil organizada (p. 9).

Ou seja, as diretrizes dessa Campanha visam à realização de uma mobilização ampla que envolveria segmentos diversos da população, objetivando não só a detecção precoce de problemas oculares como, também, a cura dos problemas detectados.

Além disso, o texto do Manual preocupa-se em indicar e prever todas as situações nas quais se poderia enquadrar os alunos que apresentassem deficiências visuais. Para tanto, relata-se no texto os sintomas mais comuns decorrentes de esforço visual - dores de cabeça, cansaço visual, olhos vermelhos, principalmente quando os estudantes realizam atividades como leituras, desenhos e pinturas. O texto salienta, ainda, que o professor precisa ser um bom observador e que ele deve

estar atento a qualquer sinal ou sintoma relativo ao inadequado uso da visão que a criança relate em sala de aula. Novamente, neste texto, é ressaltada a possibilidade de evitarem-se problemas, quando se assume uma “educação preventiva e quando se pratica uma assistência curativa, sendo, portanto, imprescindível que essas crianças tenham acesso à assistência oftalmológica e aos óculos para terem condições de um desenvolvimento sócio-educacional completo” (BRASIL, 2002, p. 9)

A Campanha atribui, assim, ao professor a tarefa de fazer o diagnóstico inicial, isto é, de separar e classificar os possíveis portadores de problemas ópticos, bem como o encarrega de elaborar o relatório para o FNDE, destacando quem são os portadores de boa saúde visual/ocular e os outros, aqueles que não se classificam nos critérios fornecidos pela Campanha.

No Manual, tal como na carta endereçada aos professores, atribui-se a esses professores a função de prepararem-se bem para realizar uma tarefa usualmente realizada por especialistas – a triagem. Para tanto, esses receberam inúmeras recomendações, bem como necessitaram prestar contas das ações realizadas ao FNDE, através de relatórios, de anotações e dos encaminhamentos de alunos aos especialistas como podemos observar pelo excerto abaixo (BRASIL, 2002):

e) Aplicar e registrar o teste de acuidade visual conforme as instruções para a medida de acuidade visual constantes no item 4 deste manual. Orientamos fotocopiar a Ficha de Resultado da Triagem, que servirá de rascunho, transcrevendo para a ficha original apenas os alunos que precisarão de atendimento oftalmológico.

f) Anotar na ficha de resultado da triagem apenas o nome dos alunos que tiverem acuidade visual com diferença de visão igual ou inferior a 0,7 (20/30) em pelo menos um dos olhos, aqueles com diferença de visão entre os olhos, de duas ou mais (em relação à escala de sinais de Snellen) e registrar, ainda os alunos que apresentarem outros sinais de problemas visuais como: estrabismo, olho vermelho, lacrimejamento, etc (p. 16).

Os professores deveriam estar, então, vigilantes! Os relatórios indicariam se lançaram ou não um olhar atento aos alunos e se tinham tomado as decisões adequadas. Pode-se, indicar, então, que, desse modo, as Campanhas atuaram no disciplinamento tanto dos professores quanto dos alunos, disciplinamento esse exercido através do registro contínuo, do acompanhamento atento, do enquadramento em categorias, enfim, do exercício daquilo que Foucault (1998) refere ser uma das técnicas de exercício do poder. Tudo deveria ser registrado e

detalhado nos relatórios, até as crianças faltosas no dia da triagem, pois os professores deveriam dar um jeito de localizar estas crianças, pois nenhuma poderia ficar sem atendimento. Conforme consta no excerto abaixo:

Todos os alunos da 1ª série/2003 deverão ser submetidos ao teste de acuidade visual. A escola deverá aplicar a triagem para os alunos faltosos, de forma que nenhuma criança fique sem o atendimento devido. A continuidade e o êxito da campanha dependem sobretudo da sua participação e colaboração, já que os professores são os responsáveis pela realização do teste de acuidade visual nos alunos, etapa principal dos trabalhos (Brasil, 2002, s/n).

Ou seja, como Foucault (1998) destacou em seus estudos sobre a *Microfísica do Poder*, a disciplina “implica um registro contínuo [...] de modo que nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber” (p. 106). Opera-se, nesse sentido, o controle minucioso dos corpos, sendo esse um dos modos como as Campanhas atuam em uma função disciplinar.

Nas Campanhas são dadas aos professores e diretores atribuições de diversas ordens e os procedimentos acerca de como fazer e o que deve ser feito, constam e se repetem nos diferentes materiais que integram a Campanha. O FNDE detinha o controle da Campanha através dos relatórios e das fichas de triagens entregues à Secretaria Municipal de Educação; essa, por sua vez, deveria, também, “receber da escola o Formulário para Conferência e Recebimento dos óculos, devidamente atestado, enviando-o juntamente com a prestação de contas para o FNDE” (BRASIL, 2002, p. 17).

Assim como os professores e diretores, o oftalmologista, também tinha orientações a serem seguidas no Manual. Caberia ao oftalmologista: prescrever os óculos segundo os parâmetros estipulados pelo CBO; seguir o cronograma estipulado pelo FNDE; atentar para que as receitas tivessem os seus campos preenchidos na totalidade; receber os óculos, conferir e enviá-los à Secretaria Municipal de Educação; “orientar os professores quanto à aplicação do teste, quando necessário” (p. 17).

Essas eram, então, algumas das atribuições conferidas aos especialistas. Pode-se perceber o caráter prescritivo presentes nesse Manual da Campanha. No entanto, cabe registrar, que na Avaliação do Tribunal de Contas da União (TCU), ocorrida em 2000, um dos aspectos apontados como falhos na Campanha correspondeu a “não conferência da adequação dos óculos confeccionados à receita aviada antes de serem entregues à criança”, ação essa que deveria ter sido feita pelos especialistas (oftalmologistas ligados à Campanha dentro do cronograma do projeto idealizado). Enfim, apesar do Manual ser prescritivo e de promover um cuidadoso detalhamento dos procedimentos a serem realizados, especialmente os referentes à triagem, nem tudo parece ter ocorrido conforme a previsão feita.

Para mostrar como foram detalhados os procedimentos a serem seguidos, destaco que, no mesmo Manual, constava o desenho de uma sala de aula, mostrando para o professor como o aluno deveria estar posicionado em relação a tabela de *Snellen* - posições das janelas e a altura dos olhos do aluno em relação a tomada da acuidade visual – no momento de realização da triagem. Abaixo do desenho, encontrava-se uma *receita* bem detalhada de como o professor deveria proceder para não cometer erros na triagem dos alunos.

Quanto a aplicação do teste de acuidade visual, foi enfatizado que o mesmo deveria ser realizado pelo professor, seguindo a ordem pré-estabelecida pelos especialistas que organizaram o Manual. Foi destacado, por exemplo, que o professor deveria: “Estimular a criança durante a aplicação do teste”. “Incentivá-la mesmo que apresente baixa visão” (BRASIL, 2002, p. 20). Além disso foi feito o seguinte alerta: *‘a atenção e a colaboração da criança dependem muito do professor e do ambiente da sala em que está sendo aplicado o teste’*. Portanto, o professor precisaria ser um grande observador, um bom estudante para absorver todas as informações passadas através dos materiais da Campanha, pois dele dependeria a saúde visual/ocular de seus alunos. Enfim, a sua responsabilidade era bem grande! E isso mostra mais uma vez as ações de disciplinamento implicadas na Campanha.

O Manual da Boa Visão do Escolar: Solucionando dúvidas sobre o olho e a visão

Este Manual (ANEXO D) foi elaborado pela equipe de especialistas em oftalmologia do Estado de São Paulo e seu objetivo explícito é esclarecer *tudo* sobre o olho e a visão para os professores. O documento possui, tal como os demais, um caráter prescritivo. Conforme Santos (2004) ressaltou, nessas campanhas, os professores passariam a ter “uma autoridade legitimada (poder/saber) e amparada pela pedagogia científica e o saber médico” (p. 163). Tal Documento novamente legitima a participação do professor nas Campanhas, garantindo a sua qualificação e habilitação para atuar na aferição de problemas visuais, pois também o discurso deste outro Manual consegue persuadir, produzir efeitos de verdade, a partir da invocação de “certezas científicas” ou pelo chamamento do argumento “da ordem natural das coisas”. Destaco, ainda, que este Manual, também foi endereçado aos pais, aos diretores e ao pessoal da escola.

O Manual vale-se de uma linguagem acessível, bem como do recurso do detalhamento da informação, que se faz acompanhar por desenhos de um garotinho e de animais, incluindo informações de diferentes ordens - desde as noções de higiene e cuidado, passando pelas curiosidades e crendices populares referentes aos olhos, até a apresentação de conhecimentos técnico-científicos acerca dos olhos, além de informações sobre como proceder o exame dos olhos e sintomas que caracterizam suas enfermidades.

Cabe lembrar que muitos são os preconceitos e as crendices circulantes sobre a visão relacionadas no Manual da Boa Visão do Escolar. Destaco a frequência do uso de questionamentos diretos e o emprego de expressões tais *Como, O que, Como deve ser, Por que, Quando* nos títulos e subtítulos das seções que integram esse Manual.

Transcrevo, a seguir, algumas das indagações que classifiquei como sendo Curiosidades:

*O nenê nasce enxergando?
O que eu devo perceber nos olhos do recém-nascido que indique alguma alteração ocular?
O uso do óculos vicia?
Estudar de mais pode enfraquecer a visão?
Ler com pouca luz pode enfraquecer a visão da criança?
Criança que enxerga com um olho só pode fazer esforço visual?
Por que meus olhos ardem quando fico algumas horas no computador?
A criança pode ler com o livro bem perto dos olhos?
Existe algum exercício ocular para diminuir o grau dos óculos ou evitar seu aumento?
Coçar os olhos faz mal?
Cenoura é importante para a visão?
Bichos de estimação podem trazer danos oculares?*

Ou seja, o texto apresenta indagações que considera serem aquelas que seriam enunciadas pelos leitores do Manual (professores, pais e pessoal da escola) e, a partir dessas, apresenta respostas que buscam informar, esclarecer e atender o que pensam ser os interesses, anseios e curiosidades do professores, pais e alunos.

Um outro tipo de perguntas envolveria mais o *senso comum* e as *crendices populares* referentes aos olhos. Entre essas destaco as seguintes:

*Leite materno pode curar conjuntivite?
A caspa da cabeça pode passar para o olho?*

Cabe salientar que há muitas crenças populares que dizem respeito à saúde, sendo que essas não necessitam comprovação para serem aceitas e incorporadas ao repertório popular. O Manual atenta para isso, tentando contrapor a essas visões informações classificadas como científicas tais como destacaram Armond; Temporini e Alves (2001). Dizem eles: “há necessidade de introduzir a orientação referente a crenças populares em visão nos programas e atividades de treinamento do pessoal docente, para o desenvolvimento de ações de oftalmologia sanitária nas escolas de primeiro grau” (p.200).

Outros tipos de questões presentes no Manual são as que trazem informações sobre o exame dos olhos. Entre essas, destaco:

*Como os professores e os pais podem colaborar para que os alunos tenham uma boa saúde visual?
Quando devo levar a criança para exame ocular?
Por que, no exame ocular da criança, tem-se que dilatar a pupila? E quanto tempo a pupila fica dilatada?
Por que meu filho tem que usar os óculos receitados pelo oftalmologista? Em vez dos óculos, podem ser lentes de contato?*

Pode-se dizer que essas são questões que buscam alertar pais e professores relativamente à importância do exame ocular, buscando solucionar as dúvidas mais comuns atribuídas aos mesmos. Além dessas, o Manual traz outras questões que são mais direcionadas à *Higiene e Cuidado* necessários à saúde visual.

Saliento as seguintes:

*Como posso limpar os olhos do bebê?
O sol faz mal para os olhos do bebê?
Como devem ser os óculos da criança e quais os cuidados?
Como agir no caso de conjuntivite e evitar que outras pessoas se contaminem?
O que fazer no caso de cair produto químico nos olhos da criança?
Como deixar a casa mais segura para os olhos da criança?
Criança no banco de trás do carro precisa usar cinto de segurança?
A criança pode correr e jogar futebol de óculos?
Cenoura é importante para a visão?
O que fazer em caso de irritação após piscina, praia, exposição ao vento e ao sol?
Todos os colírios são iguais?*

Uma última categoria de questões envolveria o *Esclarecimento sobre as enfermidades oculares e conhecimento técnico-científico*. Também resgato para primeiro plano algumas delas:

*Como enxergamos?
O bebê pode ter o canal lacrimal entupido e lacrimejar?
Que outras doenças são comuns no recém-nascido?
Problemas visuais atingem muitas crianças em idade escolar?
Como percebemos as cores?
Como deve ser a iluminação durante os estudos da criança?
Como deve ser a postura à frente do computador?
TV, Computador e videogame prejudicam a visão?
A criança cega ou com baixa visão pode freqüentar classe comum?
O que é hipermetropia, miopia e astigmatismo e quais as características das crianças portadoras?
O que é estrabismo e ambliopia?
O que é uma bolinha na pálpebra?
Natação causa problemas nos olhos?
Como usar colírios e pomadas oftálmicas em criança?
Se comparássemos o olho com uma máquina fotográfica:
Doenças oculares
Partes dos olhos:
Teste a visão do seu filho (inclui uma tabela de snellen)*

Enfim, o Manual coloca em destaque a importância da disseminação de informações gerais e de práticas preventivas para que se processe a educação em saúde visual/ocular. Tal conjunto de informações, associado à prática do exame periódico, se constituiria em um caminho seguro capaz de conduzir a uma atividade visual saudável e, se for o caso, à detecção precoce de problemas oculares e ao encaminhamento dos indivíduos afetados aos serviços de saúde. Cuidados gerais e de higiene preveniriam as doenças provocadas por agentes infecciosos. Além disso, a introdução de uma alimentação rica em vitaminas, desde cedo, logo após o término do aleitamento materno, também ajudaria a manter uma boa saúde ocular.

Enfim, as questões indicadas no Manual não se centram em uma abordagem estritamente técnica, mas levam em consideração aqueles a *quem* o Manual se endereça, valendo-se de uma linguagem que busca tornar-se acessível a pais e professores.

Contando Histórias para Promover a Boa Visão do Escolar

Um outro livreto incluído no material das Campanhas, também elaborado por uma equipe de especialistas sob a coordenação do CBO, Ministério da Educação, FNDE e Secretaria de Educação Especial (BRASIL, 2002), denomina-se *Histórias para uma boa visão do escolar* (ANEXO E). O objetivo explícito deste material é

ajudar os (as) professores (as) a ensinar às crianças a reconhecerem e identificarem os principais problemas visuais na “hora certa”, bem como *o que* deve ser feito para minimizar o problema, que, no caso em questão, corresponderia a procurar um oftalmologista.

O texto traz, em sua seção introdutória, palavras do Ministro da Educação em exercício, na época, Paulo Renato Souza, que enfatizam a importância das crianças lembrarem seus pais sobre a necessidade da consulta oftalmológica, bem como de não faltarem à mesma. O Ministro ressalta: “Se você está entre aquele (as) que não precisam de óculos porque têm uma boa visão, não se esqueça de ajudar o (a) coleguinha que vai precisar usá-lo, evitando críticas e apelidos” (BRASIL, 2002, p. 3).

O livro conta três histórias. Em todas elas, os protagonistas são animais com problemas visuais. Alude-se, desse modo, a situações vividas por humanos, buscando-se captar a simpatia e a curiosidade infantis pelo chamamento a histórias tais como a da Vaquinha Filó, que tropeçava com frequência, tinha os olhos vermelhos, misturava a comida, mas que, após consultar um oftalmologista e ter colocado óculos resolveu esses problemas. Nesta pequena história é destacada a importância de atentar-se para sinais e sintomas de problemas visuais que podem se manifestar nas crianças em idade escolar. Mais uma vez destaca-se a importância de se estar vigilante e atento aos detalhes – a ênfase, nesse caso, está direcionada à vigilância que deveria ser exercitada pelas próprias crianças.

Uma outra história cujo título é o Osso tem por personagens os cães. Trata-se de cinco cães, sendo que cada um apresenta um modo diferente de enxergar, isto é, um erro refrativo ou uma doença ocular diferente. No caso: “Totó, como a maioria dos cachorros, vê o seu osso bem nítido e sem nada faltar”. Este cão não apresenta problemas visuais, tem boa visão, mas “Rex vê o seu osso faltando um pedaço, como já dele tivesse comido, sem ao menos ter experimentado”. Já a pequena Pequi quase não consegue enxergar o osso [...] usa seu olfato para vigiá-lo [...](BRASIL, 2002, p. 12 e 13). Para Pequi e Rex *os óculos não vão adiantar*, diz o texto da história, sendo que nela é salientada a importância de não deixar-se o tempo passar

para tratar dos problemas – é preciso correr, como está salientado na história, para não ficar como estes cães, pois as formas de enxergar não são apenas dos cachorros e gente também pode enxergar assim (BRASIL, 2002). Com a ajuda de Bumer e Duque, outros dois cães, são abordados outros erros refrativos que as crianças também poderão passar a identificar e a reconhecer – a miopia, o astigmatismo e a hipermetropia. Ao finalizar esta história é lembrada a importância de não faltar-se à consulta do oftalmologista e para aqueles que usam óculos de cuidar-se bem deles.

A terceira história fala sobre o Ursinho Quelé e nela busca-se, especialmente, trabalhar a importância do cuidado com os óculos, o incentivo que os professores (as) devem dar aos alunos quanto ao uso dos mesmos, tal como pode ser observado no excerto seguinte, que narra o momento em que a professora deu os óculos ao Quelé (é interessante destacar a rima que está em jogo no texto com o apelido de um dos jogadores de futebol mais famosos do Brasil): “Mas agora ele poderá virar um verdadeiro Pelé, pois vai enxergar tudo, tudo! – falou a professora” (BRASIL, 2002, p. 22). O texto também traz alertas para despertar os cuidados que se deve dispensar aos óculos: onde guardá-los, não emprestá-los, bem como o respeito que se deve ter com o colega que usa óculos. Ao finalizar a história são escritas as *Regras do Quelé para não estragar os óculos*.

Destaco que o livro contém, além das histórias, atividades recreativas pedagógicas, como jogos e brincadeiras do tipo caça-palavras, cruzadinha, dentre outras, que podem ser vistas como um modo eminentemente escolar de tratar da informação e que serviria aqui para que as crianças interajam, mais uma vez com temas referentes à saúde visual/ocular.

A fita de vídeo que integra a *Campanha Olho no Olho*

Quero destacar que também o vídeo⁵⁸ possui uma ênfase descritiva e que ao assisti-lo, não pude deixar de pensar na apresentação de “uma receita de bolo”, pois nele são indicadas as medidas certas que devem ser obedecidas pelo professor

⁵⁸ Esta fita de vídeo (Orientação ao professor) foi produzida em parceria com o CBO, FNDE, ME e tem cerca de cinco minutos de duração.

para fazer a triagem visual dos seus alunos, bem como os materiais e as técnicas a serem usados na aplicação do teste de acuidade visual⁵⁹ de seus alunos, passo a passo.

Ao que parece, os promotores da campanha vêem o vídeo como um modo fácil de capacitar os professores para a realização das atividades a eles propostas, isso, porque, os professores poderiam intervir na informação, parando o vídeo, mudando o ritmo, e até alterando uma seqüência de imagens. Penso, também, que a Campanha busca, mais uma vez, com esse vídeo ditar e prescrever as fórmulas de trabalho a serem seguidas pelo professor na triagem visual – treiná-lo -, definindo o *que é certo* ou *errado* fazer quanto à ordem, à disciplina e à conduta que devem assumir em sala de aula durante a realização da atividade. As instruções passadas pelo vídeo estabelecem a seqüência certa da triagem e orientam e prescrevem o modo de realização do exame, que envolve procedimentos padronizados, rotinas, seqüências de ação e sistematizações. Lida-se nessa situação, tal como destacou Foucault (1999), ao examinar outras situações de disciplinamento dos corpos, com “um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma física ou uma anatomia do poder, uma tecnologia” (p. 177). Foucault faz uma comparação entre tecnologia regulamentadora da vida e tecnologia disciplinar do corpo, que embora se referindo ao século XVIII, pode ser estendida a essa situação para explicar a ação da fita de vídeo sobre as professoras, ora centrada no corpo, ora centrada na vida. Segundo Foucault (2002):

Uma técnica que é, pois, disciplinar: é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; [...] É uma tecnologia que visa, portanto não o treinamento individual, mas pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos. Logo [...] num caso, trata-se de uma tecnologia em que o corpo é individualizado como organismo dotado de capacidades e, no outro,

⁵⁹ A nitidez da visão é denominada acuidade visual, a qual varia da visão completa à ausência de visão. À medida que a acuidade visual diminui, a visão torna-se progressivamente menos nítida. Normalmente, a acuidade visual é medida em uma escala (Snellen) que compara a visão da pessoa a 6 metros com a de alguém que possui uma acuidade visual máxima. Conseqüentemente, um indivíduo com uma visão 20/20 vê os objetos situados a 6 metros de distância com total nitidez, enquanto que um indivíduo com uma visão 20/200 vê a 6 metros de distância o que um indivíduo com acuidade visual máxima vê a 60 metros.

de uma tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos do conjunto (p. 297).

Ou seja, também a fita institui, posiciona e destaca alguns sujeitos (os/as professores/as) para lidarem com práticas usualmente só exercidas por especialistas – a prática da detecção e do encaminhamento dos que forem considerados portadores de “problemas” visuais. Assim, tais práticas funcionam como tecnologias capacitadoras que habilitam os professores a realizarem tarefas para as quais eles não foram preparados quando de sua formação.

Através da fita de vídeo endereçada aos professores, busca-se qualificar melhor os professores para o exercício de determinadas práticas previstas na Campanha, mas, nessa ação, esses são, também, disciplinados e legitimados ao serem configurados como os responsáveis pelo diagnóstico inicial da saúde visual/ocular dos seus alunos.

A partir do que foi apresentado até aqui, é possível dizer que a Campanha envolve um conjunto de ações que lidam com práticas em educação em saúde visual e com a sua divulgação, mas que também promovem e instituem os sujeitos posicionando *quem é* ou *não* detentor de uma boa saúde visual/ocular, bem como definindo papéis de relevo para a escola e seus professores na condução de tal tarefa.

Como está afirmado em material publicado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (BRASIL, ME, 2003),

é inegável a posição estratégica da escola e dos professores, como instituição aglutinadora de crianças, para realizar ações de prevenção e detecção de problemas oftalmológicos, assim como para o encaminhamento à assistência especializada e desenvolvimento de ações educativas de saúde ocular (p.1).

Como já indiquei, tanto a fita de vídeo, quanto a cartilha do professor trazem uma série de informações e instruções, que devem ser seguidas criteriosamente para que a Campanha tenha o sucesso desejado, pois existem prazos a serem

respeitados⁶⁰, bem como fichas, relatórios e formulários a serem preenchidos. Elas atuam, também, conjuntamente, na atribuição das já referidas funções para professores e a escola, que deverá prestar contas à União; ao não cumpri-las, poderá sofrer sanções que demarcarão sua incompetência frente à comunidade.

Como podemos observar no excerto que segue:

[...] Caso o FNDE não receba, dentro do prazo acima estabelecido, os formulários necessários para a emissão da ficha de encaminhamento para a consulta oftalmológica, automaticamente, essa escola estará excluída da Campanha Olho no Olho/2003, prejudicando sobremaneira os alunos beneficiários (BRASIL, 2003).

Destaco, ainda, que o cronograma das tarefas a serem realizadas na Campanha previa as datas para a sua execução. Para o período que estou focalizando, o início previsto foi para 01/11/2002 e seu final para 30/06/2003, porém como colocam Kara-José; Gonçalves e Carvalho (2006):

Nos anos de 2002 e 2003, não foi possível a execução da campanha por diversos motivos, a saber: Para o FNDE/MEC o início da Campanha só poderia ocorrer dentro do ano fiscal, isto é, de junho a julho de cada ano. [...] Não houve consenso em relação à data para início das Campanhas. O ano de 2002 foi ano de eleições [...]. Priorização de outros projetos em detrimento das Campanhas de Prevenção e Reabilitação Visual Olho no Olho por parte do Ministério da educação e FNDE (p.81-82).

Kara-José, Gonçalves e Carvalho (2006) fazem, ainda, a seguinte observação:

Em março de 2004, o Ministério da educação liberou verba para a “Campanha Olho no Olho” para ser executada apenas em uma cidade por estado do país nas crianças que foram triadas em 2003. A verba do Ministério era destinada à Secretaria da Educação dos Municípios, porém apenas algumas cidades tiveram acesso a ela, entre elas, São Paulo, Recife e Teresina (p. 82).

⁶⁰ Os prazos encontram-se descritos no Manual de orientação Olho no olho.

Ou seja, problemas da ordem da gestão governamental alteraram o Cronograma de execução da Campanha, cabendo destacar que a

RESOLUÇÃO /FNDE /CD/ N° 14, DE 05 DE MAIO DE 2005.

Dispõe sobre os critérios e procedimentos para apoio financeiro suplementar por meio do Programa Nacional de Saúde do Escolar - PNSE, no exercício de 2005, a ser executado pelo FNDE (BRASIL, 2005).

Nesta resolução encontram-se as listas de alguns municípios que fizeram a triagem visual em 2003, bem como o número de alunos que, pelo resultado do teste, deveriam ser encaminhados para atendimento oftalmológico, na forma estabelecida pela Resolução FNDE/CD/ n° 37, de 13 de outubro de 2003.

Mas, novos problemas de gestão - a troca do Ministro da Educação - modificaram, novamente, os propósitos extensivos que anteriormente regiam tais Campanhas pela promulgação da “RESOLUÇÃO CD/FNDE N° 054 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005” que Altera a listagem de municípios que receberão apoio financeiro do Programa Nacional de Saúde do Escolar – PNSE no exercício de 2005.

Feita uma comparação entre as listagens das resoluções supra citadas nas Resoluções CD/FNDE, constata-se um aumento no número de municípios indicados para o recebimento das verbas para a saúde dos escolares nessa resolução de 2005. Além disso, é interessante ressaltar que a verba a ser liberada é de R\$ 60,00 per capita aos municípios e que tais recursos foram destinados ao pagamento das consultas e a aquisição e distribuição de óculos.

Como a operacionalização dessas ações ficou sob a gestão dos municípios, em conversa informal com a responsável pela Campanha na cidade de Canoas/RS, me foi relatado que as verbas repassadas neste ano de 2006 não são suficientes para a realização de ações previstas pela Campanha: consulta oftalmológica e aquisição de óculos. A solução, segundo ela, foi recorrer a uma instituição privada a fim de conseguir mais verbas para atender as necessidades dos alunos triados em 2003. Cabe indicar, que essa Campanha pode ser considerada como bastante

abrangente e complexa e que talvez disso decorram as dificuldades indicadas em relação à continuidade da sua realização.

Com relação ao modo de gestão dessa Campanha, parece-me ainda importante indicar o que foi apontado por Veiga-Neto (2000) acerca da cada vez mais intensa busca de realização de parcerias percebida não só nessas Campanhas, como em outras que derivam de ações governamentais. Diz ele: “as instituições privadas (a sociedade civil) que se propõem a auxiliar o público, assim como aquelas não-governamentais, têm sido úteis para que os governos se desobriguem, pelo menos em parte, do controle e do custeio sociais” (p. 201).

Parece-me interessante, ainda, apresentar alguns dados relativos à totalização dos resultados da *Campanha "Olho no Olho"* (Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2002), no ano de 2001. Esses mostram que, em um universo de 368.748 escolares encaminhados por seus professores para exame médico oftalmológico, em todos os estados do Brasil, apenas 177.175 (48,0%) compareceram à consulta. A partir deste resultado, pode-se observar que apesar de os escolares terem à sua disposição consulta e óculos gratuitos, oferecidos pela Campanha, existem fatores de muitas ordens que fazem com que estes importantes recursos não cheguem a esses alunos conforme fora previsto ou que esses recursos não sejam devidamente por eles aproveitados.

Essa é uma das preocupações decorrentes das análises processadas relativamente às campanhas – o grande número de alunos encaminhados que faltam à consulta médica oftalmológica agendada. No artigo “Aspectos socioeconômicos que influenciam no comparecimento ao exame oftalmológico de escolares com alterações visuais”, Abud e Ottaiano (2004) colocam que deveria ser otimizado o comparecimento das crianças, proporcionando-lhes perfeita⁶¹ saúde visual, como um ato de cidadania, ainda mais quando os recursos humanos estão mobilizados e os recursos financeiros estão disponíveis por ocasião das “Campanhas”.

⁶¹ Estou me valendo de afirmações textuais desses autores.

Quero destacar mais uma vez que é sobre considerações como essas que conduzi as análises nesta dissertação. Como destaca Veiga-Neto (2004), procurei ler o que foi dito “simplesmente como um *dictum*, em sua simples positividade, e não tentar ir atrás nem das constâncias e freqüências lingüísticas, nem das qualidades pessoais dos que falam e escrevem” (p.117). O dito, e o modo como ele é interpretado, pode variar de uma formação discursiva para outra de acordo com a forma que ele toma e o modo pelo qual é interpretado. Nas palavras de Veiga-Neto (2004): “Os discursos não estão ancorados ultimamente em nenhum lugar, mas se distribuem difusamente pelo tecido social, de modo a marcar o pensamento de cada época, em cada lugar, e a partir daí, construir subjetividades” (p. 120). Busquei, então, nessa dissertação, marcar, mesmo que de forma incipiente, o modo como se dá a construção de algumas subjetividades a partir da mediação das palavras e como através das Campanhas foram realizadas ações que atuam na direção de criar uma cultura da saúde visual/ocular.

3 A PROPAGANDA DAS LENTES *TRANSITIONS* ATUANDO NA INSTITUIÇÃO DA SAÚDE VISUAL?

Nesta seção, passo a fazer algumas considerações acerca de como se estabelecem na propaganda representações e discursos sobre a saúde visual.

Começo destacando que tem figurado, cada vez mais com maior freqüência, nos jornais, nas revistas e na televisão, notícias sobre doenças que afetam os olhos, causando deficiências ou disfunções visuais. Muitas dessas notícias destacam os “novos” inventos - óculos com sensores e impressoras em braille, que podem ser usadas por cegos, bem como lentes que assumem novas tecnologias configuradas como capazes de promover uma visão mais adequada e nítida para muitos.

Cabe lembrar, tal como indiquei em capítulo anterior, que a propaganda se configura como uma eficiente forma de dar destaque para esses produtos, ao circular intensamente em uma ampla gama de meios de comunicação. Saliento, ainda, que a propaganda opera, tal como outros artefatos culturais já citados nesse estudo, na produção de “verdades”, ocupando um lugar cada vez mais significativo

na vida das pessoas. Nessa direção, cabe lembrar Fischer (1997), que destacou a importância de buscar-se lidar com

as estratégias concretas que esse espaço fundamental da cultura [a propaganda] constrói para atingir diferentes grupos sociais e cada indivíduo particularmente, através de objetos que os significam, criando-lhes identidades, mesmo que transitórias, produzindo, enfim, uma comunidade imaginária que os consola e representa (p.67).

Lembro ainda que os discursos midiáticos, tal como tantos outros discursos, são práticas sociais que implicam relações de poder, nas quais são produzidos significados e os próprios sujeitos. A propaganda atua, assim, na produção de significados, os quais podem legitimar padrões de comportamento e de consumo. Ela se utiliza da palavra e/ou de outros diversos signos com o objetivo pragmático de convencer o seu leitor, bem como de obter um consenso emotivo que resulte na adesão do destinatário às suas propostas e argumentações. Enfim, nela se exercem ações pela linguagem, ações essas que implicam a escolha de muitos recursos que contêm pistas que revelam, em uma leitura mais atenta, a posição do anunciante.

Os anúncios divulgam um determinado produto. O que diferencia, por exemplo, uma lente oftálmica ofertada por um anunciante de outro é a maneira como o anúncio vai mostrar este produto, agregando valores, conceitos e tecnologias específicas, que o texto do anúncio busca mostrar serem exclusivas ao produto anunciado. Desse modo, o produto ou serviço se transforma em valores, desejos, aspirações para o grupo social que potencialmente o irá consumir.

Os discursos sobre a saúde visual veiculados na propaganda são difundidos, muitas vezes, em *folders*, mas, também, estão em revistas como *Veja*⁶², na televisão e em alguns jornais e eu os venho coletando desde 2004.

Considerarei, também, para o desenvolvimento dessa seção do estudo, aspectos referentes à narrativa estrutural de um filme comercial – tal como uma

⁶² Cito como exemplos: Revista *Veja* edição 1956 – ano 39 – nº 19 de 17 de maio de 2006. Matéria: Na mira da genética – Retina (p.65) e Revista *Veja* edição 1957 – ano 39 – nº 20 de 24 de maio de 2006. Matéria: As idades do corpo – Olhos (p. 102 – 103). *Jornal Zero Hora*, 13/05/2005. Matéria: Multirão para recuperar a visão da criança (p. 40).

propaganda - e como seu acabamento e sua estética são produzidos através de pressupostos conscientes e inconscientes acerca de quem são os consumidores do produto propagandeado: o *que* esses querem, *como* vêem tais propagandas, *como* vêem a si próprios, e aos outros, e *como* lidam com paixões e tensões sociais.

Mas, compete lembrar, que o consumidor/receptor ao ler um anúncio faz uma seleção de um determinado produto e que esta escolha está relacionada com a significação da mensagem que o leitor apreende e com a sua identificação com o produto.

Valendo-me da mesma autora Ellsworth (2001), penso ser possível dizer que, tal como há vários modos de endereçamento possíveis para um filme, há, também, para uma mesma propaganda, ilimitadas possibilidades de constituição de um perfil de público. Assim, é necessário admitir que o seu alvo nunca será apenas, ou totalmente, *quem* a propaganda pensa que seu público é.

Como já enfatizei anteriormente, a representação é, acima de tudo, uma das práticas centrais que produzem a cultura e a linguagem, consistindo no meio pelo qual "significamos" as coisas. As peças publicitárias trazem (e produzem/reproduzem) uma ampla gama de representações, as quais, como destacou Hall (1997b), produzem significados tal como qualquer sistema que empregue signos, ou seja, como qualquer sistema significante.

Como destacou o mesmo autor Hall (1997a; 1997b), os significados culturais organizam e regulam práticas sociais, influenciando nossas formas de entender e agir no mundo. Ou seja, é pelo uso que fazemos das coisas, o que nós pensamos, sentimos e dizemos sobre elas – enfim, o modo como nós as representamos, na perspectiva de (Hall, *ibidem*) - que damos significados a elas.

Vamos, então, ao comercial utilizado em mídia televisiva pelas lentes Transitions. Sua duração é de cerca de 30 segundos e sua veiculação na TV ocorreu durante o ano de 2005, no período compreendido entre 16 de março e 16 de julho. Foram mais de 2000 comerciais apresentados em 5 emissoras de TV aberta e em 7 canais de TV por assinatura. É possível dizer que esta propaganda pretendia

atingir uma extensa camada da população brasileira (é interessante atentar que o público da TV aberta não é necessariamente o mesmo da TV por assinatura), colocando em destaque a importância de ter-se uma visão saudável. Antes é ainda interessante indicar que essa propaganda sempre estabelecia uma parceria com as ópticas ao destacar a importância dos sujeitos recorrerem a essas para esclarecerem suas dúvidas e conhecerem a qualidade desse produto – as lentes Transitions.

Passo, a seguir, a descrever a propaganda dessas lentes veiculada na televisão. Essa é apresentada por uma voz feminina que apresenta um texto comercial aliado a uma música de fundo, sendo que os seus protagonistas se comunicam através de expressões faciais, exclusivamente. A propaganda inicia com a vista de uma construção projetada muito além do nosso tempo ao alvorecer de um novo dia, com um sol bem vermelho e radiante aparecendo em primeiro plano. Na seqüência, vê-se um pássaro voando em direção ao prédio e a música usada na sonoplastia também parece estar ligada àquela época. Após, tem início a primeira afirmação - *No futuro todos os óculos vão se adaptar automaticamente à mudança de luz* – e, logo a seguir, aparecem na tela pessoas vestidas de branco, caminhando em um lugar bem futurista, enquanto no céu são apresentadas naves espaciais. Ocorre uma mudança de quadro e surgem, agora, pessoas com vestes negras deslocando-se dentro de um prédio hiper-moderno, caminhando em uma espécie de corredor. Em segundo plano, há uma criança com roupas pretas passeando também em direção a uma espécie de corredor. Posteriormente, a câmara começa a dar destaque para uma mulher, loira de olhos claros, vestida de preto, que traz os cabelos soltos e usa óculos; logo em seguida seu rosto ocupa toda a tela e ela sorri para um homem, também de preto, que usa óculos e está sorrindo. Aparentemente ele a estava esperando. Ela vai ao encontro dele, e se olham dando-se em seguida as mãos. De mãos dadas seguem caminhando para a saída do prédio, entre olhares e sorrisos. A câmara, através de um corte, muda a seqüência da filmagem e agora filma o casal de costas, indo em direção de uma espécie de porta rolante que sobe. Aparece uma paisagem externa, também futurista e a câmara volta a filmá-los de frente com a luz do sol subindo em suas pernas até alcançar seus rostos. Nota-se que o homem é mais baixo do que a mulher. Segue a mensagem: *E vão bloquear os perigosos raios UV que podem prejudicar seus olhos...* Observa-se que o sol já

tomou conta do rosto deles e as lentes automaticamente escureceram e a roupa também começa a trocar de cor ficando branca. Surge a mensagem no vídeo escrita: *Simulação*. O casal se entreolha e ressurgem a criança já descrita, também usando óculos com lentes escurecidas, agora de roupa clara, que entra no prédio carregando uma espécie de bola vermelha na mão direita. A câmara agora enfoca o menino, já com a roupa escura e com as lentes dos óculos claras. Pode-se perceber que a bola que ele conduz na mão é a logomarca das lentes Transitions. Continua a voz feminina: *Mas para quem usa as lentes Transitions o futuro já chegou*. Os rostos do casal são focados pela câmara, com as lentes dos óculos escurecidas e um grande sol as suas costas. Percebe-se que a roupa não é mais a mesma sendo que agora aparecem usando roupas dos dias atuais. Eles são filmados, imediatamente, pelas costas, andando em uma calçada de alguma cidade. Aparecem carros estacionados e prédios modernos. O garoto vem, novamente, carregando uma bola vermelha em sentido contrário ao casal, brincando com ela e eles tomam outra direção, entrando em um prédio e ouve-se a frase: *Consulte o seu especialista*. A moça vira e sorri para o rapaz. Ela começa a ser focada em primeiro plano com as lentes ainda escuras. Outra mensagem é anunciada: *Por que o perigo já é real, mas a proteção também*. Agora o rosto da moça toma conta de todo o vídeo da TV, e ela sorri e as lentes dos seus óculos começam a clarear. Uma imagem do logotipo emerge a partir da lente direita dos óculos da moça com a seguinte mensagem: *Transition: A lente para qualquer ambiente*.

Nesta propaganda, pode-se perceber um jogo de imagens que imprime e coloca em destaque um outro aspecto que é o agradar o telespectador/leitor através da veiculação de imagens bonitas; mas cabe destacar que a imagem no vídeo não é apenas bonita e inocente. Nela não funcionam na produção de significados apenas os textos e os sujeitos físicos, nem os lugares e ambientes a que esses estão circunscritos, mas, também, as imagens resultantes das projeções atemporais e em movimento. Através delas, é possível passar da situação presente, que é o lugar dos sujeitos que a assistem/lêem, objetos do *marketing* ali proposto, para as posições alternantes de futuro/presente tal como sucedeu na propaganda que selecionei para discutir aqui.

Cabe enfatizar o que Ferrés (1996) fala sobre movimento e seu emprego na mídia:

O movimento é então um dos grandes atrativos da televisão como recurso para a captação da atenção e como elemento gratificador para mantê-la. E ao falar de movimento deve-se fazer referência tanto ao movimento dos elementos dentro da tela como ao movimento da câmara ou aquele que provém da mudança constante de cenas por meio da montagem (p. 16).

Mas, para quem se endereça essa propaganda? Recorro a Ellsworth (2001) para fazer algumas considerações a esse respeito, perguntando: a quem essa propaganda particularmente se destina? Quem seus editores/propositores pensam que nós (os leitores/assistentes/públicos) somos? Ou, ainda, quem ela deseja ou pensa que seja o seu público? Faço um breve parêntese, antes de tentar responder a tais questões, para indicar que pode-se apreender de Ellsworth (ibid), e da noção de “modos de endereçamento” que ela propõe, que o telespectador que assiste a propaganda, ou aquele que a lê na revista ou em um *folder*, foi pensado e imaginado pelo produtor do comercial, no caso presente a propaganda das lentes Transition.

Para reafirmar minha consideração, recorro às palavras de Dazzi (2002) ao comentar o endereçamento dos vídeos que compõem o Programa Salto para o Futuro e mais especificamente os vídeos educativos produzidos pelo Ministério da Saúde – Coordenação Nacional DST/AIDS que constituem o Programa Prevenir é sempre melhor:

Assim, tanto os vídeos quanto muitos outros artefatos de ensinar são feitos para “alguém”, sendo que ao fazê-los seus produtores imaginam esse “alguém” e “pensam” esse alguém como ocupando o lugar de um determinado público. Em outras palavras, em qualquer ação que demande comunicação entre pessoas, pressupomos como as pessoas são, ao mesmo tempo em que na comunicação também se define um jeito que se gostaria que as pessoas tivessem (p.108).

Ellsworth (2001) também indica que ‘o modo de endereçamento’ (de um filme, de uma propaganda, de uma novela ou música) freqüentemente erra seu alvo, além de indicar a não existência de um único e unificado modo de endereçamento.

Por não haver nenhuma conformação exata entre o “endereço” e o efeito que o endereçamento pressupõe ocorrer nos públicos, não há, portanto, como garantir uma resposta específica a um determinado modo de endereçamento e é, por essa mesma razão, que se torna possível ver o endereçamento de uma propaganda como um evento poderoso, porém paradoxal. Tal como destacou Ellsworth (ibid) para os filmes, o poder de endereçamento está diretamente relacionado à diferença entre o endereçamento e a resposta obtida. Mas estaria esse poder diminuído em função da fatalidade do “erro” na resposta? Talvez isso ocorra exatamente onde Ellsworth (ibid) diz que ele se localiza, quando, ao analisar o endereçamento no ensino, essa autora afirma: “no ensino, o poder de endereçamento reside em seu caráter indeterminado” (p. 44).

Segundo a mesma autora (ibid), os públicos não são simplesmente “posicionados” por um determinado modo de endereçamento. Mas, para que dêem determinado sentido a uma propaganda, no caso das lentes Transitions, ou para que permitam aos públicos desfrutá-la, eles têm que se envolver com seu modo de endereçamento. Faço tais considerações para indicar que há questionamentos sobre as diferentes leituras que podem ser feitas de qualquer texto, seja esse uma propaganda, uma novela, um filme etc, não apenas por parte de um mesmo espectador/leitor, mas, também, pelos diferentes tipos de públicos que com eles entram em contato. Aqui cabe destacar o uso que pode ser feito da “teoria de resposta do leitor”, ao deslocar-se o poder do ato de dar sentido para o espectador; ou seja, entende-se que: “Não importa o quanto o modo de endereçamento do filme tente construir uma posição fixa e coerente no interior do conhecimento, do gênero, da raça, da sexualidade, a partir da qual o filme ‘deve’ ser lido” (ELLSWORTH, 2001, p.31).

Feitos todos estes destaques, ressalto, então, que a propaganda das lentes Transitions parece ter sido endereçada a um público que assiste televisão em seus lares, mas também para os leitores de certo tipo de notícias – as que dão destaque a eventos que ocorrem no mundo contemporâneo como as publicadas em revistas como Veja e Isto É, ou em revistas que falam de amenidades e acerca dos ricos e famosos como Caras.

Na propaganda que estou examinando, as imagens são projetadas de tal maneira que permitem a decodificação da imagem não discursiva; assim, diversas formas de leitura são apresentadas ao espectador, que não pode ser pensado como um sujeito que passivamente recebe as mensagens contidas nessas imagens, mas que com elas mantêm interlocuções de naturezas diversas.

Como já coloquei anteriormente, o modo de endereçamento é um conceito que tem origem numa abordagem de estudos do cinema que está interessada em analisar como o processo de fazer um filme complementa o processo de vê-lo e como tal processo está envolvido em uma dinâmica social mais ampla e em relações de poder. A posição de sujeito adotada em um filme, independente do quanto é correspondida pelo espectador, está ligada, no filme, “a potentes fantasias de poder, domínio e controle” (ELLSWORTH, 2001, p. 25). Cabe destacar que estou considerando que isso se processa de modo semelhante na propaganda.

A minha leitura do endereçamento desta propaganda é que ela se destina a pessoas jovens (homens, mulheres adultos ou crianças) que se localizam em certos padrões culturais, sujeitos da dita “classe A”, que se motiva por artefatos de *grifes*, que dá atenção à qualidade, à tecnologia, ao *design* e a detalhes similares, usualmente associados ao “gosto” apurado e à sofisticação, aspectos que estão sempre destacados na tela com relação ao produto – as lentes Transitions. Sendo essa uma das “fatias de mercado” mais sensíveis e adeptas às mudanças, denota-se que a propaganda busca atingir públicos jovens – estudantes e jovens empresários bem sucedidos – o tipo de roupas sugere ser essa a posição em que se localizam os sujeitos que circulam na propaganda -, que são, também, o segmento que mais cresce no mercado e que se encontraria mais afeito a atentar para a saúde, a partir de um condicionamento massificado que a sociedade nos impõe atualmente.

Em minha leitura desses significados, os editores/produtores da propaganda pensam que seus leitores são a juventude bem situada financeiramente, discípula da máxima - *mens sana in corpore sano* -, pessoas bonitas e jovens que se movimentam com leveza e classe, como pode ser observado nesta propaganda. Talvez, possa-se dizer que esta “sofisticada” propaganda vale-se de analogias, de

similitudes bastante sutis, de representações até inusitadas se comparadas a outras peças publicitárias, que invocam um discurso publicitário mais elaborado que se apropria dos recursos dos efeitos especiais para propagandear as lentes.

Além disso, a propaganda lida simultaneamente com noções temporais, transitando entre a contemporaneidade e o futuro – as pessoas representadas transitam com segurança no mundo de hoje - e as lentes resolvem instantaneamente os problemas adaptativos que o trânsito entre diferentes ambientes impõem aos seus olhos, mas, elas também habilitam os seus usuários a caminharem com segurança em direção ao futuro e até no futuro. A tecnologia das lentes enfocadas faz essa desejável ligação com o futuro; na verdade, sugere-se que são as lentes que permitem aos homens, mulheres e crianças focalizados na propaganda transitarem com segurança por evitarem os perigos que o mundo contém e isso se dá em qualquer espaço e tempo – as diferenças de luminosidades constantemente indicadas vão sempre sublinhando isso – bem como o comentário destacado na propaganda que apresento no excerto abaixo:

*Por que o perigo já é real, mas a proteção também. Uma imagem do logotipo emerge a partir da lente dos óculos da moça com a seguinte mensagem: *Transition: A lente para qualquer ambiente.**

Penso que ao colocar em destaque a palavra *simulação* no vídeo da televisão, o produtor/editor pretendeu dar destaque à tecnologia empregada não só na propaganda, mas, também, nessas lentes – destaca-se o quanto elas são adaptáveis aos diferentes ambientes, aspecto que certamente é preciso considerar quando se trata da saúde visual, bem como do conforto que o seu uso pode proporcionar. Além disso, há que considerar a questão da proteção que essa fornece - os raios ultravioleta são um perigo “real” para nossos olhos e as lentes Transitions o consideram para proporcionar não só bem estar a seus usuários, mas, principalmente, para protegê-los dos perigos ambientais do presente e também dos que poderão advir no futuro. Aliás, a propaganda alude explicitamente à proteção

que é fornecida por tais lentes, na frase que afirma: *o futuro já chegou* e vai depender dos cuidados dispensados com à sua saúde visual.

A palavra simulação também se associa a um cenário de ficção científica, quando é feita alusão à possibilidade de tais lentes já terem incorporado uma tecnologia que não é desse tempo, mas do futuro. Ou seja, para os usuários das *lentes Transitions o futuro já chegou*. E é assim que, ao proclamar, mesmo que sutilmente as qualidades dessa lente, a propaganda coloca em destaque a importância da tecnologia de ponta (e essa é, também, uma estratégia de venda), enfatizada pela possibilidade de seus usuários terem acesso a nuances e a condições de bem estar especiais a partir de seu uso. Enfim, a propaganda joga com aspectos tais como beleza, conforto, alta tecnologia, proteção, cuidado, todos eles representativos de condições bastante valorizadas em nossa contemporaneidade pelo mercado consumidor, e dos quais a propaganda se vale com bastante competência. E essa é uma das estratégias⁶³ usadas para dar visibilidade à qualidade das lentes propagandeadas cujo uso poderá ainda ser atestado como necessário pelos especialistas. É interessante, nesse sentido, destacar a afirmação feita na propaganda - *Para você usar as lentes Transitions, deve consultar primeiro o especialista*.

Mas o que quero mais uma vez colocar em destaque é que também nesse artefato cultural produz-se um discurso relacionado à saúde visual atravessado pelo discurso da propaganda. O que está em jogo aqui são aspectos bastante diferentes daqueles que indiquei nas Campanhas: fala-se para outros sujeitos e de outras necessidades, mas esse discurso gera igualmente efeitos sobre os sujeitos e suas compreensões de mundo. A partir deles se criam novas necessidades, muitas delas bastante associadas a interesses mercadológicos de fabricantes de lentes oftálmicas, bem como dos renomados estilistas e até de atores/atrizes de cinema que não cessam de lançar novos modelos de armações de óculos que são rapidamente disseminados pelo mundo afora. Os apelos presentes na propaganda criam a necessidade do consumo, mesmo que alertas relacionados a perigos para o

⁶³ Mas cabe considerar que essa é também decorrente de uma das exigências dos órgãos de controle – ela vem na mesma direção do – fumar faz mal a saúde, beber com moderação e outras observações do mesmo gênero.

sistema visual sejam feitos ali – e o perigo está relacionado às radiações ultravioleta que nos bombardeiam diariamente.

Fala-se de um produto relacionado à saúde visual ligando-o a muitas outras situações e questões e sem fazer, nesse caso, o discurso publicitário atrela a saúde ao ato de consumir, o que ocorre com frequência em outras propagandas e instâncias culturais nas sociedades de consumo. E isso, mesmo que ocorra no nível pragmático do discurso, em uma propaganda tal como a das lentes Transitions, por exemplo, visa produzir efeitos concretos na direção de levar os indivíduos a se dirigirem a uma óptica para comprarem a lente Transition anunciada.

Ao finalizar esta seção, cabe ainda indicar que outras análises culturais poderiam ser realizadas em canais televisivos que tratam especificamente de saúde como a “TV Médico” e o “Canal Saúde” da FIOCRUZ⁶⁴. Nos canais de assinatura encontram-se, no mínimo, dois programas seriados, que centram seu foco no atendimento médico, mostrando tanto o cotidiano hospitalar quanto as relações entre os profissionais de saúde, bem como entre estes e seus pacientes. Porém, não pretendo, neste estudo, abarcar a todas as representações possíveis de saúde visual, mas, pelo menos, indicar algumas delas que me parecem circular em situações que exercem um impacto considerável em nossa sociedade.

4 AS REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE VISUAL NOS *FOLDERS* DE LENTES OFTÁLMICAS

Os *folders* são instrumentos ou artefatos, impressos de comunicação dirigida, compostos por uma folha dobrada na qual as linguagens visual e escrita estão sobrepostas. Eles são pequenos em relação a outros materiais de propaganda, ou de apresentação de um determinado produto, e apresentam grandes possibilidades estéticas (número de cores, ilustrações, tipo de papel, formato), oferecendo, ainda, fácil manuseio e distribuição (são leves e não necessitam equipamentos especiais para leitura). Assim, atendem a necessidades voltadas à propaganda e ainda se moldam aos mais diversos orçamentos (dependendo do tipo de impressão e

⁶⁴ A Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ é vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil e desenvolve ações na área da ciência e tecnologia em saúde, tendo informações disponibilizadas no *site* <<http://www.fiocruz.br>>.

recursos empregados). Essas características tornam o *folder* um instrumento de propaganda muito comum e, no caso, da propaganda de lentes, por vezes, o único investimento usado na sua divulgação. Cabe destacar que tais *folders* são distribuídos, especialmente, nas óticas, sendo neles, muitas vezes encontrados os indicadores de “normas de qualidade”, tais como o Certificado ISO, condição primordial para a comercialização de produtos no exterior e também para seu reconhecimento em território nacional.

Resolvi mencioná-los ao final deste estudo, não porque esse me pareça ser um tipo de propaganda *mais* eficaz do que outras, mas, especialmente, por se constituir em um material bastante utilizado para a comercialização de lentes oftálmicas, produtos que, cabe salientar, têm sido representados como recebedores de um constante aprimoramento técnico, especialmente, nos últimos anos. Basta ver a quantidade de denominações que essas lentes passaram a receber para destacar tal aspecto – fotocromáticas, fotossensíveis, Transitions, Trivex etc. Além disso, as lentes são os materiais que operam mais direta e frequentemente na correção dos problemas visuais.

Novamente, busquei marcar, nessa análise, que peculiares representações tais *folders* acrescentam ao repertório de significados circulantes acerca de saúde visual. Também é interessante indicar que é esse o meio de divulgação do qual se valem os fabricantes desses produtos para propagandear-los às casas óticas, que os divulgam, também, *on line*.

Para trazer maiores esclarecimentos acerca de tais *folders* (ANEXO F), organizei um quadro geral, que apresentei no capítulo IV, e que agora retomo sob a forma de pequenos quadros-resumo para melhor detalhá-los.

Início pela apresentação do *folder* da lente Transitions que, além da propaganda vinculada à televisão, a qual foi analisada na seção anterior, também agregou à elaboração de *folders* endereçados às óticas, outras ações a fim de fazer a divulgação de suas lentes oftálmicas para o público consumidor final.

Tipo de lente	Ano da veiculação dos <i>folders</i>	Qualidades destacadas	Argumentos	Endereçamento
Transitions	2005-2006	Qualidade visual, saúde, conforto, tecnologia.	Melhoram a qualidade da visão. 100% de proteção dos raios ultravioletas. Ajuda a prevenir doenças como a catarata. Tranqüilidade, credibilidade, garantia de qualidade seja qual for a sua necessidade visual.	Crianças, jovens, adultos e idosos.

Quadro nº 5: Características das lentes Transitions

Este *folder* inicia com o seguinte chamamento: *A sua visão no futuro depende das lentes que você usa hoje*. Como já discuti na análise da propaganda do filme dessas lentes, a idéia que é transmitida para os consumidores é a de que seus olhos estarão preservados para o futuro ao usar as lentes Transitions. Este tem o tamanho de meia folha A4 onde encontra-se, em destaque, a foto de uma moça morena, de olhos castanhos, usando óculos com as lentes Transitions, em três versões: do claro transparente, ao médio e finalmente as lentes totalmente escuras. Ao fundo há uma paisagem em tons de alaranjado e morros em tons marrom-escuro com um alvorecer ao fundo. Na mesma página, abaixo, estão listados as vantagens que essas lentes trazem para a preservação da saúde dos olhos:

Mais conforto: relacionando à luminosidade do ambiente, destacando que escurecem rapidamente, ficando tão escuras quanto óculos solares. Dão a sensação de conforto, reduzindo o cansaço visual.

Mais saúde: Descreve que essas lentes protegem os olhos dos efeitos nocivos dos raios ultravioletas e os previne contra problemas futuros como a catarata. As lentes atuam como um verdadeiro filtro solar. Além de melhorar a visão, elas cuidam da sua saúde visual hoje e no futuro.

Mais qualidade visual: Controlam a quantidade de luz que chega aos seus olhos, adaptando-se ao ambiente durante as 24 horas do dia.

Mais tecnologia: Produzidas por sofisticado processo patenteado, que resulta em um desempenho fotossensível com a maior gama de desenhos e materiais. Tranqüilidade e garantia de qualidade seja qual for a sua necessidade de correção visual.

Ao final da página do *folder* encontra-se em destaque a logomarca das lentes com o seguinte enunciado: *Visão saudável para qualquer ambiente.*

Cabe lembrar que este *folder* alude bastante à saúde visual, pois a proteção contra os raios nocivos é posta em destaque para os consumidores destas lentes, a partir do seguinte alerta: *Essas lentes protegem os olhos dos efeitos nocivos dos raios ultravioletas e os previne contra problemas futuros como a catarata. As lentes atuam como um verdadeiro filtro solar. Além de melhorar a visão, elas cuidam da sua saúde visual hoje e no futuro.* Assim, tanto na peça publicitária veiculada pela televisão quanto nos *folders* é dado destaque às qualidades dessa lente, que, como as propagandas anunciam, vão muito além daquilo que se espera de outras lentes – elas contemplam uma tecnologia de ponta que inclusive antecipa o futuro.

Passo, agora, a examinar o *folder* que apresenta a lente Trivex, conforme o quadro abaixo:

Tipo de lente	Ano da veiculação dos <i>folders</i>	Qualidades destacadas	Argumentos	Endereçamento
Trivex	2005-2006	Resistência, qualidade óptica, segurança, conforto, transparência Proteção contra os Raios ultravioleta.	Melhor material para as lentes; melhor conforto visual; proteção UV contra patologias oculares; Premio de Excelência da <i>Optical Laboratories Association</i>	Crianças, jovens, adultos e idosos.

Quadro nº 6: Características das Lentes Trivex

Este *folder* tem o tamanho de meia folha A4 dobrada ao meio, sendo o papel brilhante e de boa qualidade. Uma das estratégias de *marketing* de que se vale este *folder* envolve salientar o Prêmio de Excelência da *Optical Laboratories Association* de “Melhor Material para Lentes”, com um grande carimbo, em destaque, impresso na parte inferior da primeira página. Na parte superior consta o enunciado: Lentes Trivex: “Resistência e Qualidade Óptica com Tecnologia Premiada”. Recorro a Fairclough (2001) para indicar o uso que se faz neste *folder* de “carimbos”, *slogans*,

como uma marca para fazer a antecipação aos leitores de aspectos e significados que o material pretende salientar. No caso, o reconhecimento técnico da qualidade dessa lente.

O desenho que ilustra este *folder*, e que se encontra na sua parte frontal central, é o de um olho na cor azul escuro de onde emergem raios de luz. A impressão que se tem é que esse olhar irá ultrapassar os limites visuais estabelecidos como normais. No *folder* está ainda anunciada a garantia de 2 anos contra quebra, dando destaque à resistência desta lente, aspecto que é ainda reafirmado pela representação de um martelo que tem como alvo um par de óculos (ele dá a impressão que irá quebrar a lente).

A qualidade óptica da lente em questão é representada por dois desenhos, na segunda página, onde é mostrada para o consumidor uma lente com aberração cromática e a outra sem, que, no caso é a Trivex, que poderá, por esse motivo, proporcionar muito maior conforto ao seu usuário.

O *folder* apresenta ainda, duas fotos de patologias oculares (pterígio e catarata) e, na parte inferior da terceira página, está explicado que tais patologias ocorrem devido a incidência de raios ultravioleta, que podem desencadear, ainda, várias outras doenças de pele e dos olhos. Após, reafirma-se, mais uma vez a qualidade dessas lentes, ao destacar que:

As lentes Trivex atendem aos mais estritos parâmetros de proteção, bloqueando 100% dos Raios Ultravioleta. Associada à resistência externa contra impactos as lentes Trivex são a segurança de proteção total para seus olhos.

A frase publicada neste artefato serve não só para sensibilizar os sujeitos a usarem esta lente, mas, também, para reafirmar as garantias de manutenção da saúde ocular dos olhos dos consumidores caso esses decidam usá-la. Aqui, o que está em destaque, diferentemente do comercial das lentes Transitions, é a tecnologia tomada como eminentemente a serviço da manutenção da saúde ocular, da prevenção de doenças graves que podem afetar olhos não protegidos com as

lentes Trivex. Além disso, e por tudo que é destacado no texto do *folder*, esta é uma lente que pode ser utilizada pelos mais variados públicos-alvos, desde crianças, passando por jovens, adultos e até idosos.

Começo a examinar, agora, o *folder* das Lentes Hoyalux Summit 14, conforme o quadro abaixo:

Tipo de lente	Ano da veiculação dos <i>folders</i>	Qualidades destacadas	Argumentos	Endereçamento
Hoyalux Summit 14	2005-2006	Tecnologia japonesa	Liberte-se das limitações, varie estilos, inove seu <i>look</i> . Liberdade para usar, liberdade para ousar. A lente progressiva que une tecnologia e moda.	Adultos presbitas e idosos.

Quadro nº 7: Características das lentes Hoyalux Summit 14

É interessante que o que está em destaque neste *folder* é a qualificação atribuída à tecnologia usada na confecção dessa lente – tecnologia japonesa! Coloca-se em destaque não apenas o valor que se atribui ao que não é nacional, mas, especificamente associa-se “qualidade” a uma particular nacionalidade que seria detentora de tecnologia de ponta. Outros destaques feitos no *folder* apontam na direção da inovação, da ousadia e, novamente, tal como na propaganda das Transitions, se invoca a moda, especialmente àquela que permite inovar e libertar-se de esquemas mais tradicionais. É interessante, no entanto, que há algumas indicações específicas quanto aos destinatários das lentes – adultos presbitas⁶⁵ e idosos. Mas é feito, também, um chamamento às mulheres, especialmente na foto que está estampada no *folder* – uma mulher jovem que, conforme o texto, estaria usando uma “lente progressiva que une tecnologia e moda”.

Na parte interna deste *folder* novamente associa-se o uso destas lentes à moda e ao uso feminino: na sua parte superior interna estão apresentados vários artigos femininos como um relógio, uma bolsa, uma máquina de fazer café expresso,

⁶⁵ Presbiopia é a perda da capacidade de acomodar a visão para a leitura de perto. Ocorre nos indivíduos, normalmente, após os 40 anos de idade.

um par de sapatos e outros dois objetos que não consegui identificar – são desenhos abstratos na cor azul-marinho que contrastam com um fundo vermelho escuro. Há também imagens de armações na cor vermelha e de uma outra jovem senhora, muito bonita, usando óculos pequeno e também na cor vermelha. Ou seja, tudo isso parece estar associando as lentes à personalidade, elegância, formalidade, beleza e às mulheres...

O *folder* traz, também, uma descrição das características físicas da lente, relacionando o uso das mesmas a pequenas armações, que hoje estão na moda, bem ao gosto do cliente que deve, como diz o chamamento feito em um quadro vermelho com letras na cor branca, libertar-se das limitações, variar seus estilos, inovar seu “*look*”, enfim, adotar Hoyalux Summit 14, a lente que concede liberdade para usar, liberdade para ousar.

Dessa forma, o anunciador/produtor coloca num mesmo plano a mulher e o produto anunciado, ou seja, ambos estão passando por mudanças (mudando o “*look*”). Pode-se pensar, ainda, que o texto funciona na direção de instituir uma cumplicidade entre a mulher e o produto anunciado. A persuasão no discurso dessa propaganda se faz pelo encadeamento das idéias, e isso produz uma relação de identidade entre o produto anunciado e seu público-alvo.

Serie este um novo modo de construir novas identidades presbitas femininas para o uso de lentes oftálmicas? Apoio-me em Fischer (1999) que propõe:

[...] que nos perguntemos sobre como efetivamente se dão esses novos modos de produzir identidades sociais e individuais em nosso tempo. Ou seja, em que medida a presença da mídia na vida cotidiana produz, reproduz ou dinamiza certos valores, crenças, sentimentos, preconceitos que circulam na sociedade? Afinal, de que forma os meios de comunicação têm participado da disseminação de maneiras especiais de ser e estar, de agir e a seu mundo interno?(p. 19).

Enfim, poder-se-ia pensar que, neste *folder* se estaria produzindo e constituindo novas representações para mulheres presbitas – elas podem ser, então, bonitas, modernas, elegantes, arrojadas, mesmo que presbitas.

Cabe ainda destacar que este *folder* foi o único, dentre os selecionados, que trabalha mais detalhadamente a dimensão estética, a imagem da beleza, da modernidade, não abordando a saúde visual na dimensão das patologias possíveis, mas agregando-as a um conjunto de valores associados ao consumo.

Enfim, o último *folder* selecionado que compõe esta seção e que apresenta a lente Essilor.

Tipo de lente	Ano da veiculação dos <i>folders</i>	Qualidades destacadas	Argumentos	Endereçamento
Essilor	2004-2006	Saúde visual; Conforto; adaptação; estilo de vida; orçamento; para qualquer tipo de armação.	O funcionamento do olho; defeitos refrativos; Como identificar os primeiros sinais da miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia e como eles enxergam. Orçamento; inovação; elegância.	Crianças, jovens, adultos e idosos.

Quadro nº 8: Características das Lentes Essilor

Primeiramente gostaria de dizer que o fabricante dessas lentes é o maior grupo de fabricantes de lentes oftálmicas do Brasil, que inclusive já atuou com doações de lentes para algumas Campanhas de saúde visual desenvolvidas, por exemplo, no Estado de São Paulo.

Este *folder* me pareceu ser o mais didático de todos, pois além de sua organização é o que mais focaliza a prevenção da saúde visual. Ele inicia com o seguinte questionamento, escrito com letras em tamanho decrescente: **Você enxerga bem?** E, logo abaixo, na primeira página segue-se a enumeração dos defeitos refrativos possíveis: miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia, seguida do logotipo comercial do produto.

O *folder* está dividido em 6 partes iguais, descrevendo rapidamente o olho e seu funcionamento, trazendo, inclusive, um desenho ilustrativo de um olho normal e mostrando como a imagem se forma na retina. Após, novamente são enumerados

os defeitos refrativos em letras maiúsculas sobre diferentes cores de fundo para dar destaque. Logo após, são fornecidas explicações para as seguintes frases que constam na parte superior de cada página de acordo com o excerto que segue:

O que é? Descreve e explica cada um dos defeitos refrativos.

Primeiros Sinais: Aborda como as pessoas podem identificar os sinais e sintomas referentes aos diferentes problemas visuais.

Detalhes sobre os óculos: Explica como são as lentes para cada correção, bem como indica o tipo de armação para cada tipo de ametropia.

Como as pessoas vêem de acordo com seus defeitos refrativos: É ilustrada a partir de desenhos, mostrando como essas pessoas enxergam lendo um jornal sobre uma mesa de café da manhã e em relação a uma janela para um jardim.

Nesta propaganda há muitos elementos interdiscursivos: nela evoca-se discursos científicos, bem como discursos educativos que se articulam, ainda, ao discurso da propaganda e do *marketing*. É interessante indicar que a parte “mais comercial” encontra-se no verso do *folder*, sendo lá, também, que estão apresentadas as características físicas das lentes, o erro refrativo que cada lente corrige, bem como são enumeradas as qualidades – o conforto que propiciam aos seus usuários, o atendimento que permitem às diferentes necessidades visuais e a estilos de vida, os diferentes tipos de armação, bem como são destacadas as tecnologias empregadas em sua fabricação.

Após esta breve apresentação e algumas considerações que entremeei ao texto acima, quero reafirmar que também nesses *folders* – o das: Lentes Trivex, Transitions e Essilor marcam-se aspectos relacionados à prevenção da saúde visual, como é afirmado de forma enfática nas seguintes frases:

*Ajuda a prevenir doenças como catarata (Trivex);
100% de proteção dos raios ultravioletas (Transitions)*

No entanto, na propaganda, alia-se a esse foco, outros chamamentos como já indiquei nos comentários tecidos relativamente a cada um dos *folders* – o governo que se processa na propaganda se faz em outras direções e as articulações postas em jogo são, muitas vezes, de ordens diferentes daquela posta em ação nas Campanhas governamentais. Mas, aqui, também, se alerta para os cuidados com os corpos, quando são enunciadas prescrições, conselhos e receitas, tal como indica Lupton (2000).

Como já indiquei em seções anteriores há sempre uma dimensão educativa em todos esses artefatos culturais – sejam eles produzidos em campanhas governamentais sejam eles resultado de propostas de marketing empresarial. Como também já indiquei, nessas diferentes instâncias faz-se chamamentos e destaques bem diferentes: no segundo enfoque, são as radiações prejudiciais, a comodidade, o conforto, a qualidade e a precisão da visão que estão particularmente em pauta; no primeiro, fala-se de uma prevenção de ordem mais primária, mais geral, mais associada ao escolar e à aprendizagem. No entanto, o que me parece importante indicar é que todas essas representações acerca do que seja a saúde visual estão postas em circulação em muitas sociedades. E, então, lidar com elas, parece ser uma dimensão importante para aqueles que se dedicam como eu a estudar a saúde visual/ocular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de considerações finais quero deixar para a avaliação dos meus leitores, alguns tópicos que considero relevantes.

Nesta dissertação, retomei meu antigo interesse em questões referentes à saúde visual, examinando-as, agora, a partir da ótica dos Estudos Culturais em Educação. Como também já indiquei, o tema que busquei investigar diz respeito ao modo como se tem representado a saúde visual/ocular e a sua prevenção no Brasil.

Também gostaria de dizer que o caminho através do qual conduzi esta pesquisa foi um dos muitos caminhos possíveis para realizá-la e que não foi nada fácil para mim, pesquisadora moderna que sou, relativizar as muitas certezas que tinha acerca de como proceder adequadamente em meu ofício de educadora no campo da saúde visual. Meu contato com os Estudos Culturais, bem como com o pensamento de Bauman (2001), foi o impulsionador da decisão de empreender uma incursão a outras instâncias, e não apenas à Academia, para relacionar o que nelas se diz sobre saúde visual. Tal contato foi, também, impulsionador da decisão de valer-me de perspectivas bastante diferentes das que eu até então assumira, ligada a uma teorização que valoriza as competências profissionais e o modo de operacionalizá-las para focalizar e discutir a saúde visual. Passei a buscar, então, significados sobre saúde visual instituídos nas Campanhas Governamentais e na propaganda para ver contradições, confluências, rupturas, peculiaridades e, especialmente, aspectos particularmente colocados em destaque nessas diferentes instâncias quando elas falam de saúde visual.

Fiz, também, uma incursão à história da saúde visual, buscando mostrar que o “campanhismo” é uma forma não recente de lidar com a saúde, mas que ela continua em voga. E mais, que a saúde visual capturou este modelo de outras propostas já feitas em saúde pública, notadamente na epidemiologia. Além disso, destaquei que direções os Simpósios e as Conferências nacionais e internacionais têm indicado serem importantes seguir para lidar com a saúde e, especialmente, com a saúde visual, bem como o quanto essas diretrizes podem ser aproximadas ou não do que é focalizado em trabalhos acadêmicos. Enfim, tentei mostrar os discursos que circulam sobre saúde visual, entremeando-os às direções oficiais imprimidas ao trato da saúde no Brasil.

Em um primeiro momento, busquei, neste estudo, centrar-me apenas em algumas representações e discursos veiculados em Campanhas realizadas sob a égide do Estado, buscando indicar como nelas se dá destaque para a importância dos sujeitos serem opticamente saudáveis. Além disso, destaquei como a prevenção, operada especialmente a partir da realização de parcerias entre os órgãos públicos e outras instâncias da sociedade civil, configurava-se como um importante meta a ser atingida, especialmente, no que tange às crianças que cursam as primeiras séries na escola. Pareceu-me, no entanto, ser interessante buscar ir um pouco além do que é veiculado nessas campanhas do governo, investigando, por exemplo, representações e discursos acionados para além do espaço escolar e acadêmico. Procurei, então, fazer uma incursão à propaganda para ampliar o repertório de representações acerca de saúde visual postas em circulação na cultura. O estudo passou a envolver, assim, um trânsito em diferentes instâncias e produções culturais – lidei com as campanhas do governo, com textos acadêmicos e recomendações das Conferências e Simpósios realizados na área da saúde e, também, com algumas propagandas, inspirada, especialmente, por estudos realizados por Hall (1997 b)⁶⁶.

Compete lembrar, mais uma vez, que segundo Polistchuck (1999), o modelo de medicina vigente no Brasil se alterna entre uma medicina curativa (assistencial) e outra preventiva, normalmente percebidas como concorrentes e conflitantes. Uma das conseqüências disso é, segundo a autora (ibid), uma completa carência de

⁶⁶ Trata-se do texto Stuart Hall. *The spectacle of the other*. In: HALL, Stuart. Representation (1997b)

campanhas que tratem das principais endemias brasileiras, como a doença de Chagas, a malária ou a esquistossomose. A impressão que se tem como telespectador, ouvinte ou leitor é a de que se está desenvolvendo “um trabalho descontínuo e esparsos, realizado pelas autoridades sanitárias” (POLISTCHUCK, 1999, p.45). Aqui, cumpre lembrar que também se fala pouco de saúde visual; as campanhas direcionadas à saúde visual/ocular da população não possuem uma regularidade conforme constatei, especialmente, em relação à *Campanha Olho no Olho*, que não foi integralmente executada, por exemplo, nos anos de 2002/2003 por problemas burocráticos do Ministério da Educação. Além disso, há restrições orçamentárias que impedem o desenvolvimento mais sistemático dessas ações.

Destaco, ainda, que na promoção de saúde, conforme assinalou Lupton (1995), mais especificamente na abordagem educacional dos comportamentos em saúde, é usual empregarem-se modelos instrumentais 'operativos', os quais, muitas vezes, caracterizam-se, ainda, por serem intervencionistas.

Além disso, e segundo a mesma autora (ibid), a 'teoria' que estaria sendo utilizada em promoção de saúde vincular-se-ia a um modelo instrumental voltado a explicar vínculos entre atitudes e comportamentos, adotando uma configuração causal, mais do que buscando construir uma epistemologia da saúde pública.

A direção em que essas campanhas operam é, conforme Lupton (1995), bastante conservadora, pois, geralmente, configuram a população simplesmente como um *locus* no qual é possível derramar-se informações. Lupton (ibid) comenta, ainda, uma série de acontecimentos que, segundo ela, conduziriam, muitas vezes, as populações a desconfiarem de ações governamentais tais como as empreendidas pelas Campanhas de Saúde públicas. Diz ela (ibid) que ao mesmo tempo em que o Governo é lembrado como aquele que pode proteger a sua população, como por exemplo, em uma campanha de vacinação em massa, ele também é visto como podendo vir a ameaçá-la (com aumento das taxas de impostos, burocratização dos serviços etc.). Assim, algumas representações acerca do Governo atuam no sentido de levarem os sujeitos a desconfiar de suas ações em saúde como sendo essencialmente boas à população, podendo ser tomadas como algo persuasivo, que pretende intervir inclusive na vida privada dos sujeitos.

Na análise que conduzi, considereei que as campanhas de saúde possuem, entre suas muitas outras funções, um efeito pedagógico, que passa além das intenções explicitamente enunciadas para elas por seus idealizadores e executores.

Cabe lembrar que também busquei indicar que a saúde pode ser vista como resultado de um processo de produção social que cria condições para a qualidade de vida da população, mas, também como um dispositivo político para o governo das pessoas e isso foi indicado neste estudo em relação à *Campanha Olho no Olho*. Nela o Governo, o FNDE, o CBO, o ME e as parcerias não governamentais valeram-se da escola para desenvolver ações em saúde visual. Além disso, a Campanha envolveu a capacitação dos (as) professores (as) para realizarem a triagem visual de seus alunos, bem como estendeu-se às famílias desses escolares. Pode-se dizer que essas estratégias governamentais de promoção à saúde envolvem o governo da população e que, além dessas, também atuam nesse governo as próprias estatísticas, das quais o Governo se vale para falar à população sobre a saúde. Além disso, cabe ressaltar a estratégia das parcerias, assumidas nessa mesma direção. Segundo Dazzi (2004),

as parcerias entre o estado e sociedade civil têm-se constituído em um desses mecanismos inventados no final do século XX (e início do século XXI) para erradicar também a doença (os assim chamados deficientes visuais/auditivos, os anormais). Embora se tenha a noção de que a parceria constitui-se em uma estratégia que, em outros tempos, já vinha sendo utilizada pela sociedade civil, com o neoliberalismo ocorre uma apropriação dessa forma de ação para solucionar os problemas sociais que estavam sob a responsabilidade do Estado (p. 177).

Pretendi, ainda, indicar, mesmo que de forma incipiente, o papel que as Campanhas têm, tal como a mídia, na direção do disciplinamento e na regulação das ações dos sujeitos.

Como é destacado nos estudos de Foucault (1999), que tratam de outras problemáticas, tal regulamentação não é exclusiva do Estado (Foucault 1999) - no caso desse estudo, essa ação se processaria nas Campanhas e também através da mídia e, especialmente, nas propagandas de lentes oftálmicas, que destacam a

importância de termos nossos *olhos protegidos contra os raios ultravioletas*, conforme referido no capítulo V. Enfim, busquei indicar que nas instâncias em que circulei – as ações do Estado, as acadêmicas e também na propaganda – estabelecem-se “normas” que passam a ser aplicadas tanto a corpos que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar”, conforme também indicou Foucault (1999, p. 302) em estudos de outra ordem.

Nas cartas da *Campanha Olho no Olho*, Seminários, Conferências e demais documentos que analisei, percebi o problema de governo nacional e internacional em promover a *vida saudável* para as populações em nível mundial. Além disso, as políticas preventivas deveriam relativizar o já tão criticado enfoque centrado exclusivamente na responsabilidade individual, deixando transparecer, de forma mais nítida a extensão e co-responsabilidade das ações à família, à comunidade, bem como uma distribuição dessa responsabilidade de prevenção para diferentes órgãos gestores.

Ao findar esta Dissertação, penso que este foi um dos caminhos possíveis de se trilhar no sentido de buscar os discursos acerca da saúde visual e espero que esteja contribuindo para a continuidade em novas discussões.

OBRAS CONSULTADAS

ABUD, A. B.; OTTAIANO, J. A. A. Aspectos socioeconômicos que influenciam no comparecimento ao exame oftalmológico de escolares com alterações visuais. *Arq. Bras. Oftalm.*, V. 67, n. 5, p.773-779. Set./Out. 2004.

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

ALVES, Aderbal A. *Refração*. 3 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2000.

AMENDOLA, F. A professora na profilaxia do tracoma. *Arq. Bras. Oftalm.*, V. 2: (14-15), 1939.

ANTUNES, S. A cooperação do professor primário na profilaxia do tracoma. *Arq. Bras. Oftalm.* 15: (120-127), 1952.

ARMOND, J. De E.; TEMPORINI, E. R.; ALVES, M. R. Promoção da saúde ocular na escola: percepções de professores sobre erros de refração. *Arq. Bras. Oftalmol.* V. 64, n. 5, p. 395-400. Set/Out., 2001.

AYRES, J.R. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In RM Barbosa & R Parker (orgs.). *Sexualidades pelo avesso. Direitos, identidades e poder*. IMS-UERJ-Ed. 34. Rio de Janeiro: São Paulo: 1999.

BAUMAN, Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2001.

BERTOLLI, F. C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL, Ministério da Educação/FNDE; Conselho brasileiro de oftalmologia. Senhor(a) *Manual de orientação da campanha Olho no Olho*. Campanha nacional de reabilitação visual – olho no olho. Brasília: DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Educação/FNDE; Conselho brasileiro de oftalmologia. Senhor(a) Diretor(a). *Campanha nacional de reabilitação visual – olho no olho*. Brasília: DF, 2003.

BRASIL, Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Programa Nacional de Saúde do Escolar. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br>>. Acesso em: 11/05/2005.

BRASIL, Ministério da Educação. Resolução/FNDE/CD/nº 14, de 05 de maio de 2005. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/home/saude_escolar/res014_05052005.pdf>. Acesso em: 14/12/2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS — Doutrinas e princípios*. Brasília: 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Manual da Boa Visão do escolar: Solucionando dúvidas sobre o olho e a visão*. Imagem da contra capa. Campanha nacional de reabilitação visual – olho no olho. Brasília: DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev. Saúde Pública*, Ago. 2002, vol.36, n. 4, v. 36, nº 4, São Paulo: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promovendo saúde na escola*, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Texto de difusão técnico-científica do Ministério da Saúde*. Brasília: DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações*. Brasília,DF. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/livro_30_anos_pni.pdf>. Acesso em: 03/08/2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 13/09/2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=181>>. Acesso em: 10/12/2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Programa nacional de imunizações*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu01.htm>>. Acesso em: 10/12/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 05/04/2006.

BRIK, M. Profilaxia da ampliopia – contribuição para o estudo do problema, *Arq. Bras. Oftalm.*, 34(6):155-218, 1971.

- BURNIER, J. P. O tracoma no Brasil. *Arq. do Inst. Penido Burnier*, 1 (1):62-63, 1932.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 5, 1: 163-167, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000a.
- BUSS, P. M. et al. *Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000b.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas C.M. (Orgs) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CABRERA, M. D. C. S. *Avaliação do conhecimento sobre a saúde ocular dos orientadores e professores das escolas municipais de Canoas/RS*. [Dissertação de mestrado]. Canoas: ULBRA, 2005.
- CAMPOS, G.W.S. Resenha: A Construção do SUS a partir do Município – Silva, S.F. São Paulo, HUCITEC, 1996. *Saúde em Debate*, junho 1996.
- CANDEIAS N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. 31(2):209-13. *Rev. Saúde Pública*, 1997.
- CARTA DE OTTAWA – Promoção da Saúde nos Países Industrializados. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 17-21 de Novembro de 1986, Ottawa, Canadá
<http://www.saudepublica.web.pt/4%20Promoção%20saúde/Dec_Ottawa.htm>.
Acesso em: 05/06/2005.
- CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1): 104-21, 1996.
- CARVALHO, A. I. Os Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. In: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, p. 23-25, vol. III, nº. 1, 1998.
- CARVALHO, R. de S.; NOMA-CAMPOS, R. K. e KARA-JOSÉ, N. Outras campanhas nos moldes da Campanha Olho no Olho. IN: KARA-JOSÉ, N.; GONÇALVES, E. R. e CARVALHO, R. de S. *Olho no Olho – Campanha Nacional de Prevenção à Cegueira e Reabilitação Visual do Escolar*. *Cultura Médica*. Rio de Janeiro: 2006.
- CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde). FHC radicaliza sucateamento e investe contra o SUS. Editorial, *Boletim do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*. nº 40, Ano 21, maio 1997.
- CEVASCO, M. E. *Dez Lições sobre Estudos Culturais*. São Paulo: Boitempo, 2003.
- CONCEIÇÃO, J. A. N. Saúde Escolar a criança, a vida e a escola. IN: *Manual de Saúde Escolar*. V. XXXIII: 9-14. São Paulo: Sarverir, 1994.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (CBO). Alves M.R., Kara-José N. *Campanha "Veja Bem Brasil"*. Manual de Orientação, 1998.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (CBO). *Campanha Nacional de reabilitação visual: Manual de Orientação*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1999.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (CBO). *Campanhas sociais*. Campanha Nacional de Reabilitação Visual Olho no Olho. Nov. 2002. São Paulo: Disponível em: <http://www.cbo.com.br/cbo/campanhas_sociais.htm>. Acesso em: 09/08/2005.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA (CBO). *Site da Campanha Pequenos Olhares*. Disponível em: <<http://www.cbo.com.br/pequenosolhares/index.htm>>. Acesso em: 15/06/2006.

COSTA, Marisa Vorraber. Estudo Culturais - para além das fronteiras disciplinares. In: _____ (org.) *Estudos Culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema...* Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000.

CORAZZA, S. M. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. IN: COSTA, Marisa V. (Org.). *Caminhos investigativos: Novos olhares na pesquisa em educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. IN: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Mar./Apr. 2004, vol.20, nº 2, p.447-455, 2004.

DANTES, M. A. *Relações científicas e tradições locais*. In: GOLDFARD, A. M.; MAIA, C. *História da Ciência*. São Paulo: Edusp, 1995.

DAZZI, M. D. B. *Prevenir é sempre melhor: Representações HIV/AIDS nos vídeos do Ministério da Saúde*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

DUARTE, K. D.; TOSCANO, S. et al. A avaliação crítica da Campanha Olho no Olho na cidade de Jaboatão dos Guararapes - PE: 2001. *Arq. Bras. Oftalm.* 65(4):7-64, 2002.

ELLSWORTH, E. Nunca fomos humanos: Nos rastros do sujeito. IN: SILVA, T. T. (Org.). *Modos de endereçamento: uma coisa de cinema; uma coisa de educação também*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

ESCOSTEGUY, A. C.D. Estudos Culturais: uma introdução. IN: SILVA, T. T. (Org.). *O que é, afinal, estudos culturais?* 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

ESCOSTEGUY, A. C. D. *Cartografia dos estudos culturais: uma versão latina*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

ESCOSTEGUY, A. C. D. Os Estudos Culturais. In: HOHLFELDT, A., MARTINO, L. C. e FRANÇA, V. V. (orgs.) *Teorias da Comunicação: conceitos, escolas e tendências*. Petrópolis, Vozes, p.151-170, 2001.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: UNB, 2001.

FARIAS, N. I. *Introdução à história da prevenção da cegueira no Brasil*. Relatório Oficial do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira, Belo Horizonte, v. II, 1980.

FERNANDES, T. M. Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação. *Saúde-Manguinhos*. 2003, vol.10 supl.2, p.461-474. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24/07/2005.

FERRÉS, J. *Vídeo e educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FIGUEIREDO, H.S. - Ambliopia, um problema social no Brasil - Rev. Bras. Oft. 33(4): 229-34, 1974.

FIOCRUZ. *Bio Manguinhos*. Disponível em: <http://www.bio.fiocruz.br/interna/vacinas_historia.htm>. Acesso em: 09/08/2005.

FISCHER, R. M. B. Análise do Discurso: para além das palavras e coisas. *Revista Educação e Realidade*. Porto Alegre: UFRGS. V. 20, n. 02. jul./dez./1995.

FISCHER, R. M. B. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. In *Educação e Realidade*, Porto Alegre, V. 22, n. 2, 1997.

FISCHER, R. M. B. Identidade, cultura e mídia: a complexidade de novas questões educacionais na contemporaneidade. In SILVA, L. H. (Org.). *Século XXI: qual conhecimento? qual currículo?* Petrópolis: Vozes, 1999.

FISCHER, R. M. B. Mídia e produção do sujeito: o privado em praça pública. IN: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (Orgs.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre, Ed. UFRGS, 2000.

FISCHER, R. M. B. *Uma análise foucaultiana da TV: das estratégias de subjetivação da cultura*. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. IN: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____, M. *A Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____, M. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Trad. Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____, M. A governamentalidade. IN: *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____, M. *Vigiar e punir*. Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____, M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____, M. *A ordem do discurso*. Disponível em: <http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/>. Acesso em: 25 nov. 2005

FRICK, K.D; FOSTER, A. The magnitude and cost of global blindness: an increasing problem that can be alleviated. *Am J. Ophthalmol.* V. 135, n 4, p. 471-6, 2003.

GARCÍA, C. N. *Culturas Híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade*. São Paulo: EDUSP, 1998.

GASTALDO, D. É a educação em saúde saudável? *Educação & Realidade.* 22:147-68, 1997.

GIROUX, H. A. Praticando os estudos culturais nas faculdades de educação. IN: SILVA, T. T. (Org.). *Alienígenas na sala de aula*. Uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis: Vozes, 1995.

GIROUX, H. A. e MACLAREN, P. L. Por uma pedagogia crítica da representação. IN: SILVA, Tomaz Tadeu da e MOREIRA, Antônio Flávio (Org.). *Territórios contestados: o currículo e os novos mapas políticos e culturais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

GIROUX, H. A.; TREICHLER, P.; GROSSBERG, L. Estudos culturais: uma introdução. IN: SILVA, T. T. (Org.). *Alienígenas na sala de aula*. Uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis: Vozes, 1995.

GRANZOTO, José Aparecido et al . Avaliação da acuidade visual em escolares da 1ª série do ensino fundamental. *Arq. Bras. Oftalm.*, São Paulo, v. 66, n. 2, 2003.

GREEN, L.W., KREUTER, M.W. *Health promotion planning, an educational and environmental approach*. 2nd. ed. Mountain View, Mayfield 1991.

HALL, S. *Culture, Media, Language*. London: Routledge, 1992.

_____. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. In: *Educação & Realidade*, n. 22, v.2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, jul./dez. 1997a.

_____, The work of representation. In: HALL, Stuart (org.). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London/ Thourand/Orts/Um Delhi: Sage/ OpenUniversity, 1997b.

_____. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

_____. Quem precisa da identidade? In: SILVA, T. T. (org.). *Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

JORNAL Jota Zero ed. 89. *Resumo das Campanhas em saúde ocular realizadas no Brasil entre os anos de 1994 e 2000*. Disponível em: <<http://www.cbo.com.br/publicacoes/jotazero/ed89/panam.htm>>. Acesso em: 4/07/06.

KARA-JOSÉ, N. O.; FERRARINI M.L. e TEMPORINI E.R. Avaliação do desenvolvimento do plano de oftalmologia sanitária escolar em três anos de sua aplicação no Estado de São Paulo. *Arq Bras Oftalm.*, 40:9-15, 1977.

_____, N. O. et al. Estudo da incidência de ambliopia, estrabismo e anisometropia em pré escolares. *Arq Bras Oftalm.*, 42:249-52, 1979.

_____, N. O.; TEMPORINI, E. R. Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de 1ª série do 1º grau. *Rev. Saúde Pública*. 14:205-14, 1980.

_____, N. O.; HOLZCHUH N. e TEMPORINI E.R. Vícios de refração em escolares da cidade de São Paulo, Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam.*;96(4):326-33, 1984.

_____, N. O. *Informações Verbais*, Faculdade de Ciência Médicas – UNICAMP, 1993.

_____, N. O.; ALVES, M. R. Problemas oftalmológicos mais freqüentes em escolares. IN: CONCEIÇÃO, J. (Coord.). *Saúde escolar: a criança, a vida e a escola*. São Paulo: Sarvier, 1994.

_____, N. O.; R.C. *Mitos e verdades: olhos*. São Paulo: Contexto, 1997.

_____, N. O.; TEMPORINI, E. R.; RUSS, H. H. Expectativa e conhecimento de professores ao respeito da triagem em escolas de ensino fundamental. *Arq.Bras Oftalm.* 63(4):103. São Paulo: 2002.

_____, N. O. *Jornal da FFM Publicação Bimestral da Fundação da Faculdade de Medicina ano IV nº 20 – jul/ago 2005*. Disponível em: <<http://extranet.ffm.br/subportais/raiz/FFM%20edicao%20site.pdf>>. Acesso em: 13/06/2006.

_____, N. O. *Universo Visual. A revista da Oftalmologia*. Outubro/2005. Disponível em: <<http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?secao=Principal&edicao=1005>>. Acesso em: 13/06/2006.

_____, N. O.; GONÇALVES, E. R. e CARVALHO, R. de S. *Olho no Olho – Campanha Nacional de Prevenção à Cegueira e Reabilitação Visual do Escolar*. Cultura Médica. Rio de Janeiro: 2006.

KELLNER, D. Lendo imagens criticamente: em direção a uma pedagogia pós-moderna. IN: SILVA, T. T. (Org.). *Alienígenas na sala de aula*. Uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____, D. A cultura da mídia. *Estudos culturais: identidade e política entre o moderno e o pós-moderno*. Bauru: EDUSC, 2001.

LARROSA, J. A operação ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. *Revista Educação e Realidade*. Porto Alegre: UFRGS. V. 29(1): 27-43, n. 1. jan./jun./2004.

_____, J. Tecnologias do eu e educação. IN: SILVA, Tomaz (Org.). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis:Vozes, 1994.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. *Medicina Preventiva*. SP: McGraw-Hill, 1976.

LUPTON, D. The Imperative of Health. *Public Health and the regulated body*, London: Sage, 1995.

LUPTON D. Corpos, prazeres e práticas do eu. *Educação & Realidade*; 25:15-48, 2000.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 7:13-43, 1997.

MACCHIAVERNI F.N.; KARA-JOSÉ N; RUEDA G; PEREIRA V.L.; COSTA M.N. & RANGEL F.F. Levantamento oftalmológico em escolares da primeira a quarta série do primeiro grau na cidade de Paulínia-SP. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 42: 289-294, 1979.

MAIS, F. A. Aspectos oftalmológicos da prevenção da cegueira no Brasil. *Arq. Bras. Oftal.*, 36(3):187-190, 1977.

MARTÍN-BARBERO, J. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde, p. 233-300. IN: MENDES E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

MILLODOT, Michel. *Diccionario de Optometría*. Traduzido por Mariano Aguilar Rico. Madri: Colégio Nacional de Ópticos-optometristas, 1990.

MOREIRA, J. B. C. Censo pré-escolar e prevenção da cegueira. *Arq. Bras. Oftal.*, 43:53-4, 1980.

NELSON, C.; TREICHLER, P. A.; GROSSBERG, L. Estudos culturais: uma introdução. IN: SILVA, T. T. (Org.). *Alienígenas na sala de aula*. Uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis: Vozes, 1995.

NETO, A. de A. et al. *Fatos e datas importantes para a prevenção da cegueira no Brasil*. Relatório oficial do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira, Belo Horizonte, V. 11, 1980.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface — Comunicação, Saúde e Educação*, 3:107-16, 1998.

OECHSLER, R. A. ADAMO-NETTO, A. Avaliação da acuidade visual de alunos do 1º grau de uma escola Municipal de Florianópolis, BR. *Arq. Bras. Oftalm.* 65(4):65-128, 2002.

OLIVEIRA, A. M. As cidades de Escher. *Arq. Bras. de Psicologia*, V. 55 nº 1, 2003.

ORÉFICE, N. I. Fatores causais dos resultados muitas vezes negativo do tratamento da ambliopia, *Arq. Bras. Oftal.*, 47(1):17-21, 1984.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO* Washington, D.C., EUA, 19-23 de junho de 2006.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for programmes for the prevention of blindness*. Geneva, 1979.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global elimination of avoidable blindness*. OMS/PBC/97.61; Rev 2. Genebra: 1997.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986. Carta de Ottawa. In: *Promoção da Saúde e Saúde Pública* (P. M. Buss, org.), pp. 158-162, Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

OMS - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Strategic Plan for Vision 2020: The Right to Sight – Elimination of Avoidable Blindness the South-East Asia Region*. New Delhi, July, 2000.

OMS – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention of blindness and deafness. Disponível em: <http://www.who.int/pfb/pdl/pdl_home.html> Acesso em: 13/02/2003.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 56ª Asamblea Mundial de la Salud. Eliminación de la ceguera evitable. 28 abr. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>> . Acesso em: 12/08/2005.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El éxito en la lucha contra las enfermedades infecciosas y el envejecimiento de la población modifican el perfil epidemiológico mundial de la ceguera. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/notes2004/mp25/es/>> Acesso em: 17/07/2005.

PACHÁ, P. M. ;MORAES, A. G. ; GODOY, M.M. Campanha Olho no Olho – Participação da Faculdade de medicina de Petrópolis – (2001-2002). *Arq. Bras. Oftalm.* 65(4):65-128, 2002.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. IN: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. S. *et al.* *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIVA, C. H. A. *A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Reforma de Recursos Humanos na Saúde na América Latina (1960-70)*. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf>>. Acesso em: 10/12/2005.

POLISTCHUCK, I. Campanhas de saúde pela televisão: campanha de AIDS da Rede Globo [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro:1999.

PONTE, C. F. *Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960*. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2003, v.10 supl.2. p.619-653. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24/07/2005.

PRADO, D. *A escola como elemento educacional na luta de prevenção da cegueira*. *Arq. Bras. Oftalm.*, V. 4: (146-151), 1941.

ROCHA, H. Formação, aperfeiçoamento e atualização de oftalmologistas. *Arq. Bras. Oftalm.*, 1(32):12-21, 1969.

ROMANI, F.A. Estudo oftalmológico em escolares da cidade de Jaraguá do Sul (SC). *Arq. Bras. Oftalm.*, 44(4), 143-147, 1981.

ROSE, G. *Visual methodologies an introduction to the interpretation of visual materials*. London: Sage, 2001.

SABBATINI, R. M. E. *A Revolta da Vacina*. Disponível em: <<http://www.saudevidaonline.com.br/corr9640.htm>>. Acesso em: 08/09/2005.

SANTOS, B. P. Sobre os vícios de refração nos escolares de São Paulo. *Arq. Bras. Oftalm.*, V. 6: 151-157, 1943.

SANTOS, B. P. e UCHOA, P. P. M. A profilaxia do tracoma em São Paulo, *Rer. Bras. Oftalm.*, 14(1):49-56, 1955.

SANTOS, I. M. dos. *Cuidar e curar para governar: As campanhas de saúde na escola*. [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

SANTOS, L. H. S. *Biopolíticas de HVI/AIDS no Brasil: Uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)*. [Tese de doutorado]. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

SCARP, M. J.; KARA-JOSÉ, N. TAIAR, A. Incidência de ambliopia em 1.400 escolares da cidade de São Paulo em 1975. *Arq. Bras. Oftalm.* 40 (1) 16-23, 1977.

SILVEIRA, R. M. H. Leitura em revista. *Textos e diferenças*. Ijuí: UNIJUÍ, V. 1 n. 1.jan./jun. 2001.

SIMON, R. A pedagogia como uma tecnologia cultural. IN: SILVA, T. T. (Org.). *Alienígenas na sala de aula*. Uma introdução aos estudos culturais em educação. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA (SBO). Disponível em: <<http://www.sboportal.org.br/sbo/scripts/ap/destaques/3.asp>>. Acesso em: 06/12/2005.

SOUZA, M. F.; BENAZZI, L. E. B. Pôster no “2º Fórum Gaúcho de Saúde Coletiva/1º Fórum da Região Sul de Saúde Coletiva/1º Fórum do Mercosul de Saúde Coletiva”, promovido pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul por meio da Escola de Saúde Pública da SES/RS e Associação Brasileira de Prefeitos (ABRASP). “*Triagem Visual em Escolares da Escola Municipal de 1º e 2º Grau Jussara Maria Polidoro, de Canoas/RS*” 2005). Porto Alegre: 2005.

SPALTON, D. J.; HITCHINGS, R. a> e HUNTER, P. A. *Atlas colorido de clínica oftalmológica*. São Paulo: Ed. Manole Ltda, 1995.

SPERANDIO, A. M. G. Promoção da saúde ocular e prevenção precoce de problemas visuais nos serviços de saúde pública. *Rev. Saúde Pública*; V. 33 n.5 p. 9-22. São Paulo, 1999.

SPERANDIO, A. M. G.. *Eye health promotion and early visual problem detection in the public health services*. *Rev. Saúde Pública*, Oct. 1999, vol.33, no.5, p.513-520. ISSN 0034-8910, 1999.

STEDMAN, M. D. *Dicionário médico*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1996.

STEINBERG, S. Kindercultura: a construção da infância pelas grandes corporações. In: SILVA, Luiz H., AZEVEDO, José C., SANTOS, Edmilson S. (Orgs.) *Identidade Social e a construção do conhecimento*. Porto Alegre: SMED/RS, 1997.

ROMANI FA. Estudo oftalmológico em escolares da cidade de Jaraguá do Sul (SC). *Arq. Bras. Oftal.* 44:143-4, 1981;

RUSS, H. H. A.; TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSE, N. Impacto da Campanha Olho no Olho em escolas de ensino fundamental: Percepção do pessoal de ensino. *Arq. Bras. Oftal.* V. 67, n.2, p.311-321, 2004.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N.; RIGOLIZZO, H. B. Envolvimento de pessoal da comunidade em projeto de detecção de ambliopia em pré-escolares. *Arq. bras. Oftalmol.*, 46:85-9, 1983.

_____, E. R. *Promoção da saúde ocular. Arq. Bras. Oftalmol.*, 1999.

_____, E. R. Prevenção de problemas visuais de escolares: conduta de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Esc.*, 1990.

_____, E. R. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. *Arq. Bras. Oftalmol.* 54(6):279-81, 1991.

_____, E. R.; e KARA-JOSE, N. A perda da visão: estratégias de prevenção. *Arq. Bras. Oftalmol.*, vol.67, n.4, p.597-601. Jul/Ago., 2004.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14:39-57, 1998.

VAUGHAN, J. P. MORROW, R. H. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. Traduzido por Carlos Dora et al. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

VEIGA-NETO, A. (Org.). *Crítica Pós-Estruturalista e Educação*. Porto Alegre: Sulina, 1995.

VEIGA-NETO, A. Michel Foucault e Educação: há algo de novo sob o sol? In: _____, (Org.). *Crítica pós-estruturalista e educação*. Porto Alegre: Sulina, 1995.

_____, A. *A ordem das disciplinas*. [Tese de doutorado]. Porto Alegre: PPG-Educação (UFRGS), 1996.

_____, A. *Educação e governamentalidade no neoliberalismo: novos dispositivos, novas subjetividades*. IN: PORTOCARRERO, Vera; BRANCO; Guilherme Castelo (Org). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

_____, A. Michel Foucault e os estudos culturais. IN: COSTA, M. V. (Org.). *Estudos culturais em educação: mídia, arquitetura, brinquedo, biologia, literatura, cinema*. Porto Alegre. Ed. UFRGS, 2000.

_____, A. Incluir para excluir. In: LARROSA, Jorge, SKLIAR, Carlos. *Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____, A. Coisas de Governo... IN: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L. & VEIGA-NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____, A. *Michel Foucault & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

_____, A. Cultura, culturas e educação. *Revista Brasileira de Educação*. Número especial, Tema: Cultura, culturas e educação, n. 23, p. 5-15, maio-ago., 2003.

_____, A. *Foucault & a Educação*. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

VEITZMAN, S. *Visão subnormal*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2000.

WORTMANN, M. L. C. & VEIGA-NETO, A. J.: *Estudos culturais da ciência & educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

WORTMANN, M. L. C. Análises culturais – um modo de lidar com histórias que interessam à educação. IN: COSTA, M. V. (Org.). *Caminhos investigativos II: Outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

WORTMANN, M. L. C. *Cultura, poder e educação: um debate sobre estudos culturais em educação*. (Org.). Rosa Maria Hessel Silveira. Canoas: Ed. ULBRA, 2005.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R. *Medicina*. Ribeirão Preto, Simpósio: SEMIOLOGIA ESPECIALIZADA 29: 44-53, jan./mar. 1996. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n1/semiologia_psiquiatrica.pdf> Acesso em: 06/07/2006.

ANEXOS

ANEXO A

Carta direcionada ao diretor (a) das escolas envolvidas na Campanha

ANEXO B

Carta direcionada ao professor (a) das escolas envolvidas na Campanha

ANEXO C

Manual de orientação da Campanha Olho no Olho

ANEXO D

Manual da Boa Visão do Escolar

ANEXO E

LIVRETO: Histórias para uma boa visão do escolar

ANEXO F

Folders das lentes oftálmicas

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)