

Proposta de um plano nacional de saúde ocular, com ênfase na atenção primária*

INTRODUÇÃO

A visão é um importante meio de interação do indivíduo ao ambiente, já que a maioria dos conhecimentos são adquiridos por seu intermédio. Em consequência, a perda da visão, ao prejudicar o natural desenvolvimento das aptidões intelectuais, escolares, profissionais e sociais se constitui num elevado ônus social, tendo em vista o custo derivado da limitação da produtividade e da capacidade de trabalho, assim como os custos de reabilitação e educação dos deficientes.

Acrescenta-se ainda, o custo indireto que recai sobre a família, uma vez que as exigências de cuidado e de apoio permanente à pessoa afetada incidem fundamentalmente sobre a dinâmica psicossocial do núcleo familiar. Frequentemente, este último aspecto não é levado em conta talvez porque, no momento, não se dispõe de indicadores específicos adequados.

O amplo espectro dos problemas oculares e visuais exige ações de diferente complexidade em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, embora neste contexto, a prioridade deva ser dada à determinação das atividades de cuidado integral da saúde ocular que possam ser levadas, de maneira eficiente e efetiva, aos níveis primários dos sistemas de serviços e à própria comunidade.

A presente proposta pretende dimensionar a prioridade mencionada nas linhas de promoção da saúde ocular, prevenção e tratamento de problemas que possam conduzir à perda da visão e diagnóstico, recuperação e reabilitação básicos das deficiências da visão.

Segundo a OMS, a Atenção Primária do Olho é um componente essencial da Atenção Primária de Saúde.⁽¹⁾

O PROBLEMA NO MUNDO

A cegueira é um relevante problema de saúde que tem recebido pouca atenção nos esforços mundiais para elevar os níveis de saúde da população. Estima-se que, pelo menos 28 milhões de pessoas no mundo não conseguem contar os dedos da mão do examinador a uma distância de três metros, (3/60 ou 0.05), que é a definição de cegueira da OMS (vide Anexo 1). Se a distância é de 6 metros, o número de pessoas com incapacidade visual (6/60 ou 0.1) alcança a magnitude aproximada de 42 milhões.

Nos países em desenvolvimento, o problema da deficiência visual ou mesmo da falta de visão é de 10 a 40 vezes maior do que nos países desenvolvidos⁽²⁾ e se abate, preferencialmente, sobre a faixa jovem da população dada a sua característica vulnerabilidade às agressões do meio.

Quanto às causas imediatas de cegueira é sabido que as doenças infecciosas e a desnutrição predominam nos países em desenvolvimento, enquanto que as doenças crônico-degenerativas e os acidentes são frequentes naqueles com alto nível de industrialização.

Estudos feitos pela OMS indicam que cerca de 75% dos casos de cegueira poderiam ter sido evitados aplicando-se sistematicamente os conhecimentos e técnicas atualmente disponíveis.⁽³⁾

O PROBLEMA NO MUNDO

Alguns dados isolados sobre a cegueira e a deficiência visual severa, sobre a patolo-

* A proposta inicial de um Plano Nacional de Saúde no Serviço de Oftalmologia Sanitária do Instituto ligados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com a participação efetiva de:

— Dr. Bjorn Thylefors, Gerente Mundial do Programa Saúde — Genebra.

— Dr. Luiz Ruiz, médico-epidemiologista da Organização

— Dr. Francisco de Paula Castro Neto, Secretário

de Saúde — Ministério da Saúde — Brasília.

— Maria Dulce Pontes Sodré Cardoso, psicóloga,

de Saúde — Ministério da Saúde — Brasília.

— Dr. Luis Carlos Romero, médico sanitário.

— Brasília.

— Dr. Oswaldo Monteiro de Barros — Diretor do

— Dra. Helena Niskier, médica sanitária do Serviço

— Regina Célia Canel, do Serviço de Oftalmologia

Sanitária.

Esta proposta inicial foi discutida no Encontro dos Oftalmologistas das Secretarias de Estado da Educação

e da Saúde e após avaliação das críticas feitas foi elaborada a proposta atual, com maior volume de dados

em face à Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar — PNAD — 1981.

Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde — Ministério da Saúde. Brasília, julho/1982.

Ocular, com ênfase na Atenção Primária, foi elaborada de Saúde da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especiais de Saúde da Secretaria Nacional de Programas Especiais

Paulo com a participação efetiva de:

de Prevenção da Cegueira da Organização Mundial da

— Brasília.

Nacional da Secretaria Nacional de Programas Especiais

Técnica da Secretaria Nacional de Programas Especiais

de Saúde — Ministério da Saúde — Brasília.

Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde

— Brasília.

— Dr. Oswaldo Monteiro de Barros — Diretor do

— Dra. Helena Niskier, médica sanitária do Serviço

— Regina Célia Canel, do Serviço de Oftalmologia

Sanitária.

Esta proposta inicial foi discutida no Encontro dos Oftalmologistas das Secretarias de Estado da Educação

e da Saúde e após avaliação das críticas feitas foi elaborada a proposta atual, com maior volume de dados

em face à Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar — PNAD — 1981.

Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde — Ministério da Saúde. Brasília, julho/1982.

ANEXO I
QUADRO I
Graus de comprometimento visual
Adaptação da Classificação Internacional de Doenças — C I D
Vol. I — Pág. 244 — OMS

	Classe de comprometimento visual	Acuidade visual com a melhor correção óptica possível	
		Máxima menor que	Mínima melhor ou igual a
Visão subnormal	1	6/18 20/70 3/10 (0,3)	6/60 20/200 1/10 (0,1)
	2	6/60 20/200 1/10 (0,1)	3/60 (capacidade para contar dedos a 3 metros) 20/400 1/20 (0,05)
	3	3/60 (capacidade para contar dedos a 3 metros) 20/400 1/20 (0,05)	1/60 (capacidade para contar dedos a 1 metro) 5/300 (20/1200) 1/50 (0,2)
Cegueira	4	1/60 (capacidade para contar dedos a 1 metro) 5/300 (20/1200) 1/50 (0,02)	Percepção luminosa
	5	Ausência da percepção luminosa	
	9	Indeterminada ou não especificada	

Caso a extensão do campo visual venha a ser levada em consideração, os pacientes cujo campo visual se encontre entre 5.º e 10.º em torno do ponto central de fixação devem ser colocados na classe 3 e os pacientes com campo visual até 5.º em torno do ponto central de fixação serão colocados na classe 4, mesmo se a acuidade central não estiver comprometida.

gia ocular que a determina e sobre os principais fatores de risco ocular, oferecem uma idéia da magnitude do problema no país.

1. Cegueira e deficiência visual

Um inquérito realizado no Estado de São Paulo em 1970-71 pelo Serviço de Oftalmologia Sanitária do Instituto de Saúde de São Paulo (4) junto a 35.844 famílias atingindo a 156.422 pessoas, revelou um coeficiente de cegueira de 62/100.000 habitantes a nível de 1/60 ou menos e estimou em 310/100.000 habitantes o coeficiente de cegueira a nível de 6/60 ou menos.

A idade de início da cegueira foi registrada em maior proporção na primeira década de vida, sobretudo no primeiro ano, e entre 40 e 59 anos, observando-se a mínima proporção na faixa de 20 a 29 anos.

Em 1979, a Associação Brasileira de Educação de Deficientes Visuais (ABEDEV) realizou pesquisa nos seguintes Estados: Amazonas (2 municípios), Pará (25 municípios), Pernambuco (19 municípios), Ceará (26 municípios) e Alagoas (26 municípios). (5)

Foram entrevistadas pessoas caracterizadas pela população como cegas (1367) ou como deficientes visuais (3655), independentemente de critérios estatísticos de amostragem com base na aleatoriedade do fenômeno.

A faixa etária superior a 45 anos congregou maior número de indivíduos com

ambas as deficiências, seguida pela faixa compreendida entre 19 a 45 anos.

Entre os portadores de cegueira, o sexo masculino ultrapassou o feminino (57,6% contra 42,4% do total), enquanto que nos indivíduos portadores de deficiência visual predominou o sexo feminino (62,8% contra 37,4%) do total.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/1981) investigou, na percepção dos entrevistados, a presença de cegueira (incapacidade de ver — cegueira dos dois olhos — ocasionada por problemas de visão ou ausência dos globos oculares), o tipo de assistência recebida pelas pessoas afetadas e sua vinculação com alguma associação ou instituição. (6)

Até o momento dispõem-se dos resultados relativos a 9 Estados da Federação (Dados na página seguinte).

Como se pode observar, a prevalência de cegueira, neste inquérito, foi baixa. No entanto, tratando-se de cegueira sentida, é evidente que estes dados refletem somente a "ponta do iceberg" e que a taxa nacional é muito mais elevada. A reduzida vinculação institucional e assistência recebida enfatiza a urgente necessidade de ações integrais de saúde neste campo.

2. Patologia Ocular

No inquérito anteriormente mencionado (4), os problemas oculares que explicaram

Situação da cegueira "sentida" no Brasil, por Estado da Federação, PNAD/IBGE, 1981 — Dados preliminares

Estado	Número de cegos	Vinculação à entidade ou instituição %	Receberam assistência %
RS	15,398	10.2	15.8
PR	2,764	—	—
SP	29,568	4.4	7.3
RJ	15,248	12.3	10.2
MG	17,452	8.6	3.7
DF	1,120	9.5	4.7
BA	21,121	5.3	4.8
PE	11,640	—	4.5
CE	14,860	3.6	0.7

os 74% das deficiências visuais foram: glaucoma, catarata, oftalmopatia endógena, atrofia do nervo óptico, oftalmia neo-natal e infecção não especificada.

No ambulatório de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina foram atendidos 806 pacientes, em 1965, dos quais 56 (6.9%) eram cegos (acuidade visual igual ou inferior a 0.1, no melhor olho, após a melhor correção). Nestes pacientes — cuja maioria foi do sexo feminino (68.7%) — as principais causas da cegueira foram: catarata (31.3%) e glaucoma (18.7%), seguidas pelas doenças de etiologia indeterminada (16%) e das doenças infecciosas (8.9%).⁽⁷⁾

Outro estudo de 841 casos em instituições assistenciais para cegos no Estado de São Paulo (1974-1976) indicou que: o glaucoma, a catarata, as retinopatias, a atrofia do nervo óptico e as uveítes, representaram 66.6% dos diagnósticos.⁽⁸⁾

É importante notar que, em relação às causas gerais de cegueira, 37% dos casos foram classificados como congênitos ou hereditários, 37% como adquiridos e 26% como degenerativos ou senis.

A ambliopia é também um problema relevante, a julgar por sua prevalência em crianças de 4 a 6 anos de idade (2.8%), cuja grande maioria não está sendo identificada e recebendo tratamento adequado.⁽⁹⁾

Nota-se ainda, que uma de cada dez intervenções cirúrgicas no olho realizadas no Hospital das Clínicas de São Paulo é devida a traumatismos produzidos durante acidentes de trânsito.⁽¹⁰⁾

3. Fatores de Risco Ocular

Quanto aos fatores de risco ocular, sabe-se que a tuberculose, a hanseníase, as

doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções que podem comprometer o olho, assim como a diabetes, a hipertensão e outros problemas não infecciosos, atingem ou estão atingindo frequências relevantes no atual panorama sanitário nacional.

Menção especial merecem alguns fatores de risco. A oncocercose e o tracoma são problemas graves em alguns pontos do país. Assim, um inquérito realizado no Território de Roraima, onde a oncocercose é endêmica, investigou-se a ocorrência de lesões oculares em 148 índios. Encontrou-se uma alta frequência de anormalidades oculares, sobretudo da córnea, responsáveis pela perda da visão estimada em 1.9% nos índios do Rio Mucajá e 2.8% nos índios do Rio Ca-trimani.⁽¹¹⁾

O tracoma, dada a sua incidência, continua sendo motivo de ações de controle no país. Em 1982, em 13 Estados da Federação (7643 localidades e 106 municípios) a SU-CAM/MS examinou 675.222 pessoas, das quais 128.048 eram portadoras de tracoma I, II, III e 56.526 de tracoma IV. Outras conjuntivites e afecções oculares foram encontradas em 126.452 pessoas.⁽¹²⁾

Em 1963 na Região Nordeste estimou-se que a metade da população menor de 15 anos apresentava baixos níveis de vitamina A (iguais ou inferiores a 20 microgramas %).

Quanto à xeroftalmia associada, existe considerável controvérsia, embora neste levantamento sua prevalência tenha sido de 0.3%⁽¹³⁾.

Por último, ressalta-se que em 1979 houve 534.000 acidentes de trânsito, o que deixou o saldo de 20.487 mortos e 250.515 feridos.⁽¹⁴⁾

Dos acidentes do lar e do trabalho, não se dispõe de informação.

PROPÓSITO

Baseado na convicção de que todo ser humano tem direito a uma visão normal, o presente plano pretende "elevar o nível de saúde ocular da população, no contexto de uma atenção integral de saúde, cuja ênfase esteja centrada na atenção primária".

Embora a perda da visão seja um fenômeno gradual, ela é facilmente manifestada quando alcança um limite crítico e neste nível perceptível pela população, razão pela qual espera-se que uma ativa participação da comunidade favoreça a abordagem multidisciplinar e multisetorial ao problema exposto.

Dentro desta perspectiva, o plano nacional de saúde ocular pode servir de estímulo, elemento reforçador ou ponto focal da necessária coordenação ou integração dos vários componentes da atenção primária de saúde.

OBJETIVOS

1. Reduzir a incidência da cegueira e/ou de menores graus de deficiência visual, suscetíveis de intervenção primária;
2. Reduzir a prevalência de cegueira e/ou de menores graus de deficiência visual, suscetíveis de intervenção secundária ou terciária;
3. Diminuir a dependência familiar ou social dos indivíduos cuja incapacidade não seja suscetível de intervenção pelos conhecimentos, tecnologias ou recursos disponíveis;
4. Promover a criação ou a melhoria das condições ambientais necessárias para uma adequada preservação da visão.

PRINCIPAIS LINHAS DE AÇÃO

As possíveis linhas de ação podem ser visualizadas em 3 níveis do problema:

- a nível das causas imediatas ou fatores de risco das anormalidades oculares;
- a nível da patologia ocular que determina a incapacidade funcional;
- a nível da deficiência visual.

A seguir se propõe atividades que são coerentes com esta percepção:

1. Atividades orientadas às causas imediatas ou fatores de risco ocular:

Estas atividades visam à redução da incidência das doenças oculares através da intervenção em suas principais causas imediatas e fatores de risco ou da melhoria das condições ambientais, em benefício da saúde em geral, e da saúde ocular, em particular.

- 1.1. Controle de danos que podem comprometer o olho
 - doenças infecciosas
 - doenças não infecciosas
 - acidentes de trânsito, de trabalho, na escola e domésticos.
- 1.2. Intervenção em alguns fatores ambientais (físicos, químicos, biológicos e sociais), lesivos à integridade da visão.
 - informação e educação para promover a saúde
 - a) higiene ocular
 - b) efeitos nocivos dos fatores ambientais
 - c) condições adequadas de trabalho visual
 - elevar o nível nutricional da população, em particular no que se refere à vitamina A

- correção das condições deficientes de trabalho visual (na escola, no trabalho)
- criar e melhorar as condições básicas de saneamento ambiental
 - a) disponibilidade de água potável, domiciliar
 - b) destinação adequada de dejetos
 - c) vigilância sanitária de certas drogas ou substâncias lesivas ao olho.

1.3. Eugenia (aconselhamento genético e outras atividades)

2. Atividades orientadas às patologias oculares:

Estas atividades concorrem para a redução da prevalência das patologias do olho e, desta maneira, evitar a ocorrência de danos funcionais posteriores.

Compreendem:

- 2.1. diagnóstico precoce ou tardio das patologias oculares.
 - 2.2. tratamento clínico ou cirúrgico das doenças oculares.
- ### 3. Atividades orientadas à deficiência visual:

Estas atividades visam à redução do grau de dependência familiar e social das pessoas afetadas por severa incapacidade funcional, assim como a correção de graus menores de incapacidade.

3.1. Diagnóstico e recuperação funcional (limitação do dano)

- processos ópticos
- processos clínico cirúrgicos

3.2. Reabilitação psicossocial do assistido

Cada uma das grandes linhas de ação apresentadas permite a identificação de um número de atividades factíveis. No entanto, a aplicação coordenada das referidas atividades a uma realidade concreta necessita, para ser racional, considerar:

- os grupos etários da população para os quais estão dirigidas as atividades já que a vulnerabilidade das pessoas e a incidência das causas imediatas não são as mesmas em todas as idades;
- a estrutura e organização do nível do sistema de saúde aonde serão prestados os serviços;
- o nível sócio-econômico, e portanto de saúde, das populações ou regiões alvo da atenção, já que a prevalência das causas imediatas ou fatores de risco ocular são diferentes de acordo com o grau de desenvolvimento.

Todo o exposto implica em que, tanto a ênfase como a complexidade das ações de cuidado da saúde ocular, são funções dinâmicas da singularidade de cada situação.

ESQUEMAS DE AÇÃO DE SAÚDE OCULAR, DE ACORDO COM A ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A necessidade de tornar acessível o cuidado da saúde à maioria da população doente ou exposta ao risco, assim como, as vantagens de controlar os problemas de saúde quando são reconhecidos precocemente ou quando são modificados seus principais fatores causais, justificam que o modelo de atenção prevalente se projete, cada vez mais, à população em geral, com ênfase adicional na promoção e prevenção da saúde.

A estrutura e a organização dos serviços de saúde no Brasil se encontram atualmente em fase de expansão e conseqüente padronização e racionalização. Assim sendo, os esquemas de ação propostos se apresentam de acordo com suas exigências mínimas de Recursos Humanos e Tecnológicos, com a finalidade de favorecer a sua implantação no Sistema de Serviços, utilizando pessoal treinado e programas já existentes. Esta implantação pressupõe a programação de atividades em cada nível do Sistema, em coerência com Políticas, Planos, Normas e Procedimentos Técnicos específicos.

1. Esquema Mínimo:

Aplicável a municípios em que haja atendente de saúde ou agente de saúde da comunidade integrado ao Sistema.

Atividades a serem desenvolvidas:

1.1. Educação para a Promoção de Saúde Visual

Conteúdo programático para pré-escolares, escolares e população em geral.

- Higiene Ocular
- Noções gerais e medidas preventivas sobre as infecções oculares
 - a) conjuntivite catarral aguda epidêmica
 - b) tracoma
 - c) oftalmia gonocócica
 - d) outras
- Acidentes oculares
- Outros relevantes problemas oculares da comunidade

1.2. Medição da acuidade visual dos pré-escolares e escolares

1.3. Identificação dos casos suspeitos ou definidos de deficiência visual ou patologia ocular que apresentem sintomas e sinais maiores manifestos.

1.4. Prestação de primeiros atendimentos e medidas preventivas, tais como: credeiação e outras, de acordo com normas técnicas.

1.5. Providências e encaminhamentos aos centros mais próximos que tenham

capacidade diagnóstica e assistencial oftalmológicas requeridas.

1.6. Promoção de esforços comunitários para a solução dos problemas de saneamento básico e outros aspectos de saneamento ambiental.

2. Esquema Básico:

Aplicável aos municípios onde o Serviço de Saúde existente disponha de médico.

Atividades a serem desenvolvidas:

- 2.1. As do Esquema Mínimo
- 2.2. Atendimento médico dos casos encaminhados pelos Postos de Saúde e daqueles provenientes de outras fontes.
- 2.3. Acompanhamento de casos de patologia ocular referidos por níveis mais complexos de atenção, de acordo com as indicações prescritas.
- 2.4. Supervisão da credeiação e da administração de oxigênio aos prematuros.
- 2.5. Tratamento de massa nos surtos epidêmicos de conjuntivite catarral aguda
- 2.6. Encaminhamento de casos às unidades de nível secundário ou terciário, de acordo com as normas.
- 2.7. Treinamento e supervisão a pessoal de saúde que aplica o esquema mínimo.

3. Esquema Secundário:

Aplicável em municípios onde haja oftalmologista no Serviço de Saúde.

Atividades a serem desenvolvidas:

- 3.1. As do esquema básico
- 3.2. Atendimento especializado dos casos encaminhados pelo Nível Básico e daqueles provenientes de outras fontes.
- 3.3. Prestação de assistência oftalmológica aos escolares
- 3.4. Encaminhamento dos casos que requeiram atenção altamente especializada às unidades de Nível Terciário.
- 3.5. Treinamento e supervisão a pessoal de saúde que aplica o esquema básico.
- 3.6. Participação eventual em projetos relacionados com a Saúde Ocular.

4. Esquema Terciário:

Aplicável às unidades que disponham de oftalmologistas e de recursos e assistência hospitalar especializada.

Atividades a serem desenvolvidas.

- 4.1. As do Esquema Secundário
- 4.2. Atendimento altamente especializado dos casos encaminhados pelos outros níveis ou outras fontes

- 4.3. Encaminhamento de casos e problemas às unidades de menor complexidade para seu acompanhamento, quando indicado.
- 4.4. Treinamento de pessoal e apoio à programação, implantação e avaliação das ações dos outros níveis.
- 4.5. Prover subsídios técnicos para a formulação de políticas de Saúde Ocular.
- 4.6. Promoção de projetos específicos sobre Saúde Ocular, de acordo com as necessidades nacionais, regionais e locais.

- organizando encontros regionais com as Secretarias de Saúde para apresentação e discussão do Plano.
 - levantando as condições locais (recursos do circuito formal e informal) para a implantação do Plano, adaptado às diferentes realidades dos Estados.
 - apoiando os grupos responsáveis pelo planejamento e implementação das atividades a nível regional e estadual.
- 2.4. Envolvimento dos setores Educação, Previdência, Trabalho, Indústria e Comércio e outros, nos diversos níveis de aplicação do Plano.

IMPLANTAÇÃO DO PLANO

1. Atividades de Apoio:

- 1.1. Levantamento nacional de informação disponível sobre frequência e fatores causais da cegueira.
- 1.2. Estabelecimento de normas e procedimentos para o Plano.
- 1.3. Formação e treinamento de pessoal procurando principalmente descentralizar os recursos humanos para as áreas menos servidas.
- 1.4. Incorporação ao sistema de Informação Nacional de dados relativos à epidemiologia das afecções visuais ou de seus fatores de risco.
- 1.5. Promoção e coordenação de pesquisas requeridas para uma adequada implementação do Plano Nacional de Saúde Ocular.
- 1.6. Divulgação nacional e regional de documentação e informação científica.
- 1.7. Coordenação interministerial e intersectorial na extensão requerida.

2. Estratégia:

- 2.1. Incumbência a um grupo de trabalho, da coordenação das atividades de Saúde Ocular incluídas no Plano ora proposto, com a colaboração e assessoria nacional e internacional que se julgue conveniente.
- 2.2. Estabelecimento de normas e procedimentos técnicos para as diversas atividades do Plano.
- 2.3. Envolvimento das Secretarias de Saúde das U.F.:

REFERÊNCIAS

1. Strategic approaches to the prevention of blindness. Fourth Annual Meeting of the WHO Programme Advisory Group on the Prevention of Blindness. Geneva, 8-12 February, 1982. PBL/AG/82.11.
2. Data on Blindness throughout the world. WHO Chronicle, 33: 275, 1979.
3. THYLEFORS, P. — La Ceguera evitable. Salud Mundial, p. 2, Enero 1983.
4. Levantamento da problemática da cegueira no Estado de São Paulo. Anais III Simpósio sobre Problemática da Cegueira. Instituto de Saúde de São Paulo, publicação n.º 28: 55, 1976.
5. GIL, M. E. de A. — Caracterização de indivíduos portadores de cegueira e deficiência visual — Dados preliminares. Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira, p. 607, 1980.
6. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/1981). IBGE. Dados preliminares. 1983.
7. BELFORT JR., R. — Levantamento dos casos de cegueira atendidos pelo ambulatório de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina no ano de 1965. Arq. Bras. de Oftalmologia. 35: 28-33, 1972.
8. NEUFELD, C. R. — Estudos de 841 Casos de Cegueira em 29 Entidades de Assistência do Cego do Estado de São Paulo, 1974-1976. I Congresso Paulista sobre a Problemática da Cegueira, 1977.
9. KARA-JOSÉ, N.; CARVALHO, K. M. de; CALDATO, R.; PEREIRA, V. L.; OLIVEIRA, A. M. N. D. de; FONSECA, J. C. — Situação Atual do Atendimento de Amblopes e prevalência na população pré-escolar da cidade de Campinas Resumos II — Congresso Paulista de Saúde Pública, p. 124. São Paulo, abril 17-21, 1983.
10. KARA-JOSÉ, N.; SAMPAIO, M. W.; ALVES, M. R. — Diagnóstico e Conduta na presença de ferimentos perfurantes do globo ocular. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. 9: 17, 1981.
11. BELFORT JR., R.; MORAES, M. A. P. — Oncocercose ocular no Brasil; Revista da Associação Médica Brasileira, Vol. 25, N.º 4 — abril, 1979.
12. Relatório das Atividades do Tracoma, referente ao exercício de 1982 — SUCAM/MS, 1982.
13. Análise das Condições de Pesquisa e Treinamento em Nutrição Humana no Brasil. CNPq e Instituto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1981.
14. Acidentes de Trânsito — Brasil — 1979. Departamento Nacional de Trânsito, Ministério da Justiça, 1979.