

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado

INGRID MARTINS LEITE LÚCIO

**MÉTODO EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO TESTE DO REFLEXO
VERMELHO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO**

FORTALEZA

2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

INGRID MARTINS LEITE LÚCIO

**MÉTODO EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO
NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Linha de Pesquisa: Tecnologia em Saúde e Educação em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

FORTALEZA

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

L971m Lúcio, Ingrid Martins Leite
 Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho
 no cuidado ao recém-nascido. / Ingrid Martins Leite Lúcio. -
 Fortaleza, 2008.
 137f. : il.
 Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Vera Lúcia Moreira Leitão
 Cardoso.
 Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do
 Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.
 Fortaleza-Ce, 2008.

 1. Recém-nascido 2. Enfermagem pediátrica 3. Saúde ocular
 4. Educação em enfermagem 5. Cegueira. I. Cardoso, Maria
 Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso. (Orient.). II. Título

CDD 610.7362

MÉTODO EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO
NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em 03/04/2008, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso
Universidade Federal do Ceará
Presidente

Prof.^a Dr.^a Lorita Marlena Freitag Pagliuca
Universidade Federal do Ceará
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Bertha Cruz Enders
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira
Universidade Estadual do Ceará
Membro Efetivo

Prof.^a Dr.^a Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará
Membro Efetivo

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará
Membro Suplente

Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Às enfermeiras que possibilitaram a realização deste estudo e a construção do conhecimento da prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido e o crescimento mútuo, em uma área na qual ainda poucos (as) atuam: a “Saúde Ocular da Criança”.

AGRADECIMENTOS

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".

(Fernando Pessoa)

- Ao Senhor Jesus, pela infinita misericórdia e por permitir chegar até aqui. Que eu seja um instrumento em Tuas mãos. Capacita-me e usa-me, segundo a Tua vontade.
- Aos meus pais, Walmir e Laurisélia, pelo significado e responsabilidade nesta trajetória em busca do conhecimento. Pelos princípios de vida, compreensão e amor.
- Às minhas irmãs, Renata e Lucyanna, companheiras e amigas, pelos momentos compartilhados independente das circunstâncias.
- À minha querida tia Leonice “didinha”, pelo amor, orientação, apoio e orações ao longo de minha trajetória acadêmica ajudando-me a concretizar muitos projetos.
- Ao meu amor, Giovanni, pela compreensão de minhas escolhas envolvendo essa vocação, a enfermagem. Pelo cuidado constante, especialmente agora, de nós “dois” com a expectativa do pequeno “Arthur”. Por fortalecer-me nas tristezas e alegrias, no “muito”, no “pouco” e no “nada”.
- Aos meus sogros e amigos, João Batista e Maria do Carmo, pelo apoio, carinho, cuidado e conselhos. A Emily, Cláudio e Tarciana pela amizade e incentivo. Ao Lucas, pelos momentos de aprendizagem e paciência. A minha sobrinha Júlia, pela alegria e brincadeiras que em alguns momentos só encontramos em uma criança.
- À minha querida orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, pelo papel ímpar na minha formação acadêmica e profissional. Pelo significado no universo da pesquisa e relacionamento humano. Pelo empenho em torna-me capaz para caminhar com passos próprios, sem desconsiderar o outro. Pela disponibilidade e compromisso com as orientações mesmo à distância e pelo aprendizado e partilha de sentimentos e confidências ao logo deste processo.
- À Prof^a Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, pelo exemplo de pessoa humana e profissional, pela oportunidade de ingresso no Projeto Saúde Ocular, pelos momentos de aprendizagem, crescimento, ensinamentos e parceria ao longo do Curso de Pós-Graduação e confiança, desde o Curso de Graduação em Enfermagem. Pelas contribuições no Exame Geral de Conhecimentos e apoio para a realização desta tese.

- Ao estimado Prof. Dr. Paulo César de Almeida, pela contribuição na análise dos dados desta tese, pela pessoa humana, orientações, disponibilidade, compreensão, parceria e amizade. Pelas oportunidades, aprendizagem, simplicidade e sensibilidade ao tratar de questões da prática de enfermagem, que maravilhoso você existir.
- Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade, contribuições, questionamentos e avaliação crítica, para a revisão final desta tese.
- A Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes, pelo compromisso com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e acreditar no potencial de jovens mestres e doutores. Pelo acolhimento do período de pós-doutoramento da orientadora.
- Às enfermeiras da Maternidade Escola Assis Chateaubriand pela disponibilidade para a participação neste trabalho, planejado e executado com cuidado e empenho.
- Aos pais e recém-nascidos participantes deste estudo, ao contribuírem não apenas com a formação de enfermeiros no âmbito da saúde ocular da criança e também com uma medida de triagem simples, brevemente rotina em maternidades.
- As amigas, Prof^{as}. Dr^{as}. Rosane Arruda Dantas e Emília Soares Chaves, pela trajetória na enfermagem, por tudo que vivemos, pelo apoio que proporcionamos umas às outras, pelo laço de amizade que nos une.
- A enfermeira e amiga, Doutoranda Márcia Maria Coelho Oliveira, presente de Deus em minha vida. Pelos momentos de aprendizagem, confiança, desabafo, alegrias, crescimento e motivação. Você é muito especial. Pela imprescindível contribuição durante as dificuldades em relação à coleta de dados desta tese.
- Aos colegas do Curso de Doutorado, em especial, a Dr^a. Maria Suêuda Costa, pelo apoio, carinho, coragem e autenticidade.
- A enfermeira, Prof^a Dr^a. Antônia do Carmo Soares Campos, pela amizade e apoio na divulgação de parte dos resultados alcançados neste estudo.
- A Bolsista de Iniciação à Pesquisa, Adriana Sousa Carvalho de Aguiar pela cumplicidade, companheirismo, conquistas e colaboração na coleta de dados.
- Aos coordenadores do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza - FGF, Dr. Álvaro Alberto de Bittencourt Vieira e, especialmente, a Ms. Lucília Maria Nunes Falcão pela compreensão na fase final desta tese e aos alunos

da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente e Seminário de Monografia, pelo apoio, cuidado e carinho.

- Ao Diretor do Hospital Geral de Fortaleza, Florentino de Araújo Cardoso Filho pela colaboração com os aspectos éticos da pesquisa.
- A Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC e ao coordenador do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC, Sérgio Augusto Tabosa Quesado pela disponibilidade, apoio e orientações, assim como a equipe médica e de enfermagem pela colaboração e momentos de convivência.
- A oftalmologista Islane Castro Verçosa, pela parceria e abertura em trabalhar o “teste do reflexo vermelho em recém-nascidos”, na perceptiva multiprofissional.
- Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFC, ao referido departamento e profissionais que os integram pelos anos de formação.
- Aos docentes e discentes da Disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar I – Criança e Adolescente, período 2004.2 a 2006.1, pela oportunidade de ingressar na docência, enquanto professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFC.
- Ao Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal e a Prof^a. Ms. Maria do Socorro Mendonça Sherlock, pela oportunidade de crescimento profissional e aos alunos pelo aprendizado mútuo.
- Ao Projeto Saúde Ocular do Departamento de Enfermagem da UFC e seus integrantes, pelos anos de formação técnica-científica e humana.
- Ao Projeto Saúde do Binômio Mãe e Filho, do Departamento de Enfermagem da UFC e seus integrantes pela oportunidade de crescimento pessoal e coletivo.
- Ao Projeto LabCom – Laboratório de Comunicação pela disponibilidade de recursos tecnológicos que viabilizaram parte da fase operacional da coleta de dados.
- À Coordenadoria de Capacitação de Recursos Humanos - Programa de Demanda Social - CAPES que ensejou crescimento profissional e técnico – científico e apoio financeiro para a realização desta pesquisa através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFC.

LÚCIO, I. M. L. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido. (Tese). Fortaleza. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

RESUMO

No Brasil, o teste do reflexo vermelho (TRV), aplicado ao recém-nascido (RN), tem auxiliado a prevenção da cegueira infantil com participação multiprofissional, inclusive do enfermeiro(a). No Ceará, constitui objeto de estudo, ensino e prática no cuidado de enfermagem, e busca-se a participação deste último(a) na área da saúde ocular da criança. Acreditando-se na criação e aplicação de uma tecnologia educativa voltada à prática do TRV no cuidado ao RN e que o conhecimento dos aspectos inerentes ao TRV em crianças permite a formação de competências técnico-científicas, buscou-se avaliar um método educativo para a prática no cuidado de enfermagem e, especificamente, testá-lo para a capacitação de enfermeiros, além de verificar as facilidades e dificuldades para sua realização, na ótica do profissional. Estudo avaliativo, quantitativo, desenvolvido em uma maternidade de referência situada em Fortaleza, Ceará com enfermeiras assistenciais, nos setores de internação neonatal e no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará de julho/2006 a março/2007, subdividido em três fases preparatória, operacional e avaliativa, valendo-se de instrumentos e materiais específicos para cada uma. Para o TRV, utilizou-se uma lanterna, um oftalmoscópio direto e um gradiente de cores. Os dados foram apresentados em tabelas, quadros e gráficos através de estatística descritiva e inferencial. Foram utilizados média, teste do qui-quadrado, teste Phi para a concordância, coeficiente de correlação de Pearson e o teste de máxima verossimilhança e, fixou-se o nível de significância de 5%. Participaram 16 enfermeiras. Quinze com formação eminente de instituições públicas de ensino. Oito entre 1 e 5 anos de tempo de serviço em neonatologia. Doze desconheciam problemas oculares em RN, 11 não tinham acesso às publicações sobre o tema e 14 apresentaram interesse sobre o TRV. Foram realizadas 240 avaliações, cada uma composta de 12 itens, avaliados como “adequado” ou “inadequado”. Quanto àqueles classificados como “adequado” o somatório mínimo foi de 134 (69,7%) e máximo de 192 (100%). Quanto ao valor absoluto de itens executados adequadamente, nenhuma avaliação foi composta de menos de 6 itens. A partir da 13ª. avaliação, as enfermeiras realizavam de modo adequado 100% dos itens. O resultado do TRV foi considerado normal em todas as avaliações e constatou-se a predominância do aspecto laranja (cor do reflexo) em 164 (62,2%) delas. Em relação ao gradiente identificado verificou-se um coeficiente de concordância entre examinadores de $\Phi = 4,47$ e $p = 0,0001$, ao se comparar os grupos de resultados de modo geral. Semelhante dado, também foi encontrado ao se buscar a correlação entre pesquisadora e enfermeiras no decorrer das avaliações. Nove enfermeiras apontaram como maior facilidade a abordagem teórica e dificuldade (12) a não visualização de leucocoria. Os dados confirmam a tese e julga-se pertinente à reprodução e viabilidade do método proposto, a ser desenvolvido em outros cenários da saúde da criança, vislumbrando a ampliação do número de enfermeiros nesta prática e, conseqüentemente, inserção na prevenção da cegueira na infância.

Descritores: Recém-nascido, Enfermagem pediátrica, Saúde ocular, Educação em enfermagem, Cegueira.

LÚCIO, I.M.L. Educative method for the practice of the red reflex test in newborn care. (Thesis). Fortaleza. Department of Nursing, Federal University of the Ceara; 2008.

ABSTRACT

In Brazil, the red reflex test used with newborns (NB) has helped prevent Child Blindness with multiprofessional participation, including the nurse's. In Ceará, teaching and practice in nursing care is object of study, and one aims to use this last one in the area of children ocular health. Believing in the creation and application of an educational technology focused on the practice of the red reflex test and in the care to the NB and that the knowledge of aspects inherent in the red reflex test in children allow the creation of technical-scientific skills, one aimed to evaluate an educational method for the practice of nursing care and, specifically, test it for the nurse development, besides verifying the facilities and difficulties to do it, in the professional's point of view. It's an evaluating, quantitative study, developed in a reference maternity situated in Fortaleza, Ceará with assistance nurses, in the neonatal area and in the Nursing Department of Federal University of Ceará from July/2006 through March/2007, subdivided in three phases: preparatory, operational and evaluation, using instruments and specific materials for each one of them. For the red reflex test one used a lantern, a direct ophthalmoscope and a color gradient. The data were presented in tables, charts and graphics through descriptive and inferential statistics. On used, average, qui-square test, Phi test for accordance, Pearson Correlation Coefficient and the test of maximum verosimilarity and, one established a significance level of 5%. 16 nurses participated. Fifteen nurses came from public teaching institutions. Eight had between 1 and 5 years of experience in neonatology. Twelve informed they did not know about ocular problems in NB, 11 did not have access to publications about the theme and 14 showed interests about the RRT. One conducted 240 evaluations, each one composed by 12 items, evaluated as "adequate" or "inadequate". As to those classified as "adequate", the minimum sum was 134 (69.7%) and maximum of 192 (100%). As to the absolute value of items conducted properly, no evaluation was composed by less than 6 items. Starting from the 13rd evaluation, the nurses conducted properly 100% of the items. The results of RRT were considered as normal in all evaluations and one noticed the predominance of the orange aspect (the reflex color) in 164 (62.2%) of them. Concerning the gradient identified, one verified an accordance coefficient between the examiners of $\Phi=4.47$ and $p=0.0001$, when comparing the groups' results in a general way. Similar data was also found when looking for the correlation between the researcher and the nurses during the evaluations. Nine nurses said the biggest facility is the theoretical approach and the difficulty (12) is the non visualization of leucocory. The data confirm the thesis presented and one judges pertinent to the reproduction the viability of the method proposed, to be developed in other sceneries of child's health, aiming to increase the number of nurses in this practice and, consequently, their insertion in the prevention of blindness in childhood.

Keywords: Newborn, Pediatric Nursing, Ocular Health, Education in Nursing, Blindness.

LÚCIO, I.M.L. Método educativo para la práctica de la prueba del reflejo rojo em la atención al recién nacido. (Tesis). Fortaleza. Departamento de Enfermería, Universidad Federal del Ceará; 2008.

RESUMEN

En el Brasil, la prueba del reflejo rojo aplicado al recién nacido (RN) tiene ayudado a la prevención de la ceguera infantil con participación multiprofesional, incluso del enfermero(a). En el Ceará, se constituye objeto de estudio, enseñanza y práctica en la atención de enfermería, y se busca la participación de este último(a) en el área de la salud ocular del niño. Se cree en la creación y aplicación de una tecnología educativa con mirada para la práctica del reflejo rojo en la atención al RN y que el conocimiento de los aspectos fundamentales al reflejo rojo en niños permitan la formación de competencias técnicas y además científicas, se buscó evaluar un método educativo para la práctica en la atención de enfermería y, específicamente, probarlo para la capacitación de enfermeros, además de verificar las facilidades y dificultades para su realización, en la óptica de este profesional. Estudio evaluativo, cuantitativo, desarrollado en una maternidad de referencia situada en Fortaleza, Ceará con enfermeros asistenciales, en los sectores de intervención neonatal y en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal del Ceará de julio/2006 a marzo/2007, subdividido en tres fases: preparatoria, operacional y evaluativa, utilizándose de herramientas y materiales específicos para cada una de ellas. Para el reflejo rojo, se utilizó una linterna, un oftalmoscopio directo y uno gradiente de colores. Los datos fueron presentados en tablas, cuadros y gráficos a través de la estadística descriptiva e inferencial. Fueron utilizados media, prueba del chi-cuadrado, prueba Phi para la concordancia, coeficiente de correlación de Pearson y e la prueba de máxima verosimilitud, se fijó un nivel de significancia de 5%. Participaron 16 enfermeros. Quince poseían formación fundamental de instituciones públicas de enseñanza. Ocho poseían entre 1 y 5 años de tiempo de servicio en neonatología. Doce informaron desconocer problemas oculares en RN, 11 no tenían acceso a publicaciones sobre el tema y 14 presentaron interés sobre el reflejo rojo. Fueron realizadas 240 evaluaciones, cada una compuesta de 12 ítems, evaluados como "adecuado" o "inadecuado". Mientras aquellos clasificados como adecuado, el somatorio mínimo fue de 134 (69,7%) y máximo de 192 (100%). Mientras al valor absoluto de ítems realizados y ejecutados adecuadamente, ninguna evaluación fue compuesta de menos de 6 ítems. A partir de la 13ª. evaluación, las enfermeras realizaban de modo adecuado 100% de los ítems. El resultado del reflejo rojo fue considerado normal en todas evaluaciones y se constató la predominancia del aspecto naranja (cor de reflejo) en 164 (62,2%) de ellas. En relación al gradiente identificado, se verificó un coeficiente de concordancia entre examinadores de $\Phi=4,47$ y $p = 0,0001$, al se comparar los grupos de resultados de modo general. Semejante dato, también fue encontrado al se buscar la correlación entre investigadora y enfermeros en el decurrir de las evaluaciones. Nueve enfermeras apuntaron con mayor facilidad la abordaje teórica y dificultad (12) a no visualización de leucocoria. Los datos confirman la prueba presentada y se hace fundamental la reproducción y viabilidad del método propuesto a ser desarrollado en otros cenarios de la salud del niño, intentando la ampliación del número de enfermeros en esa práctica y, consecuentemente, la inserción de estos en la prevención de la ceguera en la niñez.

Descriptor: Recién-nacido; Enfermería pediátrica; Salud ocular; Educación en enfermería; Ceguera

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características de atuação profissional das enfermeiras, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.	50
TABELA 2	Aspectos quanto à formação técnico-científica das enfermeiras, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.	51
TABELA 3	Acesso às publicações e conhecimento das enfermeiras referentes à temática saúde ocular do recém-nascido, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.	52
TABELA 4	Avaliação após a conclusão da etapa teórica sobre TRV pelas enfermeiras, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.	53
TABELA 5	Distribuição das avaliações do TRV pelas enfermeiras segundo setor/unidade de internação do recém-nascido e turno. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.	55
TABELA 6	Distribuição das avaliações segundo item e classificação atribuída pela autora à enfermeira, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.	56
TABELA 7	Verificação da concordância entre autora e enfermeiras em relação ao gradiente de cores observado ao longo das avaliações. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.	60

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** Sentimentos e/ou impressões das enfermeiras em relação à fase teórica, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007. 54
- QUADRO 2** Facilidades e dificuldades apontadas pelas enfermeiras após a participação no método educativo para a prática do TRV em recém-nascidos. Fortaleza, Julho de 2006 a março de 2007. 61

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** Distribuição do número e percentual de avaliações realizadas pelas enfermeiras, segundo o número de itens adequados. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007. 56
- GRÁFICO 2** Distribuição do número e percentual de itens conduzidos de modo adequado pela enfermeira, segundo o número de avaliação. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007. 57
- GRÁFICO 3** Distribuição da média de itens corretos, segundo o número da avaliação. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007. 58
- GRÁFICO 4** Distribuição da frequência da impressão do reflexo observado pela pesquisadora e enfermeira com o uso do gradiente segundo as faixas. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007. 59

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Construção do conhecimento em saúde ocular da criança	15
1.2	Delimitação do objeto de estudo e problema de pesquisa	18
1.3	Justificativa do estudo	21
2	OBJETIVOS	25
2.1	Geral	25
2.2	Específicos	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	A visão do recém-nascido	28
3.2	Avaliação visual do recém-nascido	30
3.3	Teste do reflexo vermelho no recém-nascido e alterações relacionadas	32
3.4	Proposta do método educativo para a prática do TRV - Teste do Reflexo Vermelho pelo enfermeiro	35
4	METODOLOGIA	40
4.1	Tipo de pesquisa	40
4.2	Local da pesquisa	40
4.3	População e amostra	41
4.4	Coleta de dados	41
4.4.1	Fase preparatória	42
4.4.2	Fase operacional	42
4.4.3	Fase avaliativa	44
4.5	Apresentação e análise de dados	45
4.6	Aspectos éticos	46
5	APRESENTAÇÃO DOS DADOS	48
5.1	Envolvendo as enfermeiras para a participação no método educativo	48
5.1.1	Caracterização das enfermeiras	49
5.1.2	Conhecimento das enfermeiras sobre o tema “saúde ocular”	52
5.1.3	Prática do Teste do Reflexo Vermelho nas unidades assistenciais	55
6	ANÁLISE DOS DADOS	63

6.1	Participação das enfermeiras na pesquisa	63
6.2	Avaliação da abordagem teórica	67
6.3	Prática do TRV pelas enfermeiras com os recém-nascidos	72
6.4	Avaliação do método educativo para prática de enfermagem	76
6.4.1	Realização do TRV pelas enfermeiras: classificação dos itens realizados	77
6.4.2	Desempenho das enfermeiras segundo o número de itens realizados de modo adequado em cada avaliação	88
6.4.3	Desempenho das enfermeiras segundo o número de avaliações	89
6.4.4	Utilização do gradiente de cores pelas enfermeiras	91
6.4.5	Facilidades e dificuldades do método educativo segundo as enfermeiras	94
7	CONCLUSÃO	100
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
	APÊNDICES	
	A – Instrumento 1 – fase operacional	
	B – Instrumento 2 – fase operacional	
	C – Instrumento 3 – fase operacional	
	D – Instrumento 4 – fase avaliativa	
	E – Etapas do método: ilustração	
	ANEXOS	
	1 – Termo de consentimento – Enfermeiro (a)	
	2 – Termo de consentimento – Responsável legal pelo RN	
	3 – Termo de compromisso – Pesquisador	
	4 – Declaração à instituição – Enfermeiro (a)	
	5 – Protocolo do Comitê de Ética	
	6 – Declaração do Coordenador de Saúde Ocular do Estado do Ceará	
	7 – Declaração da Oftalmologista	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Construção do conhecimento em saúde ocular da criança

A afinidade com o tema *Saúde Ocular da Criança* surgiu em torno do quinto semestre do curso de graduação em enfermagem, no período 2000.1, e intensificou-se com os anos, embora não tenha sido atribuída a abordagens em disciplinas curriculares, mas à oportunidade de ingresso em um dos projetos de pesquisa no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - FFOE da Universidade Federal do Ceará – UFC, que desenvolve atividades no domínio do ensino, pesquisa e extensão, enfocando aspectos inerentes à saúde ocular nos vários ciclos de vida do ser humano.

A princípio, voluntariamente, voltou-se para o cuidado de enfermagem na saúde ocular da criança, fase pré-escolar. Ao deparar-se com o campo de prática curricular de cuidado ao Recém-Nascido (RN), junto à orientadora e coordenadora da área “Saúde Ocular da Criança” parte do Projeto Saúde Ocular, passou a desenvolver pesquisas por meio de projetos de iniciação científica direcionados ao cuidado em saúde ocular do RN.

Nos últimos oito anos de trabalho, por meio do exercício da leitura sobre a especificidade da atuação do enfermeiro neste campo, assim como pela reflexão, investigação, análise e divulgação dos resultados das pesquisas realizadas, tiveram em mente, o aperfeiçoamento e a aquisição de novos conhecimentos e habilidades. A contribuição para a formação pessoal e profissional, ao longo do período foi imprescindível e evoluiu na perspectiva da formação na pós-graduação.

Aprimorou-se o conhecimento técnico-científico por meio de experiências acadêmicas e extracurriculares, sobretudo pelo incentivo de bolsas de iniciação à pesquisa, na Graduação pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Pesquisa – PIBIC, e Pós-Graduação, durante o curso de Mestrado e Doutorado, por meio da Coordenação e Aperfeiçoamento de Recursos Humanos – CAPES.

Com incentivos em busca do aprimoramento do conhecimento, buscou-se a investigação de novos objetos de pesquisa relacionados ao tema, com vistas ao preenchimento de “lacunas” no cuidado de enfermagem, dentre os quais a estimulação visual do RN e como prática promovida pela mãe ao filho na enfermaria

“mãe-canguru”, a consulta de enfermagem à criança com alteração neuropsicomotora com enfoque no desenvolvimento visual e a avaliação visual do RN e como tecnologia de cuidado para a prática do enfermeiro.

Progressivamente, a pesquisa contribuiu na sensibilização quanto a este conhecimento e sua utilização, por meio da introdução do conteúdo no ensino e de perspectivas de mudanças na prática assistencial (LÚCIO; CARDOSO, 2000-2003). Na enfermagem, a produção científica referente à saúde ocular do RN ainda é restrita e geralmente atribuída a estudantes e profissionais, graduados e pós-graduados, atuantes na área ou integrantes de projetos de pesquisa com enfoque no tema. A literatura também pouco menciona ações do enfermeiro na saúde ocular, e quando existentes, sobressaem no contexto da atenção primária de saúde.

No Brasil, a literatura concentra-as na área das ciências biomédicas, entretanto, na realidade internacional estudos trazem-nas de modo efetivo na área da oftalmologia e no cuidado ao RN relacionando ações em saúde ocular. (SPERANDIO, 1999; MOREIRA; PAGLIUCA; ARAÚJO, 2001; LÚCIO, 2004; CAMPOS; CARDOSO, 2004; CAMPOS; CARDOSO; PAGLIUCA; LÚCIO; SILVA, 2007).

No ensino de enfermagem, o conteúdo do cuidado em situações que envolvem oftalmologia ainda é visto de modo pouco integrado por docentes do curso destacando-se no cuidado do adulto e/ou idoso. Na saúde da criança existe a abordagem de alguns aspectos relacionados à fase escolar e pré-escolar como o uso de escalas optométricas em triagens visuais, realizados por enfermeiras. (DANTAS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2001; 2003; DANTAS; CARDOSO, 2002, DANTAS; PAGLIUCA, 2006).

No neonatal, na abordagem do curso de Enfermagem da UFC, conteúdos específicos gradativamente são introduzidos e aplicados em campo de prática com enfoque de atuação do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de alterações que podem evoluir para comprometimento da visão. Nesta perspectiva, pesquisas ressaltam a preocupação com a divulgação do conhecimento produzido, especialmente em artigos científicos (LÚCIO; CARDOSO, 2001-2003; COSTA; CARDOSO; LÚCIO, 2005).

Pela dissertação de Lúcio (2004), “Método de avaliação visual aplicado ao recém-nascido” despertou-se para aspectos a serem abordados na avaliação visual sistemática ao RN, de modo exploratório, para a realização do teste, denominado “reflexo vermelho” (TRV) neste contexto.

Embora citado em livros de semiologia, como parte da avaliação ocular e triagem de patologias oculares, é pouco conhecido e praticado pelos profissionais em Neonatologia - médicos (pediatras e neonatologistas) e enfermeiros. Também não se configura ainda como um cuidado de rotina prestado ao RN, em território nacional, embora existam mobilizações e iniciativas por parte de Organizações Não Governamentais – ONGs, nacionais e internacionais, e de órgãos municipais em estados do Brasil, para torná-lo obrigatório, assim como o teste do “pezinho” e da “orelhinha” (LIMA, 2005; REIS, 2005).

Sobre a temática Saúde Ocular da Criança, em particular, o RN, há divulgação em noticiários, notas e artigos científicos, em algumas localidades do país, nas regiões sul e sudeste, nas quais o TRV é referido como teste do “olhinho”, considerado aspecto importante do exame ocular do RN pelos indícios para a investigação de alterações visuais, como catarata congênita, retinopatia da prematuridade, erros refrativos, tumores, entre outras alterações com sérias implicações para o desenvolvimento do sistema visual e da criança. Quando diagnosticadas precoce, no período neonatal, torna-se um aliado no combate à cegueira na infância.

Essas referências e outras não explicitadas mostram que a temática exige mais estudos. Assim, buscou-se o levantamento de literaturas com enfoque neste objeto de estudo, e no campo da enfermagem no Brasil e no Mundo, e constatando-se na dimensão do Ceará, o pioneirismo dos estudos de enfermagem em relação à prática do TRV no cuidado neonatal, embora existam iniciativas consolidadas em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Outras iniciativas são apontadas pela produção de trabalhos de grupo de pesquisa em Saúde Ocular, em universidades como a UFC – Universidade Federal do Ceará, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, USP, SOBRENO – Sociedade Brasileira de Enfermagem em Oftalmologia, além da abordagem do tema de iniciativas municipais

e estaduais em todo o país, embora com pouca integração entre centros e profissionais.

Salienta-se que a maior parte dos estudos em relação ao TRV foi encontrada em literaturas médicas especializadas, e em poucos artigos específicos, considerando-se a busca em bancos de dados eletrônicos, CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, MEDLINE - Medical Literature on line, LILACS – Literatura Latinoamericana em Ciências da Saúde, BDNF – Base de dados de Enfermagem e banco de periódicos da CAPES – Coordenadoria de Recursos Humanos. Encontrou-se a abordagem específica quanto ao TRV na literatura internacional. Em publicações nacionais, os enfermeiros não foram identificados entre os autores, embora o profissional tenha sido citado como colaborador em trabalhos com enfoque multiprofissional.

Com esse intuito, pretende-se disseminar conhecimentos de aspectos do TRV e aprimorá-los por meio de pesquisas, no âmbito da graduação e pós-graduação, assim como ampliá-los na prática do cuidado do RN e no ensino de graduação do Departamento de Enfermagem da UFC, na disciplina Enfermagem no processo de cuidar I (Criança e Adolescente), vigente do período de 1997 a 2006, a qual, no atual currículo, foi substituída por duas disciplinas: uma enfocando a Saúde da Criança Sadia e outra a Saúde da Criança Doente.

1.2 Delimitação do objeto de estudo e problema de pesquisa

Em face do estudo de Lúcio (2004), no qual se abordou o TRV na prática do cuidado do enfermeiro ao RN prematuro, emergiram questionamentos paralelamente ao aprofundamento na literatura e a experiência com o método de avaliação visual aplicado ao RN:

- *Por que, apesar de presente na literatura, o TRV era pouco conhecido e difundido entre os enfermeiros?*
- *O conhecimento do tema na assistência ao RN não apresentava especificidades para o cuidado de enfermagem?*
- *Existiam características próprias, facilidades e dificuldades na realização do teste com o RN?*

- *O enfermeiro encontrava-se apto à realização do TRV como procedimento na rotina de cuidados, mediante embasamento em fundamentos técnicos e científicos?*
- *Quais necessidades precisavam ser atendidas para torná-lo viável na prática do cuidado realizado pelo profissional?*
- *Como planejar e executar estratégias de ensino e aprendizagem direcionadas ao enfermeiro e ao TRV em RN?*

No estudo conduzido por Lúcio e Cardoso (2001) verificaram-se várias situações de assistência ao RN no que concerne ao seu estado de saúde reportando-se à saúde ocular, entretanto, observou-se que o conhecimento do corpo de enfermagem ainda não se encontrava consolidado, caracterizando-se, por vezes, como intuitivo, empírico ou mecanizado. Mesmo em relação às alterações visuais próprias para a fase, poucos profissionais sabiam defini-las e quais cuidados deveriam realizar. Apenas quando a alteração tornava-se externamente clara, efetuava-se o registro no prontuário para a necessária intervenção, geralmente pelo médico.

Como para as autoras os campos de prática assistencial e curricular constituíam lócus de pesquisa, nutria-se a sensibilização quanto à importância das ações de promoção da saúde ocular do RN, assim como de cuidados com terapêuticas e o sistema visual (fototerapia e oxigenoterapia). Gradualmente, o corpo de enfermagem da instituição foi sendo mobilizado para questões como estimulação visual, exame ocular externo, alterações visuais do RN e fatores relacionados e, por fim, para o TRV a partir de um projeto de iniciação científica e da dissertação de mestrado, que a princípio, despertou curiosidade de profissionais da equipe multiprofissional (COSTA; CARDOSO, 2004, LÚCIO, 2004).

Somando as amostras destes estudos, 294 RN foram avaliados pelo TRV, sendo 52,4% composto de recém-nascidos prematuros. Em relação ao resultado do TRV, obteve-se um percentual de 10% classificados como “alterado”. Dentre àqueles cujo encaminhamento para avaliação especializada do oftalmologista foi possível, chegou-se ao diagnóstico de retinopatia da prematuridade, em estágios variáveis, e a um caso de descolamento total da retina. (COSTA; CARDOSO, 2004, LÚCIO, 2004). No Brasil, entre as causas de cegueira infantil, a Retinopatia da

Prematuridade responde pelo percentual de 3 a 21% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

É inegável que o conhecimento de enfermagem em relação ao à utilização do TRV está em construção. Com a prática surgiram novos questionamentos sobre o TRV quanto à técnica e discordâncias quanto ao que se observava em sua realização, principalmente, consoante a tonalidade do reflexo, visto que a literatura o denomina como “reflexo vermelho”, quando, na realidade, se verifica comumente variação de cor, do laranja ao vermelho, relativa às características do fundo de olho e retina (LÚCIO, 2004).

Em crianças examinadas observaram-se variações de cor com aspecto amarelo claro-pálido, entre outras. Também, de maneira empírica, e valendo-se ainda da observação, verificou-se que a imagem da cor do reflexo mostrava-se diferente, e não *a priori*, vermelho. Percebeu-se este achado, entre RN com idades gestacionais diferentes, como entre o pré-termo e o a termo, em RN que fizeram uso de medicamentos, como anti-hipertensivos e antibióticos, nos que fizeram uso de oxigenoterapia e fototerapia e não necessitaram dessas terapêuticas de suporte, nos de muito baixo peso, baixo peso e com peso adequado para a idade gestacional e entre aqueles com poucas horas de vida e aqueles com mais de 30 dias de internamento, que pela idade cronológica não seriam RN, mas lactentes (LÚCIO, 2004).

As autoras, enquanto estudiosas e com atuação efetiva e crescente envolvendo este objeto de estudo, ressaltam como imprescindível a formação de recursos humanos em enfermagem, com vistas à formação de competências para que em, um futuro próximo, seja possível o planejamento e a execução de cuidados que atendam não apenas a promoção da saúde ocular da criança, mas todo o processo de apreensão, interação, aprendizagem e comunicação com o ambiente.

A complementaridade das ações dos profissionais é essencial no âmbito da pesquisa, ensino e assistência. Entre os mais significativos benefícios para a criança, destaca-se a prevenção da cegueira infantil e outros agravos, os quais diagnosticados em tempo hábil possibilitam intervenções eficazes.

A participação do enfermeiro faz-se necessária, paralelamente ao “saber” e ao “fazer” de modo reflexivo e crítico, diante dos desafios do cotidiano.

Conhecimento e competência precisam integrar a prática de enfermagem desempenhada por esse profissional.

Na Enfermagem, o termo competência refere-se à capacidade de conhecer e atuar em determinadas situações, envolvendo habilidades para o desenvolvimento ações/atividades planejamento, implementação e avaliação, com o objetivo de fazê-lo com qualidade (AGUIAR, et al., 2005).

Na esfera profissional, refere-se à capacidade de utilizar os conhecimentos e habilidades adquiridas para o exercício de uma determinada situação. (DEFFUNE; DEPRESBITERES, 2000). Um dos autores que atualmente trabalha bastante o tema “competências em educação” define a palavra em questão como mobilização de recursos cognitivos que incluem saberes, informações, habilidades operatórias e, principalmente, as inteligências, para com eficácia e pertinência enfrentar e solucionar uma série de situações ou problemas (PERRENOUD, 2000).

Não foram identificados estudos de abordagem de formação de competências na prática de enfermagem. Assim, pelo exposto, o estudo propôs-se a seguinte tese: A criação e aplicação de uma tecnologia educativa voltada para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado do recém-nascido permitirão a formação de competências técnico-científicas e o conhecimento inerente ao uso do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos por enfermeiros (as).

1.3 Justificativa do estudo

É relevante o investimento em pesquisas que levem à produção de conhecimentos do tema e área da enfermagem neonatal, para benefício não apenas do aluno de enfermagem, mas, sobretudo do profissional que cuida do RN em qualquer instituição ou serviço de assistência à saúde.

Compartilha-se do pensamento dos autores que afirmam que, para o desenvolvimento de ações eficazes no âmbito da saúde ocular da criança, prevê-se a necessidade de contar com profissionais, oftalmologistas, outros médicos, educadores de saúde, administradores, enfermeiros, professores, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros, respeitadas as especificidades profissionais e condições locais de atuação (TEMPORINI; KARA-JOSÉ, 2004).

Entretanto a realidade do próprio sistema de saúde remete-se à reflexão acerca da formação de recursos humanos preparados para atuação em neonatologia, bem como acerca de escassa infra-estrutura e serviços especializados para o desenvolvimento de ações desde o pré-natal. Destaca-se a preparação do enfermeiro para atuação na área e a perspectiva a médio e/ou longo prazo, de colaboração com a prática sistemática do TRV, com a diminuição dos índices de cegueira infantil por diagnósticos oftalmológicos tardios.

Inúmeras são as razões de prioridade de atividades de prevenção à cegueira na infância. As crianças que nascem cegas, ou se tornam cegas e sobrevivem, e têm vida privada da visão, vivem cotidianamente atreladas a custos associados – social, emocional e econômico – não apenas em relação a si própria, mas também à família e à sociedade (TEMPORINI; KARA-JOSÉ, 2004).

Esforços de prevenção da cegueira iniciaram por volta de 1950, com iniciativas de programas de prevenção à cegueira por intermédio da Organização Mundial de Saúde – OMS, inicialmente em busca do controle de casos de cegueira causada pelo tracoma. Anos após, em 1978, foi estabelecido o Programa de Prevenção à cegueira, em diversas formas de suporte técnico.

A mais recente iniciativa “*The Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness*”, referida também como “*Vision 2020 – The right to Sight*”, com início em 1999, é uma parceria entre a OMS e organizações não governamentais internacionais e outras partes interessadas, que têm a meta de eliminar a cegueira evitável até o ano 2020. Entre as metas do programa tem-se o controle específico de doenças e o desenvolvimento de recursos humanos e infra-estrutura, além do desenvolvimento de tecnologias apropriadas. Nos primeiros cinco anos, na primeira fase, direcionaram-se as ações para o controle de catarata, tracoma e causas evitáveis de cegueira na infância, erros de refração e baixa visão (RESNIKOFF; PARARAJASEGARAM, 2001).

Como partes do programa proposto pela OMS, encontram-se ações dirigidas à prevenção da cegueira infantil e a incapacidade visual acentuada (baixa visão) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). No Brasil, estimam-se o número de cegos em 0,4 a 0,5% da população, sofrendo a prevalência da cegueira algumas variações dependendo do contexto socioeconômico. Em localidades semelhantes a

países desenvolvidos, está em torno de 0,25%, e em áreas mais pobres economicamente, 0,75% (KARA-JOSÉ, ARIETA, 2000).

Para Temporini e Kara-José (2004), o conceito de prevenção da cegueira ampliou-se para além da preservação da visão, relacionando-se intrinsecamente à qualidade de vida do ser humano, visto seu importante papel no desenvolvimento global do indivíduo. Em relação à cegueira infantil, estima-se que existam cerca de 1 400 000 crianças cegas no mundo, 73% em países de baixa renda. Em média, 500 000 crianças tornam-se cegas a cada ano, e entre 50 e 60%, morrem com um e dois anos de vida em decorrência de condições causadas pela cegueira (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Para prevenir alterações na população infantil, a promoção da saúde ocular precisa ser almejada desde o período gestacional e pré-natal. No neonatal, devem-se investigar fatores com implicações em alterações visuais na fase pós-natal e prevenção de causas que levam as complicações do sistema visual, como a toxoplasmose, rubéola, sífilis, entre outras, e o enfermeiro é um dos profissionais que assiste a esse binômio em todas as fases.

Outros cuidados podem ser requeridos pela necessidade de internamento, suporte de oxigênio e ou risco de infecção. Outros aspectos surgem ao RN, secundários às desordens metabólicas, necessidade de fototerapia, cuja proteção ocular é um cuidado imprescindível. Nesta terapêutica, alterações podem surgir na esclera e/ou na retina e o RN do contato visual não deve ser privado do contato e estímulo visual (WONG, 1999).

Embora clássico na literatura, o TRV ainda é pouco utilizado em RN e estratégias dirigidas à prática merecem investigação. É medida importante para promoção da saúde ocular e sua incorporação à rotina previne agravos e contribui para detecção de alterações visuais. O encaminhamento para o especialista e tratamento precoce, objetiva a recuperação do estado de saúde e de alterações como retinopatia, tumores e catarata, que podem evoluir para estágios de cegueira e comprometimento da qualidade de vida da criança.

Os processos e produtos advindos de tecnologia, na enfermagem, geralmente são resultados de perspectiva científica sobre o cotidiano do cuidado, alicerçado em conhecimento multidisciplinar. Correlacionando Enfermagem Neonatal

e Saúde Ocular, poucos trabalhos convergem para métodos de avaliação aplicados a recém-nascidos (LÚCIO, 2004).

O enfermeiro preparado para desempenhá-los nos diversos níveis de atenção à saúde e munido não apenas da competência técnica e científica apresentará significativa contribuição na área. Como educador e agente multiplicador do conhecimento em muito reúne as ações existentes quanto à promoção e à prevenção da saúde ocular no cuidado neonatal, assim como constituir importante articulador de cuidados, ao RN e família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar um método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado do enfermeiro ao recém-nascido.

2.2 Específicos

- Testar a operacionalização do método educativo para a capacitação de enfermeiros no que concerne à prática do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos.

- Investigar as facilidades e dificuldades de realização do teste do reflexo vermelho como um cuidado neonatal, pela ótica do enfermeiro.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A visão é um dos mais importantes sentidos do desenvolvimento físico e cognitivo normal da criança. O diagnóstico precoce de doenças, tratamento efetivo e programa de estimulação visual efetivo permitem que a criança possa ter integração maior com seu meio (GRAZIANO; LEONE, 2005).

O desenvolvimento da criança é um processo contínuo, no qual cada etapa prepara a seguinte. Também é um fenômeno global, pois esta cresce, encorpa, e se desenvolve no plano intelectual, social e afetivo. Os planos são complementares e equilibrados. Crescimento e desenvolvimento apresentam características distintas, conforme a idade, e são rápidos no primeiro ano de vida (SCHMITZ et al., 2000).

Em conceito amplo, desenvolvimento infantil é um processo iniciado na vida intra-uterina em diversos aspectos: crescimento físico, maturação neurológica e construção de habilidades relacionadas ao comportamento, nas esferas cognitivas, social e afetiva da criança. Como produto final, espera-se uma criança competente para atender suas necessidades de acordo com o contexto de vida (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

De acordo com Lima et al., (2004), ações voltadas à prevenção e à detecção precoce de alterações do desenvolvimento infantil são práticas pouco efetuadas no Brasil. Nas deficiências sensoriais, a preocupação justifica-se pela possibilidade de antecipação do processo de intervenção logo no início da vida da criança, garantindo a estimulação necessária, em todos os aspectos fundamentais para o desenvolvimento global. Ressaltam que, no que se refere à área, os procedimentos de triagem utilizados podem ser apontados como instrumentos de baixo custo, de simples aplicação e eficientes.

Para o planejamento e realização de ações de prevenção da cegueira infantil, necessita-se de conhecimento objetivo da realidade para a qual se destinam os programas (TEMPORINI, 1991, BRITO; VEITZMAN, 2000). Indivíduos acometidos de cegueira e/ou deficiência visual perdem consideravelmente sua independência e qualidade de vida e também geram custo à sociedade.

Lamb e Despins, (2000) trazem que, entre as doenças oculares mais comuns em adultos estão a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a

degeneração macular, e, em crianças, destacam-se a ambliopia e o estrabismo. Mais de 1,1 milhões de americanos estão legitimamente cegos e 50.000 pessoas perdem a visão a cada ano. Uma entre 20 crianças pré-escolares apresenta algum tipo de deficiência visual que, não tratadas evoluem para permanente baixa visão.

Como doenças oculares comuns em crianças, são apontadas as de origem congênita, embora as de origem infecciosa sejam relevantes pelo comprometimento de estruturas oculares, como conjuntivites, blefarites, presença de corpos estranhos nos olhos, reações alérgicas etc. Há, porém, grande número de afecções congênitas, geneticamente determinadas, como ptoses congênitas, colobomas palpebrais, aniridria, cataratas congênitas e outras causadas por defeitos que interferiram no desenvolvimento embrionário (FREITAS et al., 1990).

Estudo de Albuquerque e Alves (2003), que descreveu distúrbios visuais diagnosticados em crianças carentes, assistidas no serviço oftalmológico de Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, em universo de 388 crianças do nascimento a 15 anos indicou que somente 52 (13,4%) apresentaram exame ocular normal.

Entre as alterações, sobressaíram-se os distúrbios musculares em 215 crianças, do movimento binocular, de acomodação e refração, sendo o estrabismo o mais comum. Quanto aos transtornos de coróide e retina, identificados em 17 crianças, observou-se maior frequência de retinopatia da prematuridade (47,21%), catarata congênita (84,6%) e (2%) catarata pós – traumática. Nove crianças foram diagnosticadas como portadoras de glaucoma, sendo 5 (55,5%) forma congênita. Quanto aos transtornos visuais e cegueira, foram detectados dois casos de palidez da papila, um caso de cegueira e um caso de visão subnormal a esclarecer (ALBUQUERQUE; ALVES, 2003).

Os achados levam à reflexão sobre a importância de triagem visual sistemática e precoce, bem como de intervenções, visto que o diagnóstico tardio implica em resolutividade menor do comprometimento visual, ou mesmo, perda visual total. A adoção de medidas como triagens, especialmente após o nascimento, com enfoque na detecção precoce pode colaborar para a diminuição da cegueira infantil, necessitando, para tal, de envolvimento e compromisso de equipe multiprofissional, incluindo-se, necessariamente, a de enfermagem.

A criança com dificuldade visual deveria ser assistida de imediato pelos serviços de saúde competentes para evitar problemas, cujas conseqüências podem se tornar irreversíveis, como a ambliopia, estrabismo ou erros de refração (SPERANDIO, 1999).

Considerando a importância da visão no ensino e socialização da criança, as ações de promoção da saúde e de educação em saúde tornam-se decisivas, pois a prevenção e a detecção precoce de deficiências visuais são os melhores recursos para combate à visão subnormal e devem ser priorizadas, preferencialmente, na infância (TARTARELLA et al., 1999; GRANZOTO, et al, 2003).

3.1 A Visão do Recém-Nascido

O olho é um órgão de visão cujas estruturas anatômicas e funcionais são extremamente especializadas e complexas. Constituído por estruturas externas e internas, seu desenvolvimento inicia na vida embrionária. Branden (2000) refere que, em torno da oitava semana gestacional, anatomicamente os olhos são distintos dos ouvidos, nariz e boca, encontrando-se completa a estrutura ocular, anatomicamente, quando o olho assume forma característica.

Finalmente, um mês depois as pálpebras se abrem, dando início às primeiras percepções visuais. Engel (2002) complementa afirmando que sua estrutura e forma continuam a evoluir até que a criança atinja a idade escolar.

Os globos oculares estão alojados em cavidades ósseas denominadas órbitas, compostas de partes dos ossos frontais, maxilares, zigomático, esfenóide, etmóide, lacrimal e palatino. Ao globo ocular estão associadas estruturas acessórias: pálpebras, supercílios (sobrancelhas), conjuntiva, músculos e aparelho lacrimal (CHANG, 1997).

Estruturalmente o olho é composto de três camadas. A mais externa é constituída pela esclerótica, parte branca, opaca, e pela córnea, transparente. Subjacente à córnea encontra-se a íris, colorida e vascular em cujo centro está a pupila. O cristalino situa-se posterior suspenso por músculos ciliares. A camada mais interna é formada pela retina, onde se encontram cones e bastonetes, células fotossensíveis. Estruturas circunvizinhas são a fóvea central, a mácula e o nervo óptico. As pálpebras protegem o olho e são revestidas pelas conjuntivas, estruturas

bastante vascularizadas (PORTO, 1996; CHANG, 1997; ENGEL, 2002; POTTER, 2002).

Embora, no nascimento esteja completa a mielinização das fibras nervosas, podendo ser evocada reação pupilar, o RN ainda apresenta visão limitada. Bruno (1996) explica que, do ponto de vista anatomofisiológico, o RN é capaz de enxergar e por volta da 33^a semana de vida intra – uterina, apresenta fugaz fixação, aprimorada na medida em que se desenvolve a memória visual. Uma das estratégias utilizadas no desenvolvimento da habilidade consiste na estimulação visual, quer em um meio institucional ou familiar.

Os olhos do RN são grandes ao nascimento comparados com o resto do corpo. As pupilas são pequenas e reagem bem à luz. O prematuro de 28 semanas de gestação pisca quando submetido à luz forte; com 32 semanas, fecha os olhos nas mesmas condições. A córnea é clara. O reflexo vermelho está presente no exame oftalmoscópico. Os olhos movimentam-se bem a estímulos vestibulares e acompanham objetos (WEBER, 2007).

Existem características próprias e normais dos olhos do RN que diferem das do adulto. A córnea é relativamente grande em relação ao globo ocular, mais plana que a do adulto. O tamanho normal é alcançado por volta dos dois anos de idade. O cristalino é mais globular com maior poder de refração. A propósito, ressalta-se que 80% dos RNs nascem hipermétropes, 5% míopes e apenas 15% emétopes. A íris devido à pigmentação diminuída na superfície anterior não está com a sua coloração definitiva, obtida próximo dos dois anos de idade, adquirindo por isso, aparência azul-acinzentada, o que desperta a curiosidade materna. As pupilas situam-se ligeiramente no lado nasal e abaixo do centro da córnea. Os olhos podem apresentar-se incoordenados até o sexto mês de vida, em razão da imaturidade da musculatura periorcular. Quanto às características do fundo de olho, há palidez papilar, ausência do reflexo macular e a coloração rósea normal é atingida aos dois anos (FREITAS et al., 1990; CHANG, 1997; KENNER, 2001; ENGEL, 2001; POTTER, 2002).

O desenvolvimento pós-natal da fóvea e da área pericentral é rápido nos primeiros meses, por isso, por volta do segundo - terceiro mês, os olhos já se encontram bem posicionados, havendo convergência dos objetos e iniciando a

coordenação, contudo, com campo visual restrito. No desenvolvimento óculo-motor dos contatos celulares com as vias ópticas e o córtex cerebral, passa a reconhecer a figura materna, e, na 5^a. semana de vida, sorri ao rosto da mãe espontaneamente, realizando as primeiras discriminações, ainda com a acuidade visual reduzida (0,03), o que não permite imagens nítidas, (BRUNO, 1996). Freitas et al., (1990) esclarecem que a acuidade visual consiste na capacidade visual de discriminar pontos e objetos.

Há o período determinante da formação definitiva do sistema visual. Alterações detectadas, nesse período, e não adequadamente corrigidas, como cataratas, estrabismos, lesões de vias visuais e anisometropias, diferença de graus entre os olhos, determinam deficiência na acuidade visual futura. As corrigidas dentro do mesmo período permitem, na medida do possível, a retomada do desenvolvimento visual normal e prognóstico melhor. O período crítico, de maior sensibilidade a dano visual, é compreendido do nascimento até aproximadamente 2-3 anos de idade (PASCHOALINO, 1999).

Kara - José et al., (1997) afirmam que o desenvolvimento funcional da visão ocorre à medida que há o amadurecimento do sistema nervoso central (SNC), tornando-se cada vez mais complexo e gradativo no primeiro ano de vida. O RN apenas percebe a luz, porque a mácula não está completamente desenvolvida. Aos três meses, apresenta reflexo da fixação, aos quatro, inicia a coordenação binocular, e aos nove, apresenta noções de distâncias e formas. Aos dois anos, possui 50% da visão, aos quatro 70%, e somente aos cinco anos a visão atinge os 100%, semelhante ao adulto.

Os distúrbios da visão podem interferir, em diversos graus, no desenvolvimento global da criança, comprometendo a capacidade de resposta a estímulos, aprendizado e desempenho nas atividades do dia-a-dia de maneira independente. Muitos são primeiramente identificados pelos pais com a criança em idade pré-escolar e escolar, período tardio para algumas intervenções.

3.2 Avaliação Visual do Recém-Nascido

Pesquisas têm demonstrado que a avaliação oftalmológica precoce contribui para melhor desenvolvimento visual e global de crianças (RYAN, 1996). Nos países em desenvolvimento, há múltiplas e distintas prioridades para

atendimento com escasso recurso financeiro, fato que nem sempre favorece o investimento em programas preventivos (TEMPORINI; KARA-JOSÉ, 1995).

A avaliação visual de maneira geral compreende: coleta do histórico familiar, atual e da história clínica associada, exame físico do olho e procedimentos especiais como a oftalmoscopia (SMELZER; BARE, 2004; ENGEL, 2002; POTTER, 2002). O histórico abrange fatores da mãe (familiares e do período gestacional) e RN (nascimento e período pós-natal e de internação).

Nos países plenamente desenvolvidos, as alterações mais comuns em crianças são detectadas na infância precoce. No Reino Unido, o exame ocular é realizado rotineiramente nos RNs, visando promover adequada orientação terapêutica, aconselhamento genético e condutas de suporte às doenças oculares detectadas (ENDRISS et al., 2002).

Preconiza-se o exame oftalmológico do RN, prematuro e a termo, composto pelo teste do reflexo vermelho (através da oftalmoscopia direta à distância), inspeção, resposta pupilar e observação do desvio ocular, e orienta-se que seja de natureza obrigatória em todas as crianças com peso ao nascimento menor que 1500 gramas. Até os três anos de vida, além do acompanhamento da história pregressa, é fundamental a continuação da avaliação dos movimentos oculares, pupila e reflexo vermelho (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002-2003).

Zin (1999) reforça as ações como parte do calendário de exame visual extensivo até o 5º. ano de vida mostrando que na idade de 1 a 3 meses são essenciais o teste do reflexo vermelho, verificação do reflexo da córnea e exame das estruturas oculares externas. Achados de opacidade de córnea, catarata, descolamento de retina, desvio ocular e anomalia estrutural devem ser impreterivelmente encaminhados para avaliação oftalmopediátrica.

As estruturas oculares externas (sobrancelha, pálpebra, cílios, aparelho lacrimal, conjuntiva, córnea, câmara anterior - esclera e conjuntiva, íris e pupila) são avaliadas por meio da inspeção e palpação e a avaliação dos reflexos, pois, através deles, é possível acompanhar a maturação e o desenvolvimento, identificar lesões do sistema nervoso central e avaliar lesões de nervos periféricos (HOLLE, 1990; PORTO, 1996).

O reflexo da córnea é obtido pela incidência de foco luminoso a 30 cm da raiz nasal, de forma a iluminar ambas as córneas, quando se observa o reflexo da luz nas duas, em relação ao centro pupilar. O método avalia desvios oculares, embora de maneira rudimentar (YAMANE et al.,1990). A realização do teste do reflexo vermelho também é parte da avaliação visual.

3.3 Teste do Reflexo Vermelho no Recém-Nascido e alterações relacionadas

O teste do reflexo vermelho é parte da avaliação oftalmológica em RN. Pode ser definido como teste simples, rápido, não invasivo que apresenta o mínimo de desconforto. Através dele, verifica-se a qualidade dos meios oculares (córnea, cristalino, vítreo) e a imagem correspondente ao reflexo do fundo de olho.

O objetivo do teste não está centrado na visualização das estruturas da retina (vasos, disco óptico e mácula), objeto de outra avaliação denominada como “fundo de olho” ou “fundoscopia”. Investiga se existe algum obstáculo à chegada da luz à retina (opacidades de córnea, catarata, hemorragias vítreas) ou se há doenças intrínsecas à retina como tumores e descolamento (REIS, 2005).

Em RN, o exame de fundo de olho também não constitui rotina em grande parte dos serviços no Brasil, embora seja imprescindível aos classificados como prematuros (idade gestacional ao nascimento inferior a 37 semanas) e de baixo peso (peso ao nascimento inferior a 1500g), associado ao mapeamento de retina, em virtude do desenvolvimento da retinopatia da prematuridade (GRAZIANO; LEONE, 2005; BONOTTO; MOREIRA; CARVALHO, 2007).

Para o exame de fundo de olho, é necessário o oftalmoscópio direto e a instilação de midriáticos e analgésicos sob observação rigorosa, e supervisão do oftalmologista. A avaliação pela oftalmoscopia torna-se eficaz, quando os meios oculares, humor vítreo e aquoso, córnea e cristalino se encontram transparentes (CHANG, 1997).

Considerando o TRV ou Teste de Bruckner, como também é referido na literatura conta-se com a utilização do oftalmoscópio monocular direto. O oftalmoscópio é um aparelho que dispõe de disco que contém uma série de lentes esféricas, cujo poder varia de +1,0D a +20,0D e -1,0D a -20,0D (FREITAS et al., 1990).

O oftalmoscópio manual direto proporciona aumento de até (15 vezes) da imagem monocular do fundo e meio ocular. A intensidade, a cor e o tamanho do foco da luz sofrem ajustes conforme o ponto do foco do oftalmoscópio. É modificado pelo disco de lentes progressivamente maiores, ajustáveis pelo examinador. As lentes são seqüencialmente ordenadas e numeradas de acordo com a potência, em unidades denominadas “D – dioptrias”. A escala descendente de números pretos designa lentes (+) convergentes e a escala ascendente de números vermelhos corresponde às lentes (-) divergentes (CHANG, 1997).

Após a avaliação prévia das condições prévias do RN e a promoção de ambiente de penumbra, inicia-se o exame, posicionando o oftalmoscópio a 20 cm do paciente, com o disco posicionado no zero. Com um dos olhos colocado no orifício do oftalmoscópio direciona-se o mesmo ao olhar do paciente; um feixe de luz é emitido pelo aparelho sobre o centro pupilar. Nessa condição, observa-se um clarão vermelho que corresponde ao reflexo vermelho do fundo do olho (FREITAS et al., 1990).

Enfatizando o resultado do teste com o oftalmoscópio direto observam-se alterações na tonalidade e assimetria nas respostas entre os olhos, que podem apontar para patologias retinianas ou opacidades como catarata; também pode ser útil no diagnóstico de pequenos erros de refração e de ambliopia em crianças pequenas que não cooperam. Achados com áreas brancas (leucocoria) e/ou opacificações dão indícios para investigação de catarata congênita, glaucoma, retinopatia da prematuridade, alterações de córnea e, mesmo, tumores (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002).

A leucocoria na infância, apesar de rara, constitui o principal achado em caso de retinoblastoma e catarata congênita, ainda tratados tardiamente, devido às falhas no diagnóstico, muitas vezes, despercebida por pediatras e genitores trazendo implicações visuais e comprometendo a qualidade de vida das crianças (VENTURA et al., 1995).

Ocasionalmente, os pais percebem mancha na área da pupila da criança, denominada leucocoria. A opacidade é mais freqüente tendo como causa a retinopatia da prematuridade, a catarata ou persistência do vítreo primário hiperplásico (VAUGHAN; ASBURY; RIORDAN-EVA, 1997).

Leucocoria é um sinal clínico que indica a opacidade do cristalino e/ou seguimento posterior do olho (vítreo e retina), e por isso a pupila apresenta-se com aspecto branco, não sendo possível a visualização do reflexo vermelho (WASILEWSKI et al., 2002).

A retinopatia da prematuridade - ROP está entre as principais causas de cegueira na infância, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A assistência ao RN aliada ao suporte tecnológico avançado, tem permitido a sobrevivência de muitos RNs prematuros e com baixo peso, que constituem o principal grupo de risco de ocorrência da doença e suas complicações (BRITO; VEITZMAN, 2000).

A ROP é uma doença vasoproliferativa da retina cuja etiologia apresenta múltiplos fatores. Ocorre freqüentemente em prematuros, sendo uma das principais causas preveníveis de cegueira na infância. Ela tem a fase aguda, em que a formação vascular é interrompida e a retina imatura sofre transformação e proliferação celular. Na maior parte das crianças, pode ocorrer regressão espontânea da patologia, sem lesões ou alterações de cicatrizes leves. A retinopatia proliferativa pode evoluir com processo fibrótico e descolamento da retina (GRAZIANO et al., 1997; GRAZIANO; LEONE, 2005).

Hoje, a catarata congênita representa uma das principais causas de baixa visão em crianças. Em países desenvolvidos, as causas infecciosas assumem um papel secundário. No Brasil, a rubéola congênita permanece como uma das grandes responsáveis pela catarata. Adquirida nos três primeiros meses de gestação, pode determinar além da catarata malformações sistêmicas no RN (OLIVEIRA et al., 2004; CRUZ et al., 2005).

O glaucoma pode se dar de maneira isolada ou em associação com muitas outras lesões congênitas. O reconhecimento precoce é essencial para prevenção da cegueira permanente, com comprometimento geralmente bilateral. O sintoma mais perceptível é a fotofobia extrema e os sinais precoces são opacidade e névoa corneanas, aumento do diâmetro corneano e aumento da pressão intra-ocular (VAUGHAN; ASBURY; RIORDAN-EVA, 1997).

O retinoblastoma constitui o tumor maligno intra-ocular mais comum da infância. Ocorre em um a cada 20.000 casos. No Brasil, no município de São Paulo, no período de 1969 a 1997/98, os coeficientes médios de incidência foram

8,7/milhões de meninos e 8,1/milhões de meninas, Embora corresponda a cerca de 3% das neoplasias malignas infantis, nos países desenvolvidos, há evidências de que, nos países em desenvolvimento da América Latina, África e Índia, o tumor ocorra em maior frequência (MIRRA; LATORRE; VENEZIANO, apud RODRIGUES; LATORRE; CAMARGO, 2004).

Os sinais e sintomas do retinoblastoma dependem do tamanho e localização, sendo o mais comum a leucocoria, também chamada de reflexo do "olho do gato". Outras manifestações incluem estrabismo, hiperemia conjuntival, cegueira e glaucoma. O tumor se torna extra-ocular, apresenta-se como uma massa orbitária com ptose, e, em metástase para o SNC, pode cursar com cefaléia, vômitos, anorexia e irritabilidade (RODRIGUES; LATORRE; CAMARGO, 2004).

No olho normal, com a luz é dirigida diretamente para o centro da pupila, no espaço pupilar observa-se um brilho homogêneo de cor vermelho-alaranjada, chamado de reflexo vermelho, secundário à vasculatura da coróide e pigmentação da retina. A leucocoria é uma massa que cresce sobre a retina ou infiltrando-a, interrompendo o reflexo vermelho quando a luz é direcionada ao olho. A melhor forma de avaliar se há leucocoria é pela oftalmoscopia diretamente no espaço pupilar, que pode ficar prejudicada em RN ou crianças com pupilas muito pequenas (CANZANO; HANDA, 1999).

Entre os profissionais de saúde, os pediatras desempenham importante papel no diagnóstico de tumores oculares, pois eles devem mais facilmente reconhecer os problemas oculares, muitas vezes, não aparentes aos pais. Entretanto a identificação e a orientação para os sinais e sintomas tornam-se fundamentais para encaminhamento precoce da criança à avaliação oftalmológica e tratamento, quando necessários. Os pais também precisam de orientações quanto às prováveis alterações oculares, especialmente a leucocoria.

3.4 Proposta do Método Educativo para a prática do TRV - Teste do Reflexo Vermelho pelo Enfermeiro

Na literatura da ciência da saúde, especificamente na medicina, nas áreas da pediatria e neonatologia, além da própria oftalmologia e, de maneira particular, na oftalmopediatria, o teste do reflexo vermelho é bastante relatado, embora pouco utilizado na prática com RN, devido a pouca aproximação da maioria dos

profissionais de saúde com o mesmo. Na literatura de enfermagem, é ainda bem menos conhecido pelos profissionais que atuam na área em relação aos profissionais da área médica.

Estudo sobre conhecimento, atitudes e práticas em relação às ações básicas de saúde ocular de pediatras e enfermeiros de serviços de saúde alertou para lacuna na formação destes profissionais na saúde ocular, não apenas na graduação, como também em estágios e residências. As faculdades de medicina e enfermagem provavelmente não proporcionam informações básicas, teóricas e práticas, para que futuros pediatras e enfermeiros possam atuar na prevenção da cegueira, especialmente nos serviços de atenção primária de saúde (SPERANDIO, 1999).

Outro estudo investigou deficiências acerca do conhecimento de profissionais atuantes em ambiente hospitalar, entre esses enfermeiros, sobre saúde ocular, com resultados que sugeriram insuficiência de conhecimentos básicos das afecções oculares, como catarata e glaucoma, na clínica oftalmológica e em outros setores. Concepções falsas ou distorcidas, entre os profissionais que atuam nesses setores, mostram a importância de priorizar o desenvolvimento de programas de capacitação e treinamento em serviço, visando à multiplicação de orientações à clientela e no meio sociocultural do qual fazem parte (TEMPORINI et al., 2002).

No âmbito da saúde ocular do RN, Cardoso e Costa (2004) e Lúcio (2004) dedicaram-se ao estudo e à utilização do teste do reflexo vermelho (TRV) em RN, não apenas quanto à aplicação da técnica, mas também consoante às patologias associadas e potenciais intervenções de enfermagem.

A princípio, a escassez de literatura relacionada à utilização do TRV com participação do profissional de enfermagem, constituiu aspecto relevante e decisivo para prosseguimento na abordagem do tema, pois acreditam nos resultados e no potencial de colaboração do enfermeiro na dimensão da promoção da saúde ocular em crianças. Percebem que o teste em adultos é prática simples em relação à execução, mas que em RN apresenta particularidades, principalmente quanto à abordagem do RN, assim como dificuldades relacionadas ao resultado do teste, devido à influência de vários fatores da história neonatal.

Todavia, no Curso de Enfermagem da UFC, sua utilização tem sido crescente tanto no campo de prática com o RN e na docência. A abordagem teórica do TRV em RN nas ações de promoção da saúde ocular foi introduzida na disciplina curricular “Enfermagem no Processo de Cuidar I – criança e adolescente, do currículo anterior, que vigorou, do período de 1997 a 2006, e no Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal” do Departamento de Enfermagem da UFC. Também está sendo discutido em grupos de pesquisa do departamento como o “Projeto Saúde Ocular e Saúde do Binômio Mãe e Filho”, em cursos de extensão/aperfeiçoamento.

O despertar para o TRV como rotina obrigatória é crescente, e pouco a pouco, os Estados do Brasil, pelas Secretarias de Saúde, estão se empenhando para a conquista no campo da promoção da saúde e prevenção de agravos. Também há necessidade de preparação/formação de recursos humanos que em alguns municípios surgem por iniciativas isoladas, para médicos (pediatras, neonatologistas, oftalmologistas) e enfermeiros, pois requer empenho multiprofissional para combate das causas de cegueira evitável, e também pelo fato de o próprio exame oftalmológico em RN ser bastante específico e pouco realizado na prática. Seguindo esse raciocínio, o TRV, embora simples, também se torna pouco utilizado.

Em se tratando dessa problemática é importante que cada membro da equipe, ao assistir ao RN, contribua de acordo com sua competência, e também complemente as ações dos demais, pois para mudanças no quadro da cegueira infantil, o empenho deve ser de todos, sem deixar de ressaltar a participação da família.

No ensino, vivenciou-se a lacuna em relação a questões de saúde ocular, e ao ingressarem na pesquisa passaram a conhecer e reconhecer a importância do conhecimento na área para o enfermeiro, que se tornou complementar em suas formações, inclusive influenciando áreas de atuação e pesquisa.

A preocupação com a formação do profissional de enfermagem e com a difusão de conhecimento tem sido constante. Nesta investigação, isso ocorre em relação ao enfermeiro no cuidado ao RN, uma vez que se prioriza a importância das ações em saúde ocular a partir do nascimento, contudo ressaltam que o cuidado deve ter início nas ações de pré-natal.

Após abordagem de vários objetos de estudo, tomando como sujeitos mãe e RN, as autoras decidiram pelos resultados da dissertação de Lúcio (2004), focar como sujeito o enfermeiro que cuida do binômio em alguma instância da assistência hospitalar, no intuito de prepará-lo, torná-lo apto, capaz de exercer o cuidado de enfermagem no que se refere às questões de saúde ocular do RN, de modo particular, quanto ao aspecto novo, para grande parte dos profissionais, que é parte da avaliação visual do RN, o TRV, vislumbrando ações na perspectiva da tecnologia do cuidado.

Incorporada à docência e à prática de enfermagem, a tecnologia deve demandar ações cujos propósitos permitam a educação de pessoas capazes de pensar, inovar e atuar com responsabilidade, eficácia e mudança de postura (FIGUEROA, 1992).

Identificar problemas e lacunas, no cotidiano da prática de enfermagem, geralmente é fácil. Analisá-los com senso crítico e investigá-los por meio de pesquisas é uma necessidade, entretanto incorporar os resultados obtidos pelos estudos à realidade do cuidado, visando a transformá-la, constitui ainda um grande desafio e requer competência. A saúde ocular neonatal necessita de cuidado precoce e o enfermeiro é um dos profissionais responsáveis por promovê-la (LÚCIO, 2004).

Na saúde, a avaliação de competências em perspectiva ampla, não se refere apenas à dimensão técnica-instrucional, pois não trata do desenvolvimento de competências para simples adaptação às necessidades do processo produtivo, tampouco à execução de tarefas e atividades relacionadas ao universo do trabalho. Centra-se nas evidências de desempenho profissional, realiza-se em um período de tempo não previamente determinado e ocorre de forma individualizada (BRASIL, 2003).

Como a proposta desta investigação, almeja-se, sobretudo, contribuir para a formação de competências/habilidades para atuação do enfermeiro no cuidado ao RN, inserindo-se a saúde ocular. É reconhecida a relevância do tema, no entanto trabalhos com enfoque em tecnologia apresentam crescimento e têm despertado interesse no ensino, pesquisa e assistência, especialmente em enfermagem.

A construção do conhecimento acontece cotidianamente no processo de trabalho da enfermagem, de várias formas, e a tecnologia é vista sob várias vertentes. No entanto, é preciso que esta seja potencializada pelo posicionamento crítico diante do conhecimento produzido e apresente soluções e/ou melhorias para o as necessidades práticas do dia-a-dia.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Na exploração do objeto de estudo, optou-se pela pesquisa descritiva, quantitativa com finalidade avaliativa. Considerando a abordagem avaliativa, é possível antever três tipos de análise: a do processo (ou análise de implementação), dos resultados e do impacto (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Nesta investigação, escolheu-se a análise do processo entendido como a realizada para se obter informação descritiva sobre o processo de implementação de procedimento, além do seu funcionamento na operação real, no caso, a prática do Teste do Reflexo Vermelho (TRV) pelo enfermeiro no cuidado do RN. Com a perspectiva de viabilização na rotina de cuidados, buscou-se, suscitar e avaliar conhecimentos que orientem a prática clínica de enfermagem, extensivos a todos os níveis de assistência à saúde ao RN.

4.2 Local da pesquisa

Em uma instituição pública (hospital-maternidade), vinculada à Universidade Federal do Ceará e ao Sistema Único de Saúde – SUS, no município de Fortaleza, Ceará, onde são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência em setores especializados de internação neonatal.

A instituição é referência à assistência do RN de risco, prematuro e de baixo peso. Em sua estrutura organizacional, há uma Unidade de Internação Neonatal - UIN, subdividida segundo o grau de complexidade dos cuidados, comportando duas unidades de tratamento intensivo neonatal, uma unidade de risco intermediário e uma de risco baixo, em total de 51 leitos. Ainda em adjacências, existem setores, nos quais o RN se faz acompanhado da mãe, no setor de Alojamento Conjunto – AC e enfermaria “Mãe-Canguru”, além da própria sala de neonatologia do Centro de Parto Normal.

O atendimento contempla elevada demanda de parturientes, com média de 600 partos por mês, sendo, por isso, elevada a rotatividade de pacientes (RN) na UIN. Conduziu-se a pesquisa nos setores mencionados, local do exercício de atividades assistenciais pelas enfermeiras, exceto na enfermaria “mãe canguru”.

A escolha da instituição foi por constituir campo de atuação e pesquisas relacionadas à temática Saúde Ocular da Criança, na dimensão que abrange de projetos de Iniciação à Pesquisa a projetos de Mestrado e Doutorado, onde ações de enfermagem de saúde ocular são efetuadas por docentes e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, também, em vista das atividades de pesquisa e assistência que possibilitaram a aproximação de enfermeiras no cuidado em saúde ocular do RN.

Como áreas físicas para a coleta preliminar dos dados com as enfermeiras utilizou-se a sala de estudos da biblioteca, a ante-sala da educação continuada e a sala de estudos e reuniões do complexo da Unidade de Internação Neonatal, em horários extra escala de serviço, e também no Laboratório de Comunicação – LabCom, parte da área física do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A escolha de cada espaço ocorreu de acordo com a disponibilidade das participantes.

4.3 População e amostra

A instituição comporta no quadro funcional o total de 65 enfermeiros assistenciais, nos setores escolhidos para o estudo, apenas 40 profissionais constituíram população alvo. A amostra foi do tipo intencional e por conveniência, respeitando-se a disponibilidade dos profissionais para a participação em todas as etapas do processo de coleta de dados independente do tempo de serviço e de serem ou não especialistas, mestres ou doutores.

Fez-se o levantamento do número de enfermeiros apresentado mediante informações do serviço de Educação Continuada da Instituição e pelas escalas de serviço, considerando os turnos manhã, tarde e noite. Os participantes não assumiram apenas a condição de informantes, mas parte integrante da pesquisa e do processo educativo dirigido ao treinamento para a prática do TRV, de modo ativo e complementado mediante discussões, críticas e sugestões, contribuindo para a avaliação dos dados.

4.4 Coleta de dados

Ocorreu no período de julho de 2006 a março de 2007, esquematicamente subdividida em três fases: preparatória, operacional e avaliativa.

4.4.1 Fase preparatória

Fez-se o reconhecimento do local da pesquisa e a aproximação com as enfermeiras, nos respectivos setores de atuação. Por intermédio do setor de Educação Continuada ou pela chefia de enfermagem, marcou-se uma reunião com as enfermeiras para fornecimento de informações sobre a pesquisa (problematização, justificativa, objetivos, metodologia e aspectos éticos). Como se fizeram presentes, em maior número, aquelas da unidade de internação neonatal de alto, médio e baixo risco, a abordagem dos demais setores foi feita em outra oportunidade, individualmente.

Nessa fase, também foram preparados os materiais necessários à abordagem teórica e prática da fase operacional. Como recursos didáticos, na segunda e terceira etapas da fase seguinte (operacional) foram utilizados: projetor multimídia, *notebook* e materiais de escritório.

Cada participante recebeu uma pasta com caneta, bloco de anotações, CD-ROM com cópia das aulas para estudo independente, um livro de autoria da pesquisadora-orientadora sobre saúde ocular e textos complementares (artigos científicos) para leitura individual (estudo independente) e discussão em grupo. (RODRIGUES (2004), SPERANDIO (1999), KANSANO, JAMES, WANDA, (1999), VENTURA et al., (2002), WASILEWSKI et al., (2002), TEMPORINI; KARA-JOSÉ (2004); CARDOSO; SILVA, (2004), AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS (2002); MÉRULA; FERNANDES (2005), GRAZIANO et al., (1997); GRAZIANO; LEONE, (2005), LÚCIO, CARDOSO, (2003), CARDOSO, LÚCIO, CAMPOS, (2002), LÚCIO, CARDOSO, ALMEIDA (2007 a;b).

Os materiais disponíveis para a prática do TRV foram: três lanternas e três oftalmoscópios monoculares diretos com a abertura de 5 mm². Entregue o material individual elaborou-se com as participantes um cronograma da fase seguinte, de modo a afetar o mínimo da escala de trabalho de cada participante.

4.4.2 Fase operacional

A primeira etapa constou da aquisição de dados sobre a caracterização das participantes, referente à formação e conhecimentos gerais de cada uma, por meio de questionário estruturado preenchido pela profissional (Instrumento 1 – Apêndice A). A necessidade é que, embora integrem e vivenciem a prática do

cuidado do RN, podem ou não conhecer algo a respeito da temática Saúde Ocular neste contexto.

Também se buscou a promoção de conhecimentos teóricos e práticos sobre a temática da pesquisa contemplando a prática do TRV, como parte essencial à capacitação da profissional participante. Esse momento da fase operacional foi conseqüente à fase preparatória.

Na segunda etapa, propôs-se a abordagem do conteúdo teórico, com duração de cinco aulas, de acordo com a disponibilidade das participantes e com flexibilidade de tempo/horário, tanto na instituição de trabalho, conforme esclarecido no item 4.2. da metodologia, como no Laboratório de Comunicação – LabCom Saúde, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC.

A proposta de conteúdo, exposta no material didático impresso e apresentações em *powerpoint compreendeu*: a) experiência das pesquisadoras com o tema saúde ocular da criança e o TRV; b) importância da visão no desenvolvimento da criança; c) anatomia e fisiologia do olho humano – particularidades do RN; d) alterações visuais em RN; e) exame ocular externo; f) promoção da saúde ocular e prevenção da cegueira infantil; g) teste do reflexo vermelho – patologias associadas, material, método, resultado; h) inserção do enfermeiro no contexto de prevenção à cegueira; i) participação do enfermeiro. Depois da abordagem teórica, procedeu-se a simulação do TRV com a finalidade de aplicação da teoria na prática.

O LabCom Saúde viabilizou a criação de ambiente de comunicação em duplas e/ou em grupos, com o apoio de recursos visuais e sonoros constituindo espaço de ensino e pesquisa integrado à graduação e pós-graduação. Também se discutiu o conteúdo em artigos científicos relacionados ao tema. Cada dia de atividade foi registrado pela autora e os momentos de aprendizagem fotografados como ilustração.

Também foram utilizados, em parte da fase outros dois instrumentos (questionários), um para avaliação da estratégia didática utilizada para a abordagem do conteúdo (Instrumento 2 – Apêndice B), e outro, roteiro estruturado relativo ao método do TRV proposto (Instrumento 3 – Apêndice C), complementando-o com a

explicação do objetivo do gradiente de cores, criado e utilizado por Aguiar e Cardoso (2005).

4.4.3 Fase avaliativa

Nas unidades de internação neonatal após a conclusão das etapas anteriores, com o objetivo de enfatizar a aprendizagem, aperfeiçoamento e avaliação do teste com vistas à sua prática pelo enfermeiro na unidade de atuação, sob supervisão da autora. O teste no cuidado do enfermeiro foi introduzido como parte do exame físico do olho, intrínseco à semiotécnica.

Cada enfermeiro foi acompanhado individualmente, com base no conteúdo discutido anteriormente. No entanto, ao considerar o processo de aprendizagem, decidiu-se manter em aberto a quantidade total de avaliações, visto que cada profissional traz consigo particularidades próprias relacionadas ao desempenho do cuidado.

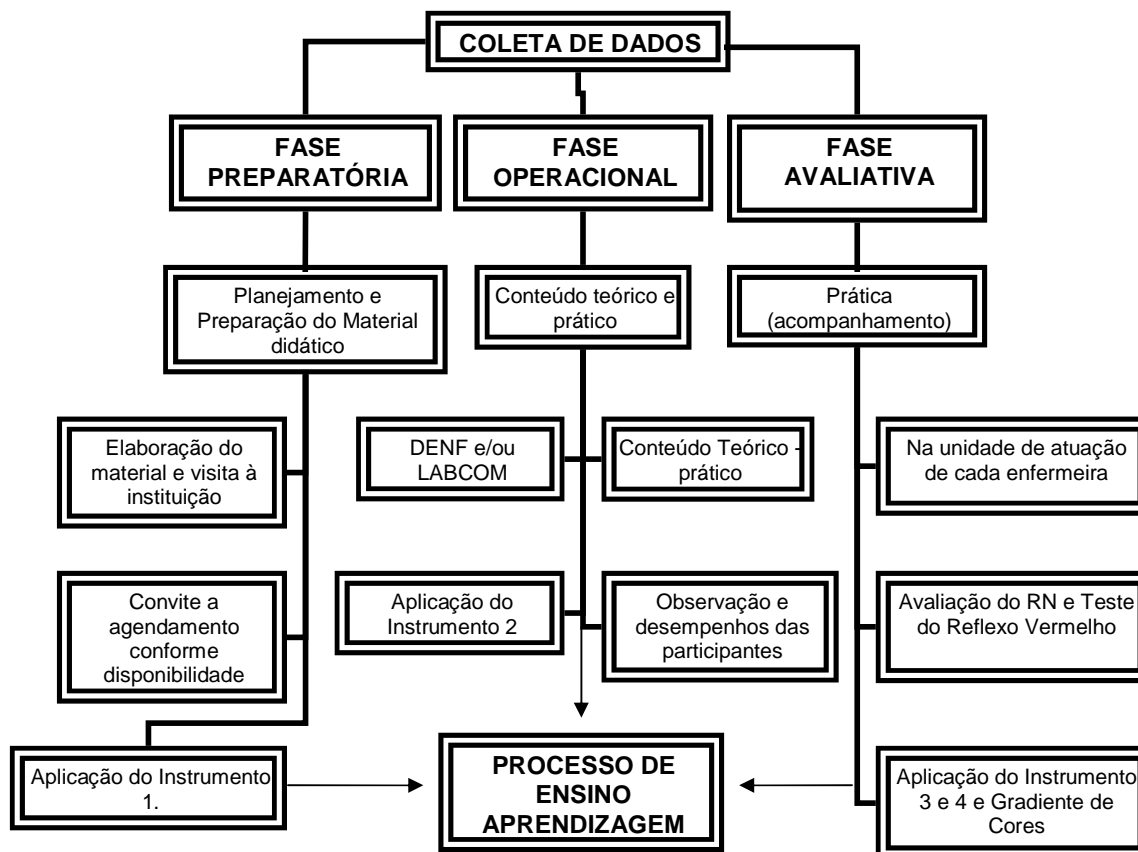
Além disso, consideraram-se os fatores relativos à disponibilidade do profissional, rotinas das unidades, e estado de saúde do RN, fatores ambientais entre outros, deixando por isso que o número fosse determinado com o decorrer da prática do TRV, mas com o mínimo de 15 avaliações. Cada avaliação do RN foi composta de 12 itens, conforme descrito no (Instrumento 3 – Apêndice C), relacionados ao método proposto, cada um executado pela enfermeira e classificado como “adequado” ou “inadequado”, pela autora.

Considerando a descrição da cor do RV e o resultado do TRV foram feitos 2 registros, um pela enfermeira e outro pela autora para a confirmação ou não da observação (achado), a fim de verificar a concordância em relação ao reflexo, por meio do instrumento “gradiente de cores”, utilizados em estudo anteriores (COSTA; CARDOSO; 2005; AGUIAR; CARDOSO; LÚCIO, 2006). Ressalta-se que as avaliações foram realizadas em momentos distintos da internação neonatal, sendo que cada participante avaliou RN distintos.

Para a avaliação do TRV foram necessários um oftalmoscópio monocular direto e uma lanterna, sem a necessidade de instilação de drogas para efeito anestésico ou midriático, visto que, para isso, existe a necessidade de prescrição médica e acompanhamento do oftalmologista. Tampouco, utilizou-se o uso de

blefarostatos (afastadores). Nessa fase foi utilizado o (Instrumento 4 – Apêndice D), de modo individual com registro do desempenho de cada participante.

Diagrama 1: Síntese da coleta de dados



4.5 Apresentação e análise dos dados

Após a conclusão do processo de coleta dos dados procedeu-se a exploração e organização dos dados de modo individual, considerando todos os registros. Para organização, tabulação e análise dos dados utilizaram-se o aplicativo Microsoft Office Excel 2003 e o Software Estatístico SPSS versão 13.0.

Os dados foram apresentados em tabelas, quadros e gráficos, inicialmente descritos e sintetizados, de acordo com a estatística descritiva. Optou-se pela estatística descritiva para os dados apresentados em tabelas, mesmo tendo-se obtido uma amostra de 16 enfermeiras, pois, de acordo com Dever (1988), apenas não se pode atribuir porcentagem a amostra inferior a 10.

Para a análise dos dados buscou-se a média, o desvio padrão e o teste do qui-quadrado. Para a verificação da intensidade da concordância entre os examinadores (autora e enfermeira), em relação à impressão do TRV, identificada pelo gradiente de cores, utilizou-se o teste Phi e o teste V de Cramer por se tratar de variáveis qualitativas nominais (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Para todas as análises inferenciais fixou-se o nível de significância de 5%.

4.6 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa e o projeto foram encaminhados ao Comitê de Ética da Instituição. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dirigido e assinado pelo (a) enfermeiro (a) que aceitou a participação nas etapas do estudo sendo-lhe conferido todos os direitos conforme os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 196/96, respeitando-se os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 1996).

As avaliações do TRV dos RN nas unidades de internação deram-se na esfera institucional, com iniciativa de torná-lo exame obrigatório, assim como ocorre em alguns estados do país, como Rio de Janeiro e São Paulo, realizadas pelos profissionais assistenciais do serviço, como também pela própria enfermeira-autora, com o resultado da avaliação registrado no prontuário.

Em avaliações com resultado “alterado” ou “suspeito”, a criança foi encaminhada ao ambulatório de oftalmologia de instituição pública do Estado do Ceará para atendimento, por oftalmologista, que também colabora com os estudos e está à frente da coordenação de ações visando à prevenção e à detecção precoce da catarata congênita e da retinopatia da prematuridade no Ceará. Os pais e/ou responsáveis foram informados sobre a importância da intervenção, conforme rotinas da instituição a quem foi dirigido um termo de consentimento livre e esclarecido para a autorização da avaliação do TRV do filho, assim como acerca da necessidade de intervenção para a promoção da saúde ocular da criança.

Aos enfermeiros (as) participantes do estudo não foi conferida nenhuma forma de ressarcimento ou indenização sendo-lhes assegurado:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios da pesquisa, inclusive para esclarecimento de eventuais dúvidas.

2. Liberdade de retirada do consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem prejuízo de sua participação.

3. Salvaguarda da confidencialidade dos dados, sigilo e privacidade, apenas com a finalidade de pesquisa.

A pesquisadora também não recebeu nenhum benefício financeiro para a realização do TRV, sendo responsável pelos custos da pesquisa com apoio financeiro da CAPES – Coordenação e Aperfeiçoamento de Recursos Humanos, bem como do Projeto Saúde Ocular/UFC/CNPq, e projeto “A unidade de internação neonatal e suas implicações para a saúde do recém-nascido/UFC/FUNCAP” Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico e LABCOM SAÚDE/UFC/CNPq com recursos áudio-visuais, oftalmoscópios e material de escritório e consumo.

5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

5.1 ENVOLVENDO AS ENFERMEIRAS PARA A PARTICIPAÇÃO NO MÉTODO EDUCATIVO

Cumpridas as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa, partiu-se para a imersão do campo da pesquisa e envolvimento das enfermeiras no intuito de desenvolver no local de pesquisa, através do método educativo proposto, ações preventivas na saúde ocular da criança, visto ser a cegueira na infância considerada problema de saúde pública. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997-1999).

Na fase preparatória, almejou-se o envolvimento das enfermeiras no processo de ensino aprendizagem do cuidado em saúde ocular no período neonatal. Partiu-se do pressuposto que tinham algum conhecimento sobre o tema e atividades do projeto de pesquisa em saúde ocular da criança desde 1993, realizadas pela autora e orientadora, e pelos alunos de graduação em enfermagem e bolsistas de pesquisa, na abordagem de assuntos relativos à área.

Também se considerou como fatores favoráveis à participação das enfermeiras na pesquisa, o envolvimento em atividades de pesquisa, e o conhecimento dos trabalhos outrora realizados na instituição em estudo, além do modo como estavam envolvidas na prestação do cuidado ao RN. No entanto, ao buscá-las e convidá-las a participar deparou-se com uma série de questões intrínsecas às profissionais, que a princípio, não tornariam favorável sua participação.

Dentre os motivos referidos e apontados como justificativa a não participação na pesquisa foram citados: a carga horária de trabalho; o número variado de empregos (1-3); o turno de trabalho e as intercorrências da unidade; período de férias e licenças, a participação em outras atividades em horário extra (pós-graduação, curso de extensão, preparatórios para concurso); pouco tempo de horário livre, o qual era destinado à família; falta de tempo extra e ter que utilizá-lo fora da instituição; dificuldades com as escalas de serviço e demonstração de pouco interesse pelo tema.

Em virtude da sobrecarga de trabalho imposta no cotidiano do trabalho, a enfermeira passa a desempenhar uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva, esquecendo-se de desempenhar um cuidado humanizado. Isso e as

próprias relações de trabalho sofrem também a influência de fatores internos e externos à enfermagem que interferem na assistência (COLLET; ROZENDO, 2003).

O contato com as enfermeiras foi contínuo, e pouco a pouco, o interesse na participação no estudo cresceu. Algumas enfermeiras aceitaram de imediato o convite, outras apenas após conhecimento da participação das colegas de trabalho e fim aquelas motivadas conhecedoras do trabalho, que argumentaram a relevância da experiência no cuidado ao RN.

Ao fim dos contatos, chegou-se aos seguintes resultados: acompanhamento de 16 (40%) enfermeiras, de 20 que a princípio consentiram a participação na pesquisa, mediante o termo de consentimento. As 4 desistências ocorreram como um direito assegurado ao pesquisado, conforme a resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Os encontros previstos eram 5, no máximo, 10, caso a pesquisadora conduzisse o acompanhamento em dois grupos. Entretanto, devido à disponibilidade das enfermeiras, essa fase se estendeu a 90 encontros presenciais em aulas discursivas. Para execução da fase avaliativa foram necessários 250 encontros no campo de atuação dos profissionais envolvidos na execução do TRV.

Os dados foram apresentados de acordo com as etapas metodológicas com vistas, a facilitação da compreensão, ou seja, **preparatória, operacional e avaliativa**. Posteriormente, os mesmos foram inter-relacionados.

5.1.1 Caracterização das enfermeiras

A primeira fase, **preparatória**, foi realizada no Laboratório de Comunicação do Departamento de Enfermagem e na maternidade, de acordo com a disponibilidade das enfermeiras, que após esclarecimentos da autora responderam individualmente aos instrumentos 1 e 2, referentes aos dados de atuação profissional (tabela 1), de formação técnico-científica (tabela 2), e conhecimento acerca da temática (tabela 3), a fim de obtenção do desenho do grupo.

No que se referiu a idade das enfermeiras, 6 encontravam-se na faixa de 26 a 35 anos; 5 entre 36-45 anos; 3 entre 45 e 55 anos e 2 entre 56 e 65 anos.

Tabela 1: Características de atuação profissional das Enfermeiras. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

CARACTERÍSTICAS (n=16)	Nº.	%
Atuação/Atividade		
Assistência exclusivamente	10	62,4
Ensino e assistência	4	25,0
Chefia/administração e assistência	1	6,3
Ensino, pesquisa e assistência	1	6,3
Local de trabalho		
Um	9	56,3
Dois	6	37,5
Três	1	6,2
Tempo de serviço em Neonatologia		
Menos de 1 ano	1	6,3
Entre 1 e 5 anos	8	50,0
Entre 6 e 10 anos	3	18,7
Entre 11 e 15 anos	3	18,7
Entre 16 e 20 anos	1	6,3

Dez desempenhavam função assistencial e apenas uma conciliava atividades de ensino, pesquisa e assistência. Nove (56,3%), apenas na instituição, lócus do estudo, e as demais conciliavam mais de um emprego. Quanto ao tempo de serviço em neonatologia, o grupo mostrou-se heterogêneo, com menos de 1 ano a 20 anos de experiência.

As nove exclusivas da instituição tinham até 5 anos de experiência na área, já podendo em seu contexto de assistência e formação, ter tido conhecimento do TRV em RN ou mesmo da avaliação visual sistemática, pelas pesquisas e práticas de ensino realizadas na instituição nos último cinco anos, como pela divulgação em mídias do assunto.

Tabela 2: Aspectos quanto à formação técnico-científica das Enfermeiras. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

FORMAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA (n=16)	Nº.	%
Natureza da instituição formadora		
Pública	15	93,7
Privada	1	6,3
Tempo de Graduação		
Menor do que 10 anos	7	43,7
Entre 11 e 20 anos	5	31,3
Entre 21 e 30 anos	4	25,0
Habilitação profissional		
Sim	4	25,0
Não	12	75,0
Especialização (Título)		
Sim	15	93,7
Não	1	6,3
Especialista em Enfermagem Neonatal		
Sim	4	25,0
Não	12	75,0
Mestrado (Título)		
Sim	6	37,5
Não	10	62,5
Doutorado (Título)		
Sim	1	6,3
Não	14	93,3

Quanto à formação técnico-científica das participantes, destacaram-se os seguintes dados: 15 (93,7%) foram formadas em instituições de ensino superior públicas; 7 (43,7%), há menos de 10 anos, e dentre essas, 4 (25%) entre 21 e 30 anos de graduadas; 12 (75%) não tinham habilitação profissional; 15 (93,7%) eram especialistas (em áreas diferentes da neonatal); 4 (25%), especialistas em Enfermagem Neonatal; 6 (37,5%) mestres e apenas 1 (6,3), doutora em enfermagem. Observou-se, o interesse pela formação complementar por meio da pós-graduação, *lato sensu* e *stricto sensu*.

5.1.2 Conhecimento das enfermeiras sobre o tema “saúde ocular”

Na mesma etapa, informações do conhecimento das enfermeiras sobre o tema saúde ocular, especificamente, aquele relacionado ao RN foram investigadas e apresentados na (tabela 3 e 4). Concluída a abordagem teórica, abordou-se por meio de uma questão subjetiva (quadro1), sentimentos e/ou impressões das participantes sobre o desempenho nessa etapa de aprendizagem do método educativo.

Tabela 3: Acesso às publicações e conhecimento das enfermeiras referentes à temática saúde ocular do recém-nascido. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

ACESSO E CONHECIMENTO (n=16)	Nº.	%
Acesso às publicações relativas ao cuidado com os olhos do recém-nascido		
Sim	5	31,2
Não	11	68,8
Conhecimento sobre alterações oculares em recém-nascidos		
Sim	4	25,0
Não	12	75,0
Conhecimento sobre o teste do reflexo vermelho em recém-nascidos		
Sim	8	50,0
Não	8	50,0
Necessidade de aquisição de conhecimentos relativos ao teste do reflexo vermelho		
Sim	14	87,5
Não	2	12,5

Apenas 5 (31,2%) enfermeiras tinham acesso às publicações relativas ao cuidado com os olhos do RN e apenas 4 (25%) conhecimento sobre alterações oculares em RN. Quanto ao TRV em RN o conhecimento foi equivalente e em relação à necessidade de aquisição de conhecimentos pertinentes, 14 (87,5%) o considerarem relevante para o cuidado neonatal.

Tabela 4: Avaliação após a conclusão da etapa teórica sobre TRV pelas Enfermeiras, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

Fatores avaliados (n=16)	Nº.	%
Conhecimento dos conteúdos abordados		
Sim	-	-
Em parte	7	43,2
Não	9	56,3
Alcance de objetivos		
Sim	13	81,2
Em parte	3	18,8
Não	-	-
Recursos satisfatórios		
Sim	16	100,0
Em parte	-	-
Não	-	-
Aproveitamento		
Fraco	-	-
Regular	1	6,3
Bom	12	75,0
Ótimo	3	18,8
Carga horária		
Adequada	15	93,8
Insuficiente	-	-
Excessiva	1	6,3
Aplicabilidade do conhecimento adquirido		
Alta	14	87,5
Média	2	1,5
Baixa	-	-

De 16 participantes, 9 (56,3%) informaram não possuir nenhum conhecimento acerca dos conteúdos abordados, percentual relevante, em virtude da atuação e abordagem de questões referentes ao TRV pelas pesquisadoras, nos últimos 4 anos. Nesses anos, verificou-se pouca aproximação das enfermeiras, com algumas exceções, em relação às intervenções envolvendo a Saúde Ocular do RN.

Em resposta ao alcance de objetivos da fase, ou seja, aquisição de suporte teórico e teórico-prático para posterior prática do TRV no RN, 13 (81,2%) informaram tê-lo atingido. Todas as participantes julgaram satisfatório o material didático utilizado. Em relação ao aproveitamento, 12 (75%) o avaliaram como ótimo e apenas 1(6,3), o considerou regular e atribuindo ao pouco tempo livre disponível para estudo do material teórico.

Quadro 1: Sentimentos e/ou impressões das enfermeiras em relação à fase teórica, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

PALAVRA-CHAVE	SENTIMENTOS E/OU IMPRESSÕES DAS ENFERMEIRAS
Curiosidade	P1: "Curiosidade". / P5: "Senti muito prazer em participar do treinamento teórico e tive curiosidade a cada aula". / P9: "Curiosidade".
Prática	P2: "Estou saindo desta etapa com grande desejo de iniciar a prática, percebendo a importância da enfermeira, principalmente no Alojamento Conjunto a na UTI neonatal".
	P9: "desejo de aprender mais e aplicar na prática de enfermagem". / P14: "Vontade de aplicar os conhecimentos".
	P13: "preocupação com a possibilidade de aplicabilidade (prática)".
Aquisição de conhecimento	P1: "aquisição de conhecimentos". / P3: "Um ótimo aprendizado dentro de um assunto ainda pouco conhecido e despercebido no período da graduação".
	P8: "Aquisição de novos conhecimentos, capacitação, ganho".
	P16: Capacitação; visão ativa reflexiva da presença autêntica da enfermeira na equipe de saúde;
Interesse	P4: "Vontade de aprender, poder ajudar, prevenção". / P6: "Tinha interesse pelo assunto proposto".
	P14: "Vontade de aprender". / P15: "O interesse em poder prevenir, principalmente em problemas relacionados ao RN e a necessidade de outros profissionais".
Crescimento e Aprendizagem	P7: "Satisfação, entusiasmo, sensação de que estamos chegando a ponto de partida da caminhada para a realização do exame ocular".
	P13: "Satisfação por mais aprendizado"
	P16: "Satisfação, valorização pessoal e profissional. Gratidão pela oportunidade de participar".
Necessidade de mais conhecimento e prática	P10: "Sinto-me verde. O assunto sugere ser complexo, embora saiba que ao iniciar a parte prática, tudo vai ficar mais claro".
	P11: "Foi muito bom e proveitoso, porém como o assunto é novo, aguardo a prática para avaliar meus conhecimentos teóricos e práticos".
Auto-avaliação	P12: "Acredito ter participado pouco das exposições, por isso julgo que meu desempenho não foi tão bom. Mas irei me esforçar para recuperar esse conteúdo na parte prática".

5.1.3 Prática do Teste do Reflexo Vermelho nas unidades assistenciais

Deu-se início à etapa prática do método educativo de utilização do TRV pelas enfermeiras por meio da aproximação com as unidades nas quais desenvolviam atividades assistenciais, assim como a distribuição de avaliações por unidade e turno, e a caracterização das mesmas (tabela 5).

Tabela 5: Distribuição das avaliações do TRV pelas enfermeiras segundo setor/unidade de internação do recém-nascido e turno. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

Setor/ Unidade	Avaliações		Turno de realização do TRV		
	N	%	Manhã	Tarde	Noite
Alto risco	4	1,7	-	4	-
Médio risco	24	10,0	-	24	-
Baixo risco	101	42,0	60	35	6
Alojamento Conjunto	60	25,00	15	30	15
Centro de parto normal	51	21,2	15	36	-
Total	240	100	90	129	21

O setor/unidade com o maior número de avaliações foi a unidade de baixo risco, com 101 recém-nascidos avaliados (42%) e o de menos foram realizadas avaliações a unidade de alto risco, com apenas 4 recém-nascidos (1,7%). O turno de trabalho da tarde propiciou maior número de avaliações práticas 129 (53,7%), sendo o noturno, o menos favorável com 21(8,75%) avaliações.

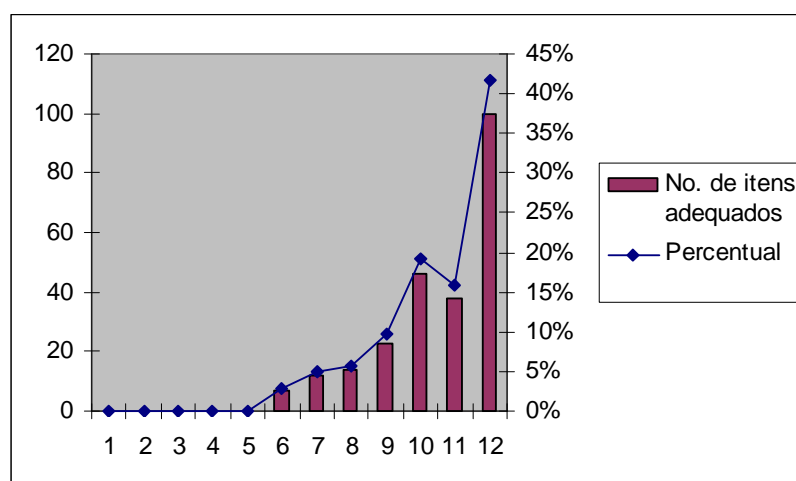
A fase avaliativa, ocorrida nas unidades, envolveu a aplicação do conhecimento das fases anteriores e promoveu a prática do TRV pelas enfermeiras sob supervisão da autora (facilitadora). Todos os RNs (240) foram avaliados individualmente pela enfermeira e a avaliação aplicada composta de 12 itens, classificados como “adequado” e “inadequado”. Os demais dados da fase foram apresentados nas tabelas (6 e 7) e nos gráficos (1, 2, 3 e 4).

Tabela 6: Distribuição das avaliações, segundo item e classificação atribuída pela autora à enfermeira, Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

<i>Item da avaliação</i>	<i>Adequado</i>		<i>Inadequado</i>	
	<i>Nº.</i>	<i>%</i>	<i>Nº.</i>	<i>%</i>
1. Lavagem das mãos	238	99,2	2	0,8
2. Ambiente em penumbra	232	96,7	8	3,3
3. Condições do RN para o TRV	208	86,7	32	13,3
4. Estimulação visual	173	72,1	67	27,9
5. Posicionamento do RN	214	89,2	26	10,8
6. Inspeção ocular externa	184	76,7	56	23,3
7. Teste das pilhas do oftalmoscópio	229	95,4	11	4,6
8. Ajuste do oftalmoscópio	239	99,6	1	0,4
9. Relação oftalmoscópio, examinador e RN	227	94,6	13	5,4
10. Observação do reflexo vermelho	234	97,5	6	2,5
11. Informações do resultado aos pais	183	76,3	57	23,8
12. Registro do procedimento	158	65,8	82	34,2

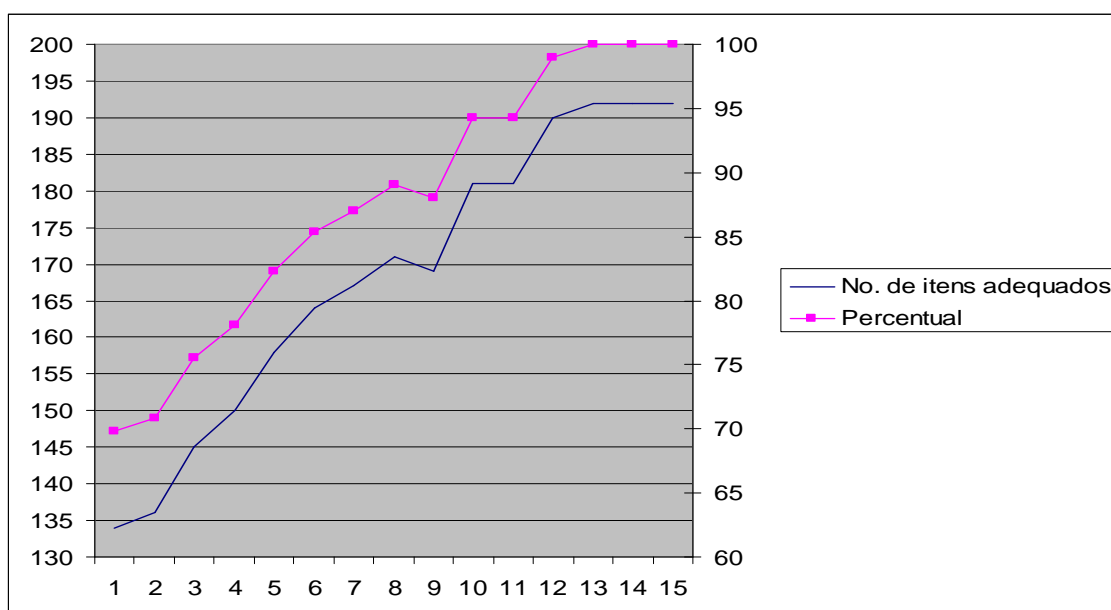
Os itens conduzidos de maneira adequada em maior frequência foram: 1. Lavagem das mãos (99,2%); 2. Ambiente em penumbra (96,7%) 8. Ajuste do oftalmoscópio (99,6%) e 10. Observação do reflexo vermelho (97,5%). Dentre os classificados pela facilitadora como inadequados destacaram-se: 4. Estimulação visual (27,9%); 6. Inspeção ocular externa (23,3%); 11. Informações do resultado aos pais (23,8%) e 12. Registro do Procedimento (34,2%).

Gráfico 1: Distribuição do número e percentual de avaliações realizadas pelas enfermeiras, segundo o número de itens adequados. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

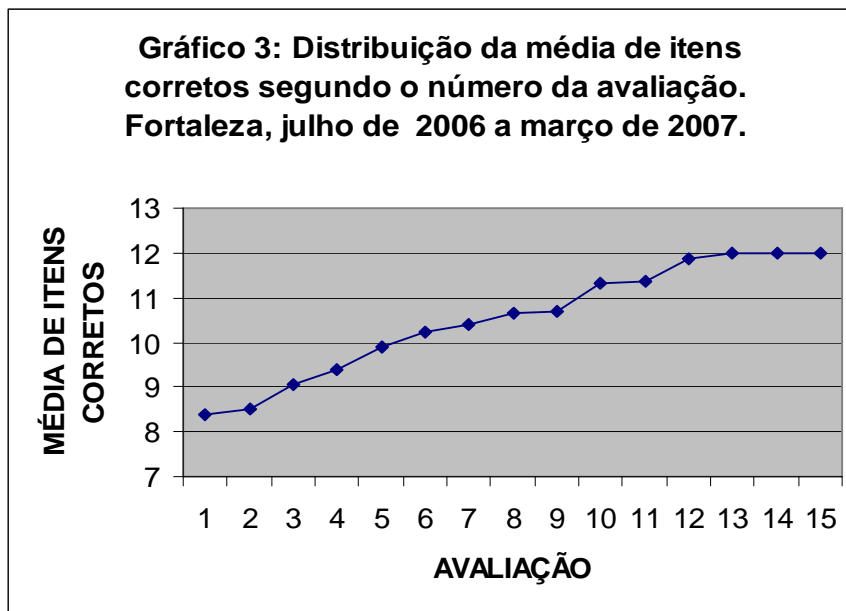


Considerando-se as 240 avaliações, verificou-se a seguinte distribuição conforme o número e percentual de itens realizados: em 100 avaliações teve-se a execução de modo adequado dos 12 itens, correspondente a (41,6%); em 38, 11 itens (15,8%); em 46, 10 itens (19,1%); em 23, 9 itens (9,6%); em 14, 8 itens (5,9%); em 12, 7 itens (5%) e, finalmente, somente em 7, 6 itens, o mínimo realizado em (2,9%) das 240 avaliações.

Gráfico 2: Distribuição do número e percentual de itens conduzidos de modo adequado pela enfermeira segundo o número de avaliação. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

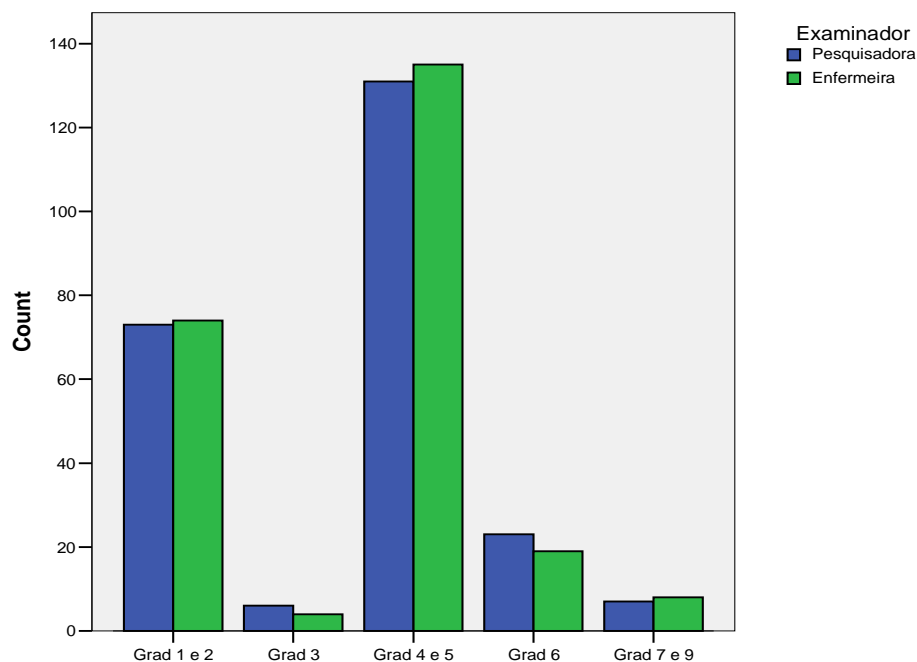


O Gráfico 2 mostrou a distribuição da soma dos itens realizados de modo “adequado”, segundo as avaliações do TRV, das 16 enfermeiras envolvidas na fase. O somatório mínimo dos itens foi de 134 (69,7%) e máximo de 192 (100%). A distribuição do somatório, na avaliação 1, foi 134 (69,7%); avaliação 2, 136(70,8%); avaliação 3, 145(75,5%); na avaliação 4, 150(78,1%); na avaliação 5, 158(82,2%); na avaliação 6, 164(85,4%); na avaliação 7, 167(86,9%); na avaliação 8, 171(89%); na avaliação 9, 169(88%); na avaliação 10, 181(94,2%); na avaliação 11, 181(94,2%); na avaliação 12, 190 (98,9%); na avaliação 13, 192(100%); na avaliação 14, 192(100%); e por fim, na avaliação 15, 192 (100%);



Os resultados foram apresentados segundo a distribuição da média aritmética de itens adequados em cada dia de avaliação: 1(8,38), 2(8,5), 3(9,06), 4(9,38), 5(9,88), 6(10,25), 7(10,38), 8(10,63), 9(10,69), 10(11,31), 11(11,38), 12(11,88), 13(12), 14(12), 15(12). Observou-se do mesmo modo, o progressivo aumento da média e adequação aos itens. Ao iniciá-la, as enfermeiras realizaram em média 8,38 itens e a partir da 13ª. avaliação, atingiam os 12 itens. Considerando a prática das pesquisadoras, o dado foi considerado satisfatório e teve como finalidade o “exercício” do TRV.

Gráfico 4: Distribuição da frequência da impressão do reflexo observado pela pesquisadora e enfermeira com o uso do gradiente segundo as faixas. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.



Legenda:

GRAD1 (R1 – R6) vermelho escuro;
 GRAD2 (R7 – R14) vermelho com áreas claras ao centro;
 GRAD3 (R15 – R18) vermelho com rajadas;
 GRAD4 (L1 - L12) laranja escuro;
 GRAD5 (L13 – L16) laranja com áreas claras ao centro;
 GRAD6(L17 - L21) laranja com rajadas;
 GRAD7 (A1 - A7) amarelo claro homogêneo;
 GRAD8 (A8 – A12) amarelo pálido;
 GRAD9 (A13 – A16) amarelo com rajadas.

Cada cor do gradiente do TRV foi classificada pela combinação de uma letra e um número. Sendo assim, o aspecto do reflexo observado nos RNs examinados foi agrupado em categorias, nomeadas por *Grad*, e cada representou a predominância de determinada cor do gradiente com variações de intensidade, de claro a escuro.

Buscou-se a frequência e comparação dos resultados e registrados pelas enfermeiras e pesquisadora (gráfico 4). Seguindo a disposição do gradiente de cores, os resultados foram subdivididos, a princípio, em 9 faixas.

Devido à frequência de resultados baixos em algumas faixas e, mesmo à ausência, como ocorreu na faixa 8, optou-se pela organização das cores em 5 faixas, a partir das quais não houve diferença significativa entre as proporções da pesquisadora e da enfermeira (Pearson chi square= 0,915 e p= 0,922).

Como a utilização de testes com 5 ou 8 faixas mostrou-se inválida, devido às baixas freqüências, agrupou-se os resultados observados em relação ao gradiente de cores, em apenas 3 faixas (vermelho, laranja e amarelo) proporcionalmente semelhantes, conforme (gráfico 4). Não se evidenciou diferença significativa entre os resultados da pesquisadora e enfermeira (Pearson chi square= 0,073 e $p= 0,964$).

Tabela 7: Verificação da concordância entre facilitadora e enfermeiras em relação ao gradiente de cores observado ao longo das avaliações. Fortaleza, julho de 2006 a março de 2007.

AVALIAÇÃO versus PESQUISADORA e ENFERMEIRA	Phi	p
Avaliação 1	3,16	0,0001
Avaliação 2	2,82	0,0001
Avaliação 3	2,83	0,0001
Avaliação 4	2,83	0,0001
Avaliação 5	3,05	0,0001
Avaliação 6	3,07	0,0001
Avaliação 7	3,07	0,0001
Avaliação 8	2,92	0,0001
Avaliação 9	2,74	0,0001
Avaliação 10	3,48	0,0001
Avaliação 11	3,06	0,0001
Avaliação 12	3,01	0,0001
Avaliação 13	3,16	0,0001
Avaliação 14	3,22	0,0001
Avaliação 15	3,06	0,0001
Concordância geral	4,47	0,0001

V de Cramer: 0,75, $p=0,0001$

Buscou-se verificar a correlação entre os resultados observados pelas enfermeiras e a autora, pelo teste Phi. Constatou-se mediante a utilização do gradiente de cores, a existência de um coeficiente de concordância geral entre examinadores de $\Phi = 4,47$ e $p = 0,0001$, logo, forte concordância, à comparação de grupos de resultados de modo geral. Semelhante resultado foi encontrado ao se verificar a correlação entre autora e enfermeiras nas avaliações.

Ao concluir a fase avaliativa e o acompanhamento das enfermeiras na prática do TRV, nos RNs, averiguou-se as facilidades e dificuldades (quadro 2) pela percepção das mesmas, para discussão de aspectos possíveis de adaptação e aprimoramento.

Quadro 2: Facilidade e dificuldades apontadas pelas enfermeiras após a participação no método educativo para a prática do TRV em recém-nascidos. Fortaleza, Julho de 2006 a março de 2007.

FACILIDADE	N	DIFICULDADE	N
Entrega de material didático	9	Não ter encontrado nenhum RN com resultado alterado e não ter visto uma leucocoria.	12
Flexibilidade e disponibilidade da facilitadora para a teoria e prática	9	Dificuldade em coordenar olho-mão - oftalmoscópio- RN	6
Abordagem teórica prévia à prática	7	Pouco tempo para estudar o material disponibilizado	5
Acompanhamento pela facilitadora na parte prática	3	Conciliar a vida pessoal com o período dispensado para o treinamento	4
Discussão de artigos científicos	3	Elevado número de RN na unidade	4
Interesse pessoal e profissional pela temática	3	Fazer o afastamento das pálpebras do RN, quando necessário.	4
Simulação da técnica prévia com adulto e exploração da prótese ocular	3	Dificuldade em registrar os aspectos relativos ao TRV	3
Colaboração da equipe	2	Necessidade de utilizar um oclutor para realizar o TRV	2
Maior estado de vigília do RN para uso do estímulo visual	2	O horário inadequado para a realização do TRV	2
Possibilidade de avaliar RN estáveis na presença na mãe	2	Não ter avaliado nenhum RN prematuro extremo	2
Possibilidade de registro do TRV na caderneta da criança	2	Perde-se muito tempo com a exploração do prontuário	2
Presença constante da mãe para dar as orientações necessárias e o resultado do TRV	2	Vencer o medo inicial relativo a julgar não ser capaz de executar um procedimento novo	2
Horário do plantão favorável à prática do TRV	2	Não disponibilidade de oftalmoscópios na unidade.	2
Aplicação da teoria na prática	2	Falta de tempo disponível para o TRV	1
Colaboração da bolsista na dinâmica da fase prática	1	Local pouco favorável à prática do TRV	1
Unidade com ambiente favorável à promoção da penumbra	1	Confusão com as cores muito semelhantes do gradiente de cores	1
		Dificuldade de prestar orientações à mãe sobre o TRV e cuidados em saúde ocular	1
		Realizar o TRV quando o RN se encontra em incubadora	1
		Não ter encontrado muitas alterações oculares externas	1
		Dificuldade em realizar o TRV quando RN choroso, irritado e com olhos edemaciados.	1

Dentre as facilidades destacaram-se a entrega de material didático (9), a flexibilidade e disponibilidade da facilitadora/autora (9) e a abordagem teórica prévia. Esses aspectos fizeram parte da fase preparatória do método e subsidiaram as fases seguintes. Outros aspectos positivos foram: o acompanhamento das enfermeiras pela autora (3) durante a fase prática do TRV (supervisão), a discussão de artigos científicos (3) disponibilizados com o material didático, com abordagem de contextos teórico-práticos e a simulação do TRV entre as enfermeiras, para treino da técnica e esclarecimentos de dúvidas.

Aspectos com menor frequência, entretanto positivos, foram: a colaboração da equipe (2), a promoção do estímulo visual do RN no estado de vigília (2), a possibilidade de avaliação de RNs estáveis na presença da mãe (2), o registro do resultado do TRV na caderneta da criança (2), a presença da mãe para orientações (2), horário favorável do plantão (2), e correlação teoria e prática. Destacou-se a participação da bolsista de iniciação científica, do projeto de pesquisa Saúde Ocular em momentos da fase prática, colaborando com a autora, e o ambiente da unidade favorável à penumbra.

6 ANÁLISE DOS DADOS

6.1 A PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NA PESQUISA

De acordo com Adami et al., (1996), a pesquisa está se tornando cada vez mais presente no discurso das enfermeiras, principalmente em instituições públicas, assim como a utilização de literatura específica, como meio para a melhoria de qualidade da assistência de enfermagem, preocupação central do exercício profissional.

No entanto, parte da problemática da pesquisa em enfermagem está na sua utilização e no envolvimento dos profissionais, principalmente quando atuam somente como enfermeiras assistenciais. A busca do aprimoramento, nos cursos de pós-graduação, é progressiva e a integração ensino, pesquisa, assistência cada vez mais buscada.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), as enfermeiras, de modo geral, podem apresentar restrições em relação à utilização da pesquisa em decorrência de características da formação, na qual, comumente, ressaltam-se aspectos de cunho teórico-metodológico (método científico), entretanto pouco se enfatizam questões de aplicação de pesquisa na prática de enfermagem.

Muitas vezes o excesso de carga horária de trabalho e a necessidade de mais de um vínculo empregatício dificultam a disposição de investimento em atualização profissional, que a depender do tipo, requer tempo variável. Em parte, a necessidade pode ser favorecida pelos gestores, diretores institucionais e também em educação permanente em serviço. Porém, a busca do conhecimento carece de estímulos e motivação pessoal, e, às vezes, considerando-se as atividades profissionais e fatores pessoais, pode parecer um pouco distante.

O fato foi justificativa por outras profissionais que não ingressaram no estudo, ou seja, com pouco tempo disponível para a atividade, não obstante relatasse a importância e a necessidade da participação do enfermeiro no contexto do cuidado neonatal e utilização do TRV.

Especificamente, no que se refere ao contexto do cuidado do RN, Rolim, Oliveira e Cardoso (2003) apontam dificuldades que impedem o profissional de enfermagem de conciliar a vida pessoal com o trabalho: tipo e número de carga horária dispensada, atribuições desempenhadas, turnos rotativos de trabalho e

presença de fatores de risco de diversas naturezas. Ressaltam ainda que, para uma assistência de qualidade com consciência e segurança, são necessários não apenas recursos humanos, mas também conhecimentos técnicos, recursos materiais e tecnológicos adequados.

As características organizacionais contribuem para o quadro e, em parte, favorecem ou dificultam o desenvolvimento de pesquisas de enfermeiros. O “tempo insuficiente” para a implementação de novas idéias factíveis da pesquisa tem sido comumente apontado como fator negativo pelos enfermeiros, assim como a dificuldade de mobilizar recursos humanos e administrativos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Concorda-se com Torres, Andrade e Santos (2005), ao relatarem que as instituições de saúde, para cumprimento do papel social, oferecendo assistência de qualidade consoante às necessidades de saúde da população e custos aceitáveis, devem buscar competência técnico-científica e investir na formação e atualização constante dos recursos humanos.

De modo particular, Sperandio (1999), em estudo com pediatras e enfermeiros da atenção básica de saúde identificou pouco conhecimento em saúde ocular, assim como a sua aplicação, reflexo de formação universitária deficiente na área. Recomendou treinamentos e atualizações de serviço na área de saúde ocular, no setor público, acompanhados pela supervisão direta e educação continuada.

Em relação àquelas que concluíram a especialização em enfermagem neonatal, a consideraram fundamental para atuação nas unidades neonatais. No estudo de Kamada e Rocha (2006), as enfermeiras da área neonatal foram estimuladas pela chefia de enfermagem para participação de cursos, em busca de novos conhecimentos, com flexibilização das escalas e sensibilidade da administração do hospital no incentivo cada vez mais à formação profissional. No Ceará, esse tipo de curso, encontra-se na 3ª turma (2008.1), na Universidade Federal do Ceará - UFC e novo curso foi iniciado em 2006 pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará ESP-CE, em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn CE).

Além da necessidade de supervisão constante do enfermeiro, nos serviços de enfermagem do RN, em berçários e demais unidades de internação neonatal, faz-se preciso um treinamento especial de assistência ao RN e que as equipes de enfermagem e médica desenvolvam trabalho conjunto. Grande parte da responsabilidade no cuidado do RN e controle das infecções adquiridas cabe à equipe de enfermagem. Desse modo, como serviço especializado, requer estrutura de recursos humanos qualificados (NAGANUMA; CHAUD; PINHEIRO, 1999).

Nos últimos cinco anos, a temática saúde ocular com ênfase na prevenção da cegueira na infância ganhou destaque no Brasil e, particularmente, o TRV realizado no período neonatal, ao tornar-se lei em muitos estados do território nacional. A divulgação despontou na internet, embasada em referências de sociedades e órgãos de saúde, além de publicações científicas, resultado de estudos e pesquisas em centros e universidades do país.

Pela caracterização das enfermeiras surpreendeu o fato de 11 (68,8%) ao longo de prática profissional em neonatologia, não ter tido acesso às publicações relativas ao cuidado dos olhos, de modo geral, embora, integre os cuidados de enfermagem do RN, mesmo contemplado em parte, no que concerne a algumas terapêuticas (fototerapia e oxigenoterapia), ou como forma de atualização da literatura. Caso o acesso fosse referente apenas ao TRV, o dado não foi tão relevante, visto que o foco, na prática do cuidado de enfermagem, pode ser considerado inédito e com conhecimento em construção.

A impressão foi confirmada, uma vez que ao buscar o conhecimento das enfermeiras acerca de alterações visuais em RN, apenas 4 (25%) afirmaram tê-lo e 12 (75%) nenhum. Os dados foram preocupantes, visto que alterações oculares congênitas ou adquiridas com sérias repercussões na saúde da criança podem surgir no período neonatal e pouco são percebidas pelos profissionais de saúde, inclusive pela enfermeira.

Desde 1997, trabalhos de abordagem do conhecimento da saúde ocular do RN e intervenções de enfermagem têm sido desenvolvidos na instituição, alguns referidos pelas enfermeiras, especialmente aqueles com enfoque na estimulação visual do RN, embora a participação efetiva das enfermeiras tenha ocorrido de maneira indireta, visto que na maioria deles, atuavam como colaboradoras e não como sujeitos dos estudos.

O fato justificou a importância e necessidade de envolvê-las diretamente em prática direcionada à aplicação do conhecimento na área da saúde ocular, no contexto do cuidado de enfermagem neonatal, com a perspectiva de contribuir na assistência pela aquisição de novos conhecimentos.

Sperandio (1999) ressalta o papel dos profissionais de saúde, na promoção da saúde ocular da criança e na prevenção de problemas visuais, destacando entre esses, pediatras e enfermeiros, considerando-o de extrema importância, devido à oportunidade do contato sistemático com as crianças em diferentes fases de vida, principalmente, na do desenvolvimento do aparelho visual.

De acordo com orientações do Primary Eye Care Manual (1985), do Plano Nacional de Saúde Ocular (1984) e do Programa Nacional de Saúde Ocular e Prevenção à Cegueira (1988), as principais ações básicas de saúde ocular são triagens com base nos sinais e sintomas de problemas visuais mais freqüentes; avaliação do aspecto externo ocular; aplicação de técnicas básicas como: reação fotomotora, acompanhamento de objetos, reação à oclusão; aplicação do teste de acuidade visual com o método de Snellen ou outros; práticas educativas de promoção e prevenção na área de saúde ocular; encaminhamento dos clientes na idade ideal para realização de exames e tratamentos específicos. Ressaltam-se que referidas ações deveriam integrar a formação e atuação profissional de pediatras e enfermeiros especialmente no que se refere às ações básicas de saúde.

Como a atenção à saúde ocular deve ter início a partir do período gestacional, durante o acompanhamento pré-natal, o enfermeiro precisa de formação, especialmente para trabalho com ações dirigidas às orientações em saúde, entre elas as referentes à saúde ocular extensivas ao período neonatal. Nesse período, o sistema visual merece atenção especial pela fase de desenvolvimento e maturação, além de especialmente exposto às intervenções e terapêuticas da equipe médica e de enfermagem, as quais precisam de constante monitorização, controle e avaliação para não favorecimento de iatrogenias.

6.2 AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM TEÓRICA

Em seguimento ao processo do método educativo, partiu-se à segunda fase de coleta de dados, **operacional**, com utilização de recursos tecnológicos e didáticos apropriados de abordagem teórica do conteúdo, equivalentes a todas as participantes. Essa fase ocorreu no Laboratório de Comunicação do Departamento de Enfermagem, com três participantes e com as 13 restantes, na maternidade locus da pesquisa, considerando sua disponibilidade.

De acordo com Colman (2003), as informações, temas de treinamento ou outros tipos de estudo, devem ser apropriados às necessidades dos participantes. A relevância do tema e sua repercussão no dia-a-dia deve ser informada aos participantes, relacionando-as ao conhecimento prévio para minimização dos receios.

A abordagem do tema e os objetivos da pesquisa foram previamente informados às participantes ao convite para o estudo. As aulas teóricas foram ministradas com a utilização de multimídia e *notebook*, quando envolveu a participação apenas da autora e enfermeira.

A apresentação prévia das autoras, grupo de pesquisa Saúde Ocular e produção científica, na área e contexto da Enfermagem precedeu o início da abordagem do conteúdo. A cada encontro explorou-se conteúdo específico do programa proposto, assim como informados os objetivos de cada tema e, simultaneamente explorados os textos impressos para leitura individual e em grupo, assim como para fomentar discussões. O conteúdo foi visto em cinco encontros, com a necessidade de ampliá-los em alguns casos, em virtude da disponibilidade das enfermeiras.

Todo o material de subsídio ao aprendizado, nessa etapa, foi fornecido integralmente a cada participante, assim como os recursos de apoio para simulação da prática. Os momentos também foram registrados em forma de fotografia digital para ilustração. Ao final da participação, as enfermeiras responderam o instrumento 2 - avaliação da estratégia didática.

Em algumas situações, o engajamento das enfermeiras na participação do Método foi influenciado diretamente por questões e necessidades pessoais, e não pela operacionalização. De 16 enfermeiras, apenas uma avaliou o tempo

destinado da etapa excessivo e 14 (87,5), a aplicabilidade do conteúdo na prática, como alta.

Colman (2003) coloca que, para o envolvimento do facilitador com o participante, é importante que a abordagem do conteúdo tenha início com o mais familiar, para então, nos encontros chegar ao desconhecido. Desse modo, o desenvolvimento da aprendizagem e assimilação deve ser gradualmente e de modo integrativo entre os conteúdos abordados.

Depois da abordagem teórica, segue-se o fortalecimento do processo de comunicação do facilitador e participante, iniciado no momento do consentimento da enfermeira. Buscou-se continuamente o diálogo e resposta durante o processo vivenciado, a fim de, nessa comunicação, verificar a compreensão da participante, assim como alterar ou corrigir falhas de mensagem.

A simulação da prática do TRV foi realizada de modo individual e também em dupla. Antes do exercício prático propriamente dito, o instrumento 3 (técnica e método do TRV), foi lido pausadamente e discutido para explanação prévia das etapas de sua realização. Disponibilizou-se o material necessário e sua aplicação foi demonstrada a cada enfermeira, utilizando-se o oftalmoscópio direto, lanterna e recursos para a estimulação visual (pranchas em contraste preto e branco e móbile colorido).

Concluída a leitura, cada item foi realizado pela enfermeira, primeiramente com auxílio da autora, posteriormente, observou-se a execução dos itens que da técnica de modo individual. Para a realização do processo de ensino e aprendizagem um instrumento foi essencial, a observação. Buscou-se por meio desta obter elementos (dados) que nem sempre são apreendidos pela fala e escrita, como fatores ambientais e comportamentais, além da linguagem não-verbal (DUARTE; BARROS, 2005).

Concorda-se com Brasil (1997), ao fazer reflexão sobre o “agir” da enfermagem, continuamente dirigido a questões na prática do cotidiano do cuidado. A autora lembra que muitas vezes “agimos” e não sabemos por que o fizemos, sem reflexão.

Por isso, firmou-se a necessidade de conhecer inicialmente a formação técnico-científica das enfermeiras, assim como o acesso às publicações e interesse pelo conhecimento na área, acrescido ao momento de sua avaliação de

desempenho na abordagem teórica da pesquisadora. Isso tudo com o objetivo de conduzi-las a fase prática não apenas voltadas para o “agir”, mas para um “agir reflexivo e crítico”, como base no conhecimento científico.

Para Gamboa (1997), ao investigar o cuidado do enfermeiro na unidade de tratamento intensivo neonatal, o cuidar em si não constitui ato único, e nem pode ser considerado a soma de procedimentos técnicos ou de qualidades humanas, mas como o resultado do processo no qual se conjugam estreitamente sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos.

A prática de enfermagem na saúde neonatal é determinada por vários fatores, condutas, crenças e sentimentos, que em algumas instâncias passam à mera reprodução. Neste sentido, novas tecnologias e técnicas precisam ser agregadas considerando tais fatores, que podem determinar assistência satisfatória. As inovações compreendem não apenas mudanças de valores, como também a utilização dos mesmos. (SILVA; SILVA, 1998).

Concorda-se com Gaiva e Scochi (2004), ao apontarem que, na prática do cuidado neonatal, muitas intervenções estão sendo almejadas, embora a sua efetivação seja dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho institucional, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde, para atuar diante de novas tecnologias do processo de trabalho, bem como pela ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas que têm embasado a atenção à saúde, na perspectiva da transformação.

Diante dessas reflexões, pode-se dizer que o planejamento e a operacionalização da etapa teórica, com abordagem prévia das experiências de vida e profissionais das enfermeiras e o modo de participação na preparação foram decisivas para prática satisfatória.

De acordo com Chaves (1993), o processo ensino-aprendizagem fundamenta-se em relações interpessoais, as quais, por sua vez, podem enriquecer o processo ou empobrecê-lo, na medida em que se baseia em papéis sociais que podem ser aceitos e desempenhados com conformismo e passividade ou por meio de visão reflexiva e crítica, diante de ações inovadoras da enfermeira e RN, apontada por como relevante no cotidiano. Portanto, buscaram-se suas impressões em relação à participação nessa fase.

A opção pela abordagem da questão, assim como pela avaliação da facilitadora com a finalidade de, em parte, verificar a resposta das participantes, a respeito de como se sentiam na conclusão da fase, mediante questão subjetiva no referido instrumento (item 8), no qual se solicitou a expressão de sentimentos e/ou impressões de participação ao final dessa fase (quadro 1).

Ao fim, com o preenchimento do instrumento 2, chegou-se aos seguintes dados de avaliação das enfermeiras quanto à facilitadora: no que se referiu ao domínio do conteúdo abordado 16 (100%) classificaram como excelente, à objetividade, 14 (87,5%) como excelente e 2 (12,5%) como boa; a comunicação e 16 (100%), como excelente, e, por fim, quanto ao incentivo à participação, 16 (100%) como tendo sido excelente.

A capacitação representa, para o profissional, o domínio de conhecimentos específicos resultantes de formação, treinamento, experiência para o exercício de determinada função, implicando a premissa de que quanto mais bem capacitado o profissional, maior a probabilidade de desempenho de funções com competência no exercício da profissão (MARTINS; KOBAYASHI; AYOUB, 2006).

Esses dados foram agrupados em palavras-chaves, seguidas das respectivas colocações, (quadro 1). Ao considerar a enfermeira como elemento fundamental no cuidado humanizado, aspectos relacionados à atitude profissional, principalmente os mais subjetivos são complementares aos dados objetivos.

Pelas respostas à questão apresentada, houve o interesse das participantes, em relação ao conteúdo abordado e em relação à prática do TRV. Algumas mencionaram o próprio desempenho na fase teórica e referiram a satisfação diante do desafio, em face da abordagem de conteúdo e cuidado pouco citado e aplicado mesmo na unidade de ensino acadêmico.

Outras revelaram que ainda se sentiam despreparadas para adentrar a fase seguinte - prática, referindo expectativas e sentimentos como “insegurança”, esperados em virtude de estarem diante de “algo novo”, mesmo porque a prática do TRV requer habilidade e tempo para ser utilizado como instrumento na prática de enfermagem, além de formação e atualização contínuas. Os fundamentos apresentados na abordagem teórica tiveram a finalidade de subsídio à fase de avaliação dos RNs, resgatado sempre que necessário.

Nos grandes centros de atenção à saúde, ocorre preocupação em relação à qualidade dos serviços, que traz consigo a necessidade de adoção de nova postura dos profissionais. Na prática da enfermagem, a qualidade da assistência prestada ao usuário apresenta relação direta com o desempenho de quem a executa (BALBUENO; NOZACA, 2004).

De acordo com Ferreira e Marra (2001), o profissional qualificado, com habilidades aprimoradas, traz implicações diretas à qualidade dos serviços. Ações de relação entre o desenvolvimento profissional dos integrantes da equipe e os objetivos da organização, com métodos de direção de desempenho de profissionais voltado no alcance de melhores resultados, tornam-se cada vez mais necessárias.

No contexto da Saúde Ocular da Criança e de ações que visam à prevenção da cegueira infantil, espera-se que o Método Educativo para a Prática do TRV por enfermeiras possa contribuir na promoção de resultados dirigidos à triagem e detecção precoce de alterações visuais que podem ser trabalhadas no período neonatal. Para isso, além de sensibilização, precisa-se de profissionais de enfermagem capacitados.

Concorda-se com Mandu (2004) ao referir-se à prática no âmbito da saúde de forma inovadora, quando ressalta a importância de postura permanente de reflexão pelos profissionais e investimentos éticos em torno da construção de nova qualidade assistencial, que possa responder, de forma ampla, as necessidades de saúde, de acordo com as possibilidades e os potenciais institucionais locais.

Nessa perspectiva de transformação de prática por vezes acrítica, verifica-se investimento em pesquisas e crescimento na construção do conhecimento com o objetivo de uma melhor condução na delimitação do papel da enfermagem.

Assim, têm-se elegido esforços pela orientação da prática profissional, que conduza à uniformização das ações, e, desse modo, impulse o desenvolvimento de prática científica, como também a produção de linguagem específica da profissão, que a represente (VIRGÍNIO; NÓBREGA, 2004).

6.3 PRÁTICA DO TRV PELAS ENFERMEIRAS COM OS RECÉM-NASCIDOS

A terceira fase da coleta, ou seja, a **avaliativa** foi bastante esperada pelas enfermeiras. Atribui-se ao fato o interesse despertado pelos temas abordados da fase anterior, troca de experiências entre os participantes e a facilitadora, e o material explorado na simulação prática, como a prótese ocular e o oftalmoscópio direto. Mesmo com a simulação da prática do teste, em adultos, as enfermeiras relataram dificuldades e receios em relação à sua realização em RNs.

A prática ocorreu em diversos ambientes de cuidado do RN, de acordo com as atividades assistenciais das enfermeiras. Em cada ambiente, identificaram-se nas avaliações aspectos e peculiaridades do cuidado da saúde ocular, em se tratando de RN.

O trabalho de Wasilewski et al., (2002) tem o mérito de chamar a atenção para a importância do exame ocular de RN no berçário. O TRV deve ser realizado rotineiramente, sala de parto e nos berçários, de baixa à alta complexidade, extensivo ao Alojamento Conjunto e Método Mãe-Canguru, preferencialmente, na primeira semana de vida, ou antes, da alta do RN. Não sendo feito nesse período, deve sê-lo no acompanhamento do pediatra.

Os setores supracitados constituíram panorama de estudos vinculados ao Projeto Saúde Ocular/UFC, com diferentes abordagens, priorizando-se aspectos da visão do RN e participação dos pais (LÚCIO; CARDOSO, 2001-2004). Por essa razão, a escolha do método educativo nos setores, teve o intuito não apenas de preparar as enfermeiras assistenciais, mas também de difundir conhecimentos e experiências de enfermagem na saúde ocular da criança, uma vez que poucos profissionais de enfermagem atuam nesse sentido.

No Ceará, o TRV como rotina obrigatória do cuidado neonatal, já se encontra em trâmite como projeto de lei para a regulamentação da prática nas maternidades do estado do Ceará, assim como em algumas localidades dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco.

Em unidades de internação neonatal, o enfermeiro utiliza não apenas equipamentos de alta complexidade, mas também buscar aliar à tecnologia outros instrumentos de trabalho como experiência, compreensão do cuidado que realiza a sensibilidade e o relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de prover cuidado

seguro, responsável e ético na realidade vivenciada, no que diz respeito a tantas questões relacionadas ao RN (GAIVA, 2006).

A fim de mostrar as possibilidades e limitações de aplicação do TRV nos diversos cenários de assistência aos RNs, neste estudo, pelas enfermeiras, a opção foi a descrição de aspectos da prática por julgá-los relevantes para a avaliação dos resultados. Para compreensão dos dados, foram feitas algumas considerações em relação aos setores nos quais as avaliações práticas pelas enfermeiras foram realizadas: **centro de parto normal, unidade de baixo, médio e alto risco, alojamento conjunto.**

No **centro de parto normal**, explorou-se o ambiente de cuidados ao RN. O espaço mostrou-se com estrutura física apropriada para a realização do TRV pela facilidade em deixá-lo em penumbra e/ou escuro e, pela receptividade por parte da equipe de enfermagem e médica. Despertou-se o interesse dos médicos pediatras que observaram a realização de alguns testes, e pediram informações e orientações sobre como realizá-lo, inclusive, alguns testes também foram feitos, aproveitando os momentos de inter-relação entre médico-enfermeira.

A unidade, de no máximo quatro leitos para RN, possibilitou a realização da avaliação visual nas primeiras horas de vida, tempo de permanência destes nesse setor. O local favoreceu o contato prévio com a mãe para orientações e, quando não foi possível, foi informada e orientada no alojamento conjunto, tão logo transferida da unidade. Como os cuidados com o RN são preliminares e essenciais, objetivando estabilizar suas funções vitais, tornou-se fácil dispensar alguns instantes para proceder à avaliação.

Os momentos iniciais de alerta espontâneo (vigília) corroboraram a avaliação e interação inicial com o RN, entretanto o edema, comum nas pálpebras ao nascimento e a instilação do nitrato de prata a 1% (credeização) foram comumente apontados pelas enfermeiras como fatores que dificultavam o TRV.

De acordo com Kenner (2001) em vigília ou alerta, os olhos estão abertos, brilhantes, com o RN capaz de focalizar estímulo. Consciente e responsivo ao ambiente, o RN faz movimentos propositais e mostra boa coordenação dos olhos com as mãos. É considerado o estado ideal de promoção de estímulos para o contato com os pais.

Na **unidade de baixo risco**, considerou-se o espaço favorável, assim como na sala de Neonatologia do centro de parto normal, para a realização do TRV, no que concerne à facilidade de ambiente em penumbra e/ou escuro, com semelhante colaboração da equipe de enfermagem e médica. Na unidade de 15 leitos, foi possível a avaliação do TRV em RN em idades cronológicas diversas, pois nela, tanto eram admitidos RN diretamente do centro de parto e/ou centro cirúrgico como de unidade complexas, quando já necessitam de cuidados elementares e estão geralmente próximos à alta hospitalar.

Identificaram-se vantagens em relação às outras para a realização do TRV: grande número de RN, visita constante da mãe e menor número de intercorrências, fatores que favoreceram orientações individuais e em grupo (com a presença de até 4 mães), e oportunidades de interação. Tornou-se oportuno prestar informações sobre a saúde ocular após a alta do RN. As avaliações do TRV, como a investigação da história neonatal, manuseio do RN e relacionamento com os pais, transcorreram com pouca dificuldade.

Na **unidade de médio risco**, poucas avaliações foram realizadas. Cada turno de trabalho apresentou características distintas. Geralmente pela manhã, a demanda de procedimentos era intensa, assim como a circulação de pessoas, entre familiares, alunos/acadêmicos e equipe de saúde e apoio. As prescrições médicas ocorriam no turno, e o acesso ao prontuário tornava-se demorado, o que resultava em necessidade de mais tempo para a investigação de fatores da história neonatal.

Por essas razões, o fator “turno” tornou-se favorável ou não para à abordagem do RN e ao TRV. A visita dos pais não era uma constante e se fez necessário o contato prévio com os mesmos. O manuseio do RN era intenso. Associar condições ótimas para o TRV nem sempre constituiu atividade fácil.

Com base em práticas anteriores e valorizando-se condutas de respeito ao ritmo e à necessidade de cada RN, por vezes, aguardou-se o momento mais oportuno para o TRV, ou seja, aquele no qual o RN apresentava-se responsivo e com necessidades básicas atendidas, em algumas situações, com aproveitamento da abordagem ou manuseio de outro profissional em determinado procedimento, a fim de não acarretar estresse ou outro desconforto ao bebê.

Na **unidade de alto risco**, foram realizadas poucas avaliações, em virtude da complexidade do cuidado desempenhado pela equipe multiprofissional e pela instabilidade do estado de saúde geral do RN, na maioria, prematuros extremos, sob ventilação mecânica, e de muito baixo peso, os quais necessitavam do suporte de várias terapêuticas com manuseio mínimo. Nos momentos de prática do TRV, contou-se com o apoio da equipe médica e de enfermagem, na promoção de condições de avaliação.

De acordo com Rolim e Cardoso (2006), o cuidado do RN na unidade deve estruturar-se organizacionalmente no sentido de atender ao paciente de risco em potencial, fato que requer recursos tecnológicos e humanos capacitados e sensíveis, pois poderão estar diante de situações clínicas que ocasionem a morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento.

Os profissionais de saúde em ambiente tão característico como das unidades neonatais de alto risco, por exemplo, passam por experiências que precisam ser conhecidas, caso se deseje realmente compreender a realidade vivida pelos profissionais no campo de trabalho (MACHADO; JORGE (2005).

Com base nessas considerações, compreendeu-se a efetividade de poucas avaliações. Entretanto ressalta-se que, mesmo em ambiente cercado de complexidade tecnológica, é possível e necessária o TRV, em virtude de se encontrarem RNs com potencial de complicações oculares decorrentes não apenas da imaturidade fisiológica, como RNs prematuros e de baixo peso, mas também os que por meio de terapêuticas específicas como hemotransfusão, oxigenoterapia e fototerapia, apresentam iatrogenias do sistema visual. Para tornarem-se viáveis, em decorrência da estrutura e dinâmica de trabalho, as ações precisam ocorrer de modo interdisciplinar.

No alojamento conjunto, foi necessária a adaptação de espaço para a realização do TRV e a aceitação e envolvimento das mães foram surpreendentes. A rotina da unidade e as funções desempenhadas pelas enfermeiras permitiram a organização do tempo, investigação de prontuários e abordagem das mães para orientações. A condição de saúde do RN no setor também favoreceu a abordagem e manuseio pelas enfermeiras. A colaboração da equipe de enfermagem e médica foi fator positivo.

Dentre as vantagens do sistema, enfatiza-se a educação em saúde, que pode ser conduzida em espaço destinado ao binômio mãe-filho, centro natural de educação e não apenas local de acomodação de pessoas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde argumenta que o alojamento conjunto não é um método de assistência utilizado para economizar pessoal de enfermagem, pois tem alto conteúdo educativo que precisa ser considerado prioritário (BRASIL, 1993).

Desse modo, durante a permanência no hospital, é vantajoso que a mãe e o pai participem do cuidado do RN, sob orientação direta da enfermeira. Todavia nem todas as maternidades desenvolvem atividades educativas regularmente (FONSECA; SCOCHI; MELLO, 2002).

O contexto e estrutura de cada unidade/setor mereceram consideração em relação às possibilidades de utilização e implementação do TRV à rotina de cuidados prestados ao RN, quer sadio ou grave, uma vez que constitui medida de triagem simples, não-invasiva e de baixo custo, que auxilia na investigação de problemas visuais que podem comprometer seriamente o crescimento e desenvolvimento de crianças, possibilitando, além disso, a avaliação precoce pelo oftalmologista e devido seguimento, quando necessário.

6.4 AVALIAÇÃO DO MÉTODO EDUCATIVO PARA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A avaliação das enfermeiras foi contínua e conduzida de modo coletivo e individual. Após acompanhá-la na busca aos responsáveis legais pelo RN e obtendo-se o termo de consentimento, a facilitadora tornou-se observadora da enfermeira em relação cujas condutas, se reportaram aos itens específicos do método do TRV a serem realizados com o RN. Os dados retrataram os resultados alcançados na fase prática das enfermeiras envolvendo a prática do TRV.

A cada item da avaliação da enfermeira, a facilitadora atribuiu a classificação “adequado” ou “inadequado”, de acordo com seu desempenho (tabela 6). Antes, eventuais dúvidas foram esclarecidas. Desse modo, a enfermeira agiu sem auxílio de qualquer material impresso utilizado na fase teórica, a fim de verificar o avanço de cada uma no desempenho do TRV, ou seja, na aplicação teórico-prática.

Em alguns momentos, fez-se necessária a intervenção da facilitadora. Por exemplo, nas situações em que a não observância do procedimento comprometia a prática do TRV, como “não promoção de ambiente em penumbra”, ou quando a enfermeira solicitava resposta quanto às dúvidas e/ou certificação quanto à justificativa do mesmo.

Na intervenção direta, por exemplo, no auxílio à enfermeira a manter o posicionamento adequado do RN e/ou a coordenar o manuseio do oftalmoscópio, a avaliação do desempenho do item pela enfermeira foi classificada como “inadequado” até que a realização do mesmo fosse executada satisfatoriamente, sem nenhuma intervenção ou participação da facilitadora.

6.4.1 Realização do TRV pelas enfermeiras: classificação dos itens realizados

A proposta do instrumento 3, da fase operacional, adveio, além do que a literatura apresenta, da experiência da autora com a prática do TRV, ressaltando sua utilização na prática de enfermagem, assim como em pesquisa, de modo crítico, reflexivo e científico.

A tabela 6 mostrou a distribuição das avaliações executadas pelas enfermeiras, segundo o item e classificação atribuída pela facilitadora. Descreveu-se os aspectos relevantes de cada item. Obteve-se um total de 240 avaliações, cada uma com 12 itens, considerando-se as 16 enfermeiras. A avaliação de cada item pela facilitadora foi feita mediante observação direta da execução realizada pela enfermeira. Posteriormente, descreveu-se e analisaram-se as características identificadas em cada item.

Item 1 - Lavagem das mãos: Em apenas 2 (0,8%) avaliações o item foi considerado inadequado, sendo observado em apenas uma enfermeira. Como justificativa, referiu que pelas circunstâncias em que o RN apresentava-se em alerta e no colo na mãe, não sentiu necessidade de tocá-lo para a realização do TRV.

Concluída a avaliação, a facilitadora interveio ressaltando a necessidade independente do fato, pois, a qualquer momento, o estado do RN podia requerer que ela procedesse à abertura ocular, pela necessidade do procedimento antes e depois do exame ocular do RN como medida preventiva à infecção. Nos testes realizados no centro de parto normal usou-se a luva de procedimento, em virtude de secreções pós-parto, mesmo retirado o excesso, como medida de proteção individual.

Desde o primeiro minuto de vida, o RN deve ser observado com extremo cuidado, pois ele é particularmente sensível às infecções, por não ter resistência e meios de defesa eficazes (WONG, 1999).

Mesmo com a constatação do valor da higienização das mãos, na prevenção da transmissão de doenças, profissionais de saúde continuam negligenciando a importância de gesto tão simples, não compreendendo os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas. (MENDONÇA et al., 2003). As infecções hospitalares ocorrem com maior frequência em terapias intensivas, especialmente em RN, e as mãos dos profissionais podem contribuir para a disseminação de infecções (CINTRA et al., 2000).

Entretanto, nas avaliações constatou-se a observação e realização do procedimento em 99,2%, configurando-se resultado positivo, reforçado pelas enfermeiras como medida de prevenção e controle de infecção, não apenas relacionado ao ambiente hospitalar como ao RN.

Item 2 – Ambiente de penumbra. Em apenas 8 (3,3%) avaliações, o item foi avaliado como inadequado. Nessas, as enfermeiras (2) justificaram-se afirmando que, independente da penumbra, visualizavam o reflexo vermelho, sem se reportarem ao benefício da mesma.

Diante do argumento, a facilitadora interveio, indagando-lhe a justificativa apresentada, solicitando que promovesse a penumbra e comparasse a observação dos reflexos, principalmente quanto à dilatação da pupila e intensidade da cor. Mesmo que a enfermeira reconsiderasse o item, o conceito atribuído permaneceu como inadequado, até que a profissional o realizasse sem intervenção.

Recomenda-se a realização do TRV, em uma sala escura, ou ambiente com iluminação mínima, para a máxima dilatação da pupila (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS POLICY STATEMENT 2003; JARVIS, 2002; WEBER, 2007).

Item 3 – Condições do RN para o TRV. Em 32 (13,3%) avaliações, o item não foi observado de modo adequado, visto que as enfermeiras não atenderam de modo global todas as necessidades do RN. A tendência das condutas foi dirigir-se diretamente ao RN e buscar a visualização do reflexo vermelho, desconsiderando-se a princípio as características do ambiente e a investigação

prévia do prontuário, com o objetivo de identificar fatores potenciais de risco para alterações visuais e as condições atuais do estado de saúde. Ressalta-se que a não observação da conduta ocorreu nas primeiras avaliações, e, por volta da quinta avaliação, já se percebia mudança na abordagem da enfermeira.

No entanto, as condições necessárias foram observadas em 208 (86,7%) das avaliações. Em situações particulares essa etapa foi realizada ao final, como nas em que a vigília do RN proporcionava situação ideal de interação e realização do teste do reflexo vermelho, e, mesmo sem ocorrer de modo seqüencial, o item foi considerado como realizado de modo “adequado”.

As condições comportamentais do recém-nascido também podem favorecer ou dificultar a visualização das estruturas do olho. O ato de pegar no colo ou acalantar o bebê torna-o tranqüilo e em alerta, o que desencadeia a abertura dos olhos e o direcionamento da atenção do estímulo visual. Outra maneira de posicionar o bebê que facilita a interação é posicionando-o inclinado diante de si (examinador) (BRAZELTON, 1992; WHALEY; WONG, 1999).

De acordo com Lúcio, Cardoso e Almeida (2007^a: p. 145) deve-se iniciar a abordagem do RN em condições adequadas, sem situações de desconforto ou estresse, inclusive a avaliação das estruturas oculares externas.

“Se o recém-nascido se encontra instável, sonolento, irritado, em estado de choro, ou não esteja com suas necessidades atendidas - como as de higiene, de alimentação ou de termorregulação - ele pouco colabora com o examinador, a menos que se sinta afastado dos agentes estressores, como o excesso de estímulos sensoriais, a exemplo, o excesso de luminosidade”.

Na visão de Lúcio, Cardoso e Almeida (2007^b), enfermeir, ao direcionar sua perspectiva de cuidado para a promoção da saúde ocular do RN e a prevenção de alterações visuais, deve-se questionar a respeito, se na coleta de dados da história materna, foram investigadas infecções, como rubéola, toxoplasmose, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras, e casos de catarata, glaucoma e retinopatia na família; ou se foram identificados fatores que colaboram para o parto e nascimento de prematuros; como foi a avaliação inicial do RN ao nascimento, quanto ao APGAR, idade gestacional e peso; se alguma alteração nas estruturas oculares externas foi observada; se o RN necessitou de oxigênio; se a credeização foi realizada corretamente; se alguma reação foi identificada e quais cuidados de enfermagem seriam dirigidos ao RN.

Item 4 – Estimulação visual. Foi o segundo item com baixo percentual de realização de modo “adequado”, considerado apenas em 173 (72,1%) das avaliações, sendo o de menor percentual o item 12, referente ao registro de procedimento, com 158 (65,8%) avaliações.

Apesar do dado, considerou-se a resposta significativa, pois a estimulação visual foi um item introduzido ao modelo estruturado do método e na técnica do TRV, como meio para promoção de momentos de interação entre a enfermeira e RN, além de outros benefícios, como treinamento da musculatura periorcular, alinhamento dos olhos e tempo de vigília.

Desse modo, a estimulação visual foi um recurso viável que pode ou não ser utilizado pela enfermeira. Quando não realizada, os benefícios deveriam ser mencionados, assim como os recursos visuais utilizados, a fim de verificar parte dos conhecimentos repassados quanto às peculiaridades da visão do RN, à acuidade visual e à preferência visual de acordo com o seu desenvolvimento. Embora, já observada em outras situações de pesquisa nas unidades, desconheciam seus fundamentos e benefícios.

Os resultados do estudo de Gagliardo, Gonçalves e Lima (2004) com o objetivo de apresentar um método para avaliação de funções visuais em lactentes no primeiro trimestre, evidenciaram a capacidade de alerta visual dos lactentes, desde o primeiro mês de vida, possibilitando alta frequência de respostas (mais de 90% dos lactentes) nas provas de fixação visual de objetos, contato de olho com examinador e exploração visual espontânea do ambiente, habilidades que apresentam relação com as funções oculomotoras.

“Essas funções têm valor clínico e devem ser avaliadas desde muito cedo. O desvio nessas funções impõe a detecção precoce de alterações visuais ou neurológicas ou ainda de outros transtornos do desenvolvimento”.
(GAGLIARDO; GONÇALVES; LIMA, 2004.p. 303).

A estimulação visual, no ambiente hospitalar e contexto do cuidado do RN, foi foco dos estudos de Lúcio e Cardoso (2003) com a utilização da intervenção junto às mães em método canguru, com a finalidade de se trabalhar a estimulação como ferramenta importante para o desenvolvimento visual, assim como meio de promoção do treinamento da musculatura periorcular, visão binocular e vínculo mãe e filho.

Lúcio, Cardoso e Campos (2002) apontaram a importância da prática para o desenvolvimento do RN de risco. Quando em alerta, o estímulo visual passa a colaborar com a inspeção das estruturas oculares, mesmo apresentando nessa fase fixação e seguimento fugazes. A promoção regular do estímulo ainda auxilia no treinamento da musculatura periocular o que favorece o alinhamento, aspecto fundamental de observação do reflexo vermelho.

Na concepção de Cardoso (2001), toda criança necessita ser estimulada numa perspectiva global, pois essa conduta contribui para a melhoria do desempenho motor, cognitivo, sensorial, afetivo, social e psicológico. Precisa considerar o meio e as pessoas envolvidas. Após o nascimento, os estímulos visuais são essenciais ao desenvolvimento da criança que precisa de “experiências” para a aquisição de habilidades. Como estratégia aplicada ao cuidado de enfermagem, a estimulação visual requer o envolvimento e treinamento de profissionais, a utilização de artefatos além da criatividade.

Item 5 – Posicionamento do RN. O posicionamento confortável e organizado do RN é fundamental à realização do TRV, pois favorece o alinhamento dos olhos. Em 26 (89,2%) avaliações, a enfermeira dirigiu-se ao RN, avaliando como desnecessária a intervenção pelas condições apresentadas pelo RN, em virtude de mostrar-se tranqüilo e posicionado confortavelmente, quer no leito/berço/incubadora, quer junto à mãe.

Mesmo diante da contenção do RN, decorrente da necessidade de aquecimento, as enfermeiras, durante a observância e execução do cuidado não demonstraram dificuldade para coordenar a posição do RN, a própria e a do oftalmoscópio em relação ao RN. Nas conduzidas de modo adequado, 214 (89,2%), além de atendidos os fatores mencionados, a enfermeira aproveitou o momento para interagir com o RN, conversar e buscar maneiras de deixá-lo tranqüilo, além de envolver os pais, quando presentes.

Para Rossato-Abéde e Ângelo (2002), uma das características peculiares que integram a atuação da enfermeira inclui a habilidade de reconhecer e conviver com a família incluindo-a no planejamento do cuidado, bem como respeitando suas decisões em relação ao tratamento da criança.

Item 6 – Inspeção ocular externa. O item foi classificado pela facilitadora como realizado de modo inadequado, em 56 (23,3%) avaliações, em virtude de as enfermeiras não referirem ou identificarem as alterações visuais comuns do RN, quando presentes.

A observância do item fez-se necessária, pois alterações visuais como ptose, alterações de movimento ocular e conjuntivite podem interferir ou dificultar a realização do teste. As mais comuns em RN, como icterícia, pontos hemorrágicos na esclera e lacrimejamento, geralmente são secundárias a alterações do estado de saúde (WHALEY; WONG, 1999; JARVIS, 2002; WEBER, 2007).

A lanterna foi pouco utilizada para inspeção ocular, substituída geralmente pelo feixe de luz branca do oftalmoscópio e não o desta para realização. No entanto, o fato não invalidou a execução do item. Estruturas oculares como córnea e pupilas podem ser inspecionadas com o auxílio de uma lanterna pequena ou equipamento semelhante (JARVIS, 2002; WEBER, 2007).

A realização do item de modo adequado por 184 (76,7%) permitiu verificar o conhecimento apreendido pelas enfermeiras, na etapa teórica, e a observação de conduta pela enfermeira com fundamentação científica quanto à inspeção ocular e achados normais e fora da normalidade.

No estudo de Lúcio, Cardoso e Almeida (2007), a avaliação das estruturas oculares externas foi realizada no próprio leito do RN e em alguns momentos, nos braços dos pais, ou durante a realização de cuidados, como na higiene corporal, sempre seguida da lavagem criteriosa das mãos e respeitando-se o estado de alerta espontâneo (vigília).

Wasilewski, et al., (2002) afirmam que muitas alterações oculares infantis manifestam-se clinicamente nos primeiros dias de vida ou nas primeiras horas, embora ainda sejam pouco percebidas pelos profissionais de saúde. Como exemplo, a leuocoria, ou “pupila branca”, um dos sinais mais graves, multicausal, que pode apresentar relação com a catarata congênita, persistência de vítreo primário hiperplásico, retinopatia da prematuridade, entre outras patologias do olho, que quando diagnosticadas tardiamente, têm prognóstico pouco favorável.

Item 7 – Teste das pilhas do oftalmoscópio. Concomitantemente ao item 7, o item 8 deve ser observado a fim de assegurar o correto funcionamento do oftalmoscópio direto. Na prática das autoras, tem-se observado que o tempo das pilhas, na prática do TRV reflete diretamente na intensidade do feixe de luz e, conseqüentemente, nas condições/qualidade dos meios oculares observados.

A meia vida das pilhas é variável e depende do tipo. Para os oftalmoscópios foram utilizadas pilhas alcalinas. A durabilidade variou com o tempo de uso do aparelho e número de RNs examinados. À medida que o feixe de luz tornava-se “fraco”, procedia-se a substituição das mesmas.

Em apenas 11(4,6%) avaliações o cuidado com a verificação do item não foi observado, e ao findá-la, a enfermeira referiu dificuldades quanto à visualização do reflexo vermelho, sendo o mesmo identificado com pouca clareza e brilho. Isso ocorreu em virtude da durabilidade das pilhas e pelo feixe de luz pouco forte. Concluído o TRV, a facilitadora fez uma abordagem quanto à verificação das condições ideais do aparelho e do ambiente.

Quando o ambiente em penumbra não é observado, a dilatação fisiológica é desfavorecida e a pupila se mantém constricta. O feixe de luz pouco intenso, associado à luminosidade do ambiente, dificulta ainda mais a observação. A verificação do item assegura o ótimo funcionamento do oftalmoscópio quanto à intensidade da luz. Concluída a avaliação e após orientações, a enfermeira procedeu à troca das pilhas e refez o teste a fim de averiguar a diferença quanto à observação do reflexo e também para melhorar o processo de aprendizagem.

Item 8 – Ajuste do oftalmoscópio direto. Verificou-se nesse item maior aproveitamento em 239 (99,6%) avaliações, visto que, apenas uma das enfermeiras, em uma das avaliações deixou-se de checar o cuidado. O ajuste das lentes do oftalmoscópio é essencial, uma vez que precisam adequar-se às lentes oculares do examinador (córnea e cristalino) e o desajuste, interfere diretamente nas características dos meios oculares do RN a serem inspecionados. Ou seja, é um cuidado imprescindível para a visualização adequada do reflexo vermelho. Ao realizá-lo, a enfermeira deve estar atenta aos discos de lentes e conhecer a sua finalidade.

Item 9 – Relação oftalmoscópio, examinador e RN. Em apenas 13 (5,4%) avaliações, as enfermeiras apresentaram dificuldades em ajustar a distância entre si (examinadora) e o os olhos do RN, pois obtinham visualização mais clara do reflexo, até mesmo para caracterizá-lo, quando bem próximas do RN (20-30 centímetros). Na distância de aproximadamente 50 centímetros já não conseguiam descrevê-lo com tanta precisão.

Outra questão importante, verificada nas avaliações, foi a necessidade da utilização do tampão ocular por duas enfermeiras, a fim de facilitar o uso do oftalmoscópio, pois referiram dificuldade em coordenar olho - orifício do aparelho – pupila do RN.

Item 10 – Observação do reflexo vermelho. Pela intrínseca relação com o item anterior, em 6 (2,5%) avaliações, a dificuldade em coordenar olho - orifício do aparelho – pupila do RN, foi mais intensa. Particularmente, mais acentuada em duas enfermeiras, ocorreu o fato e, como estratégia para potencializar a aprendizagem e o aperfeiçoamento quanto à realização do TRV, a pesquisadora valeu-se do uso de “tampão ocular”, fornecendo-o a cada uma delas, estimulando-se o treino da oclusão com esse recurso.

A dificuldade poderia ser apresentada por qualquer profissional, ou mesmo discente, em processo de ensino e aprendizagem bem como relacionar-se a características próprias do examinador, como, por exemplo, a necessidade de lentes corretivas, desconforto visual, ou mesmo pouco uso do oftalmoscópio na prática do cuidado. Em torno da sétima avaliação, com o treinamento, observou-se o progresso das enfermeiras até a realização do TRV, sem uso do tampão. A estratégia mostrou-se pertinente e eficaz, para situações de ensino, e a dificuldade relacionou-se ao desempenho pessoal.

Em diferentes contextos do mundo, o cuidar de pessoas tem inspirado desde adequações de outros produtos existentes, passando pela improvisação de alguns outros, até a resposta mais efetiva de intencionalmente projetar e desenvolver produtos de interesse para a vida e para a saúde. Esse aspecto da enfermagem é tão importante que se manifesta e destaca-se na prática de enfermagem em países de distintas situações econômicas e de desenvolvimento (DIAS et al., 1996).

Pela criatividade o profissional de saúde pode ampliar circunstâncias que envolvem a orientação, assim como facilitar o processo de ensino-aprendizagem, de maneira a promover as condições ideais para que os resultados ocorram pela prática dos conhecimentos e produção de outros.

Item 11 – Informação do resultado aos pais. Observou-se a dificuldade das enfermeiras na realização adequada do item, em 57(23,8%) avaliações, fato atribuído à pouca familiaridade da profissional, em relação à abordagem dos pais para questões relativas ao TRV e sobre a saúde ocular da criança. Apresentavam-se cientes acerca do que orientar, no entanto tratava-se de uma abordagem pouco comum na rotina de cuidados.

Preferiram, inicialmente, observar a atuação da facilitadora quanto à ação junto às mães ou pedir auxílio na execução do item. A dificuldade foi sendo amenizada com as avaliações, mas, no início, as enfermeiras não procuraram desempenhar *feedback* com os pais, dando seguimento à avaliação e findando com o registro.

O estudo de Mérula e Fernandes (2005) referenciou ao analisar 44 prontuários, que a primeira observação da leucocoria foi feita em 38,6% dos casos pela mãe justificado pelo maior convívio com a criança. Com mais orientação e informação da gestante haveria diagnóstico mais precoce da catarata congênita, uma vez que estas atentariam para o encaminhamento dos filhos para exame oftalmológico.

A Resolução nº 41/95, que trata dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, assegura o "direito que pais ou responsáveis participem ativamente do diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre procedimentos a que será submetida". As informações que os pais precisam receber compreendem obter informações a respeito do estado de saúde do filho, diagnóstico, tratamento, prognóstico, medicamentos, exames; conhecer o motivo da hospitalização e tudo o que é feito com e para seu filho (COLLET; ROCHA, 2003).

Fornecer informações aos pais a respeito das condições do filho hospitalizado, o RN, é ação que deve ser incorporada na prática do cotidiano da enfermagem e requer competência da enfermeira. Com comunicação eficiente entre

enfermeira e pais, diminui a ansiedade e aumenta a aceitação da situação do quadro de saúde do filho e do processo de hospitalização.

Particularizando os cuidados com a visão, a enfermeira orienta quanto à importância da participação dos pais na unidade e também precisa sensibilizá-los quanto à necessidade de cuidados no lar, ou mesmo, acompanhamento de oftalmologista no primeiro ano de vida, em caso de alterações visuais presentes. As orientações, nesse período, quando a criança não apresenta problemas relacionados ao desenvolvimento da visão, centram-se em ações de aspecto preventivo, as quais precisam ser enfatizadas em consultas de puericultura.

Buarque et al., (2006) relatam que ao acompanhar as transformações na assistência neonatal, tem-se observado, cada vez mais, a presença da família em relações com os profissionais na unidade neonatal. Julgam necessárias, as reflexões sobre repercussões para pais e familiares do nascimento e da hospitalização do RN de risco e sobre a maneira mais adequada de abordagem da família, no sentido de promover melhor adaptação no período de acompanhamento do filho.

Reichert, Lins e Collet (2007), ao refletirem acerca da complexidade de assistência ao RN em unidades de internação neonatal, enfatizam a importância do envolvimento da equipe de enfermagem na assistência ao binômio mãe-filho, como necessidade e meio de humanizar a assistência, facilitando a interação entre equipe profissional-RN-mãe. Dentre os benefícios da participação, apontam contribuições para o crescimento, desenvolvimento e recuperação do RN, de modo mais satisfatório, e para a amenização dos efeitos nocivos da hospitalização para os pais.

Item 12 – Registro do procedimento. Sua execução ocorreu de modo semelhante ao item 11, em relação ao desempenho das enfermeiras, que geralmente o iniciaram de modo adequado, em média, depois de 8 avaliações. Referiram dúvidas quanto ao que e como registrar de modo mais correto, visto que o registro não era parte da rotina institucional.

O registro do processo de cuidar do RN compreendeu a saúde ocular e não exclusivamente o TRV, com vistas à avaliação global. Abaixo, exemplo de registro de RN estável e sem alterações.

1/1/2007, 8:00 horas, manhã: Rn a termo (IG: 38 semanas), no 1º. dia de vida; peso: 2800 gramas, APGAR 8/9. Estado geral bom, ativo e reativo aos estímulos. Apresenta necessidades fisiológicas atendidas. Quanto à promoção de estímulos visuais, responsivo ao contraste e acompanhamento fugaz. Sem alteração de movimento ocular. Ausência de alterações à inspeção ocular. Reflexos de córnea, piscar e pupilar presentes e normais. Reflexo vermelho realizado em penumbra. Resultado presente (normal), de cor laranja, homogêneo e simétrico em AO (ambos os olhos). Ausência de leucocoria. Mãe informada quanto à avaliação e resultado e orientada quanto à promoção da saúde ocular. Enfermeira Ingrid COREN 104536.

Esse registro apenas foi constatado no prontuário pelas enfermeiras em pesquisas anteriores realizadas na instituição, nas quais não estavam diretamente envolvidas. Em 82 (34,2%) avaliações, a observação do item foi considerada como inadequada pela não realização do registro; por de não ter sido mencionado o que deveria contê-lo ou a enfermeira relatar que não sabia como registrar, embora os aspectos que o compunham tenham sido abordados na fase teórica.

Segundo Suarez et al., (2000, p.12), "a anotação é uma dentre as formas mais importantes de comunicação em enfermagem". Constitui meio básico e imprescindível de comunicação da equipe multiprofissional, promovendo assistência integral e qualificada. Complementam Potter (1999), ao ressaltarem que o registro é um aspecto vital da prática de enfermagem, obtido ao longo do tempo, considerando forma e qualidade.

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações sobre o cuidado dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente (SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

Entretanto Marin (1995), ao reportar-se aos registros em prontuário, ressalta que não constituem apenas papel do enfermeiro, mas também dos auxiliares/técnicos de enfermagem, por meio de observações baseadas no estado geral do paciente e informações médicas. Por outro lado, há perdas no registro dos prontuários, na maioria dos hospitais.

Somam-se a isso, falhas dos mecanismos de armazenamento de prontuários, gerando dificuldades quando se procura recuperar dados para pesquisa e análise, não apenas provenientes da equipe de enfermagem como também dos demais profissionais, que fazem uso do mesmo, como documentação legal e fonte de integração dos cuidados e condutas necessárias.

Embora os registros sejam reconhecidos pela sua importância em situações legais, éticas, científicas e educacionais, em torno da qualidade do cuidado prestado, no Brasil, ainda ocorre de modo pouco sistemático, decorrente geralmente da falta de infra-estrutura adequada à atuação do profissional da enfermagem em muitas instituições, diante de demanda crescente dos serviços de saúde (MATSUDA et al., 2006).

6.4.2 Desempenho das enfermeiras segundo o número de itens realizados de modo adequado em cada avaliação

A prática do TRV não era rotina de cuidados de enfermagem, nem mesmo do pediatra, em assistência. Entretanto a competência técnica para execução do procedimento exige conhecimentos provenientes de anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia, psicologia, entre outros, e destreza manual, disciplinas que integram a formação acadêmica de enfermeiros.

A abordagem do TRV, na prática do cuidado de enfermagem, é recente no Brasil, contrapondo-se àquela de países desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido onde é rotina. O aperfeiçoamento depende de experiências práticas e de abordagens teóricas, além de tempo para o desenvolvimento de pesquisas.

No Brasil, o TRV é trazido em programas e diretrizes nacionais e em estratégias governamentais. Na reformulação da caderneta da criança, atual passaporte da cidadania inclusive, é apresentado, no campo de triagem neonatal, com espaço de registro próprio, condutas e encaminhamento (BRASIL, 1994; 2003 ;2004; 2005).

Descrito o contexto das avaliações, assim como a distribuição dos itens classificados de modo “adequado” e “inadequado”, prosseguiu-se a avaliação do desempenho das enfermeiras, considerando-se as avaliações e a execução dos itens de modo “adequado”, (gráfico 1).

Quanto ao valor absoluto de itens executados adequadamente, nenhuma avaliação foi composta de menos de 6 itens executados de modo adequado. Compuseram essas avaliações os itens (1, 2, 5, 8, 9, 10), ou seja, atendidos os cuidados com a prevenção de infecção, promoção de ambiente em penumbra,

posicionamento do RN, de modo a favorecer o alinhamento dos olhos, direcionamento do oftalmoscópio à pupila do RN e visualização do reflexo vermelho.

Entretanto, conforme discutido na tabela 6, a justificativa dos demais itens assim como a sua realização de modo adequado foi fundamental para a compreensão global da triagem pelo TRV em RN, devido às peculiaridades do desenvolvimento do sistema visual nessa fase. Houve um crescimento progressivo quanto à execução de todos os itens de modo “adequado” (12), o que se constituiu, ao final do estudo, em 41,6% do total de avaliações, ou seja, 100 avaliações.

Concorda-se com Torres, Andrade e Santos (2005), ao argumentarem que o desempenho e a competência técnica envolvem comportamentos integrados e alicerçados no conhecimento e habilidades desenvolvidas. Além disso, ressaltam que ambos são considerados requisitos fundamentais para os profissionais da saúde responsáveis pela execução de procedimentos em diferentes níveis de complexidade.

A incorporação de atividades educativas assim como o treinamento profissional contínuo precisa alicerçar a formação dos profissionais, a fim de assegurar raciocínio crítico e consciente acerca do seu papel, na prevenção e controle de complicações associadas à prática do cuidado. No contexto da prática apresentada, os enfermeiros precisam de atualização e treinamento contínuos e da constante busca de correlação teoria e prática.

6.4.3 Desempenho das enfermeiras segundo o número de avaliações

Embora, pela especificidade, o cuidado com a visão do RN pareça algo necessário apenas após alta hospitalar, em centros de referência, não o é. A questão deveria ser vista como mais uma preocupação, pois compreende cuidado personalizado, com a participação e envolvimento dos pais na assistência, almejando-se ótima condição das relações humanas entre RN, família e profissionais de saúde, além da promoção adequada do desenvolvimento da criança.

Desse modo, o planejamento e execução dos cuidados de enfermagem requerem uma avaliação rigorosa e contínua, esta apresenta características singulares por se tratar de RN, como a introdução de novas modalidades de tratamento, a “falta” de comunicação verbal com RN, e pouca familiaridade com expressões não verbais, estreita relação entre as respostas favoráveis e as adversas

da terapia, falta de reações por causa do desenvolvimento imaturo e a extrema vulnerabilidade, particularmente nos mais prematuros ou doentes (LEFRAK-OKIKAWA, LUND, 1995).

No desempenho das enfermeiras, à execução do TRV, considerou-se não apenas o número de avaliações, mas também o processo de aprendizagem em torno do mesmo, como a utilização da fundamentação teórica apresentada e discutida e habilidade técnica, além da postura diante das relações humanas envolvendo família, RN, e equipe. De acordo com Torres, Andrade e Santos (2005, p.300),

“Desempenho e competência envolvem comportamentos consolidados no conhecimento e nas habilidades desenvolvidas. Esses são os requisitos básicos para os profissionais da saúde que realizam procedimentos em diferentes níveis de complexidade”.

Compartilha-se da concepção de Kamada e Rocha (2006) de que, dessa forma, a “humanização” do cuidado possa ser construída, agregando valores e seres humanos à tecnologia. Trazem como exemplo, o contato físico com a criança e o calor humano como fatores importantes para o seu desenvolvimento e que um vínculo mais estreito deve ser objetivo entre a enfermagem, mãe e RN, sendo o cuidado preconizado no curso de graduação, e reforçado em estágios, na assistência ao RN, um pouco distante da prática do enfermeiro.

A princípio, as enfermeiras mostraram-se mais interessadas na observação direta do reflexo vermelho do RN, demonstrando atitude singular de curiosidade. Após a execução dos itens (1 e 2) - lavagem das mãos e promoção do ambiente em penumbra, as enfermeiras dirigiam-se, freqüentemente, ao RN, para realização do TRV, principalmente, quando em estado de alerta, sem atenção à execução dos itens (3, 6, 7, 11 e 12): averiguação das condições do RN para a realização do TRV, estimulação visual, verificação do funcionamento do oftalmoscópio, informações do resultado aos pais e o registro do procedimento.

Como nos resultados do gráfico 1 e 2, observou-se crescente desempenho das enfermeiras em relação à realização dos itens de modo “adequado”. Também a partir da avaliação de número 13 as enfermeiras atingiram 100% dos itens, ou seja, 12 itens de cada avaliação do RN.

Embora, ao longo do processo de ensino e aprendizagem tenham-se evidenciado desempenhos distintos entre enfermeiras, com características próprias, o método educativo atendeu aos objetivos estabelecidos quanto ao processo final, ou seja, a realização do TRV em RN, atendendo-se à execução dos 12 (100%) itens. Pelo gráfico 2, o número de avaliações foi satisfatório, uma vez que oportunizou o exercício/treinamento do cuidado, como técnica, de modo progressivo.

À análise do desempenho do TRV, nas unidades envolvidas, segundo o número de itens e comparando-se com a literatura, a essência do exame foi apreendida pelas enfermeiras. Entretanto ampliaram-se os procedimentos em torno do TRV, pelo método educativo aplicado, por considerá-los relevantes ao cuidado neonatal, com base em lacunas observadas em estudos anteriores, além de se almejar avaliação mais ampla, global, não estritamente relacionada aos aspectos biológicos.

Assim defendem Torres, Andrade e Santos (2005) pesquisas futuras serão necessárias, de modo a auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão, a qual se ampliará com o apoio e implementação de novas tecnologias, considerando-se não apenas as dimensões clínicas do paciente, como também as gerenciais e de formação. O gráfico 3 apresentou resultado semelhante, de outra forma.

Entretanto, para a identificação de “leucocoria” seriam necessários estudos e treinamentos, com amostra ampla, em decorrência da baixa prevalência de alterações visuais que apresentam esse achado, como catarata congênita e retinoblastoma. Embora raras, as alterações são freqüentemente tratadas tardiamente, devido às falhas no diagnóstico, passando, muitas vezes, despercebidas por pediatras e genitores, trazendo sérias implicações visuais, comprometendo a qualidade de vida dessas crianças (VENTURA et al., 1995, 2002).

6.4.4 Utilização do gradiente de cores pelas enfermeiras

No método educativo aplicado às enfermeiras, no que concerne à prática do TRV, utilizou-se um instrumento - gradiente de cores composto de escalas de vermelho, amarelo e laranja para facilitar a descrição do reflexo observado pelo oftalmoscópio, assim como no trabalho de AGUIAR (2007); COSTA; CARDOSO; LÚCIO (2005); COSTA; CARDOSO (2004) e LÚCIO (2004).

A primeira versão do gradiente foi criada por Costa e Cardoso (2005) e tem sido continuamente testada e aprimorada por Aguiar e Cardoso (2006), a fim de facilitar a identificação e descrição das características do TRV observado, tornando-as o mais próximo do achado observado pelo examinador, além de também utilizá-lo para verificação de associações com variáveis do RN.

As nuances de cores foram distribuídas em gradientes de vermelho, laranja e amarelo, considerando-se as variações da normalidade do fundo de olho, e, a cada uma, atribuiu-se um código, identificado e registrado pela enfermeira no impresso referente à avaliação do RN.

Em estudo de Aguiar (2007), com a utilização do gradiente de cores observaram-se variações de cor do reflexo, consideradas variações de normalidade, não necessariamente vermelhas, assim como sugere a nomenclatura do teste, mas consideradas normais. Tendo em vista os resultados, o instrumento, mostrou-se material útil e facilitador da aprendizagem do examinador.

A opção foi utilizar o referido gradiente pelas enfermeiras como instrumento complementar no método educativo proposto nesta pesquisa. Por seu intermédio, obteve-se a avaliação da tonalidade do reflexo vermelho observado pelo examinador, posteriormente, observada pela facilitadora, comparando a observação de ambos, sua validação.

Apesar de não ter sido o foco central deste estudo, o aprofundamento do uso do gradiente de cores ora explicitado, considera-se pertinente à discussão no contexto estudado e a sua contribuição para o registro do TRV pelas enfermeiras, pois se apresenta como importante elo na melhor qualidade do cuidado, na prevenção da cegueira e promoção da saúde ocular em crianças.

Foram apresentados no gráfico 4, os dados da distribuição dos resultados do gradiente segundo as faixas, por meio do qual se observou a equivalência dos achados entre pesquisadora e enfermeiras. Na tabela 7, buscou-se a concordância entre facilitadora e enfermeiras em relação à cor observada do RV nas avaliações.

À vista disso, verificou-se que a utilização do instrumento mostrou-se útil e aplicável à identificação da impressão do reflexo observado, quanto ao aspecto cor, auxiliando na descrição e registro do reflexo observado. Posteriormente, buscou-se o agrupamento dos resultados por faixas de gradiente.

De acordo com Jarvis (2002), existe variação, em relação ao fundo do olho, entre vermelho – claro a vermelho – castanho – escuro, segundo a coloração da pele do paciente. A visualização do reflexo do fundo do olho deve estar livre de qualquer área opaca, sombra, ou pontos obscuros, que bloqueiem a passagem da luz, que precisa dos meios oculares transparentes para chegar à retina.

Weber (2007) complementa esclarecendo que o reflexo vermelho precisa ser inspecionado quanto à forma e a coloração. Quando normal é redondo, brilhante, com tonalidade vermelho-alaranjada, e, quando anormal, apresenta coloração clara, ou forma anormal.

De acordo com Bonotto (2007), a coloração do reflexo observado pode sofrer influência de incidência de luz, de pigmentação e do estágio de desenvolvimento da retina. Outras variáveis podem interferir como o uso do oxigênio, a idade gestacional do RN e posicionamento do RN no momento do teste, especificamente, relacionado ao alinhamento do eixo visual.

A observação, embora seja instrumento que acompanha a história da enfermagem, precisa ser treinada para apreender significado. Para tanto, os profissionais necessitam não apenas do conhecimento, mas de competência para observar, o que envolve a habilidade de entender de forma consciente as informações buscadas através dos sentidos, em decorrência de destreza e experiência, a partir da capacidade humana (BRASIL, 1997).

Na tabela 7, fez-se a verificação da concordância entre facilitadora e enfermeira, em relação ao gradiente de cores observado ao longo das avaliações. Quanto a isso, existiu uma forte correlação entre os examinadores, dado positivo para o estudo em virtude de se tratar de observação inteiramente peculiar, ou seja, o reflexo do tecido da retina situado na porção posterior do olho, além de requerer do examinador a habilidade de visualizá-lo pelo pequeno orifício situado no oftalmoscópio direto.

A estratégia de avaliação da prática foi importante para a capacitação dos enfermeiros, no envolvimento com as demais profissionais, com o RN e a família. No entanto, reforça-se a necessidade da supervisão contínua, em virtude de se tratar de atividade pouco vivenciada nos serviços de atenção ao RN.

6.4.5 Facilidades e dificuldades do método educativo segundo as enfermeiras

Para a enfermeira exercer seu papel na educação em saúde referente à saúde ocular no cuidado neonatal, torna-se necessários conhecimentos, habilidades técnicas, pedagógicas e de planejamento sobre as práticas educativas, para desenvolvimento e administração de tal processo, do qual é parte integrante como profissional da equipe de saúde.

Considerando-se a avaliação de desempenho como parte integrante do processo ensino-aprendizagem e a prática de enfermagem como processo educativo, sua utilização de forma contínua e sistematizada poderá contribuir para o alcance ou melhoria da qualidade da assistência (BALBUENO; NOZAWA, 2004).

De modo geral, o enfermeiro tem a função educativa incorporada à sua prática diária e deve realizá-la de maneira natural e espontânea, embora o faça em alguns momentos de modo mecânico desconsiderando as reais necessidades dos indivíduos que se encontram sob os seus cuidados (FREITAS; FREIDLANDER, 2003).

Ao docente de enfermagem não compete apenas transmitir o saber, mas também a preocupação em estimular a criação do saber, visto que o papel do professor (facilitador) precisa romper o paradigma de apenas o transmissor do conhecimento, organizá-lo e estimular o seu desenvolvimento. (MAGALHÃES; IDE, 2001).

À conclusão do período de avaliação dos RN e do processo de ensino aprendizagem relacionado ao TRV, solicitou-se às enfermeiras o relato das facilidades (pontos positivos) e dificuldades (pontos negativos), descritas no quadro 2, para avaliação dos aspectos relevantes para aperfeiçoamento de operacionalização do método educativo. Além disso, o momento foi oportuno para obtenção de resposta após o período de acompanhamento e desempenho das fases do método educativo.

Concorda-se com Pettengil, Nunes e Barbosa (2003), em relação ao quanto não constitui tarefa fácil ensinar as especificidades da criança, de modo a fazer com que o aluno avance no conhecimento baseado no senso comum para o conhecimento científico, assim como sensibilizá-lo para aspectos com que ainda não se encontra familiarizado.

Compartilhando esse pensamento, houve a necessidade de exploração de aspectos subjetivos, na operacionalização do método educativo, contrapondo-se em parte ao modelo estritamente biomédico e pela possibilidade de ampliar a compreensão do objeto de estudo, embora de modo complementar ao delineamento quantitativo.

Os aspectos apontados como facilidades centraram nos recursos didáticos e prática do TRV, na relação enfermeira, mãe e RN além de condições gerais da avaliação. De acordo com Cucolo, Faria e Cesarino (2007), o conteúdo abordado em processo educativo deve estar bem fundamentado e o mediador (facilitador) preparado para capacitar o grupo de enfermeiros que serão multiplicadores da aprendizagem. Os aspectos relacionados à facilitadora e recursos didáticos foram adequados.

Contrapondo-se às facilidades, foram mencionadas dificuldades, em parte previsíveis, pois algumas também foram sentidas pela facilitadora quando iniciou a prática do TRV, em 2003. Dentre elas, a mais destacada foi a não visualização da leucocoria em nenhum recém-nascido (12), embora várias imagens do achado tenham sido discutidas com as enfermeiras na fase teórica. Em nenhum dos 240 RNs foi identificado esse achado clínico.

Outro fator foi a dificuldade em coordenar olho-mão-oftalmoscópio e RN, (6), nas primeiras avaliações. Outras foram estreitamente relacionadas à vida pessoal e profissional como, por exemplo, disposição de tempo livre (extra treinamento) para estudo do material disponibilizado (5), conciliação da vida pessoal com o período necessário para o treinamento (4), e o elevado número de RN na unidade de trabalho (4).

Outras dificuldades também foram relacionadas às condições do RN, uso do oftalmoscópio e gradiente de cores, orientações e registros. Quatro referiram a pouca habilidade no afastamento das pálpebras. Duas enfermeiras apontaram a necessidade do uso de oclusor, embora, a princípio o recurso tenha se mostrado útil para o aprimoramento de sua coordenação.

Duas avaliaram o horário da manhã inadequado à realização do TRV em virtude do demanda de cuidados, duas citaram o fato de não terem avaliado um RN prematuro extremo. Duas referiram perda de muito tempo na investigação dos dados

no prontuário. Três sentiram dificuldade de como e o que registrar após a realização do TRV.

Duas não se consideraram muito habilidosas no procedimento e outras duas mencionaram a não disponibilidade do oftalmoscópio na unidade. Foram citados em menor frequência: a falta de tempo para a realização do TRV (1), local pouco favorável (1), dificuldade em apontar cores do gradiente quando muito semelhantes (1), prestar orientações sobre saúde ocular (1), não ter identificado nenhuma alteração visual externa (1), realizar o TRV com RN em incubadora (1), e quando RN choroso, irritado e com olhos edemaciados (1).

A avaliação, no contexto de facilidades e dificuldades, foi positiva e o desempenho global e individual das enfermeiras considerado satisfatório pela facilitadora. Os dados complementaram e esclareceram aqueles trazidos no quadro 1, onde foram descritas as expectativas das enfermeiras e sentimentos relativos à teoria e prática, e na tabela 6, onde se descreveu a distribuição das avaliações segundo item e classificação atribuída pela facilitadora à enfermeira.

Pela tabela 6, as dificuldades mais comuns relacionaram-se aos itens como: o registro do procedimento 82, (34,2%); estimulação visual 67, (27,9%); informação do resultado aos pais, 57 (23,8%); inspeção ocular externa 56, (23,3%); condições do RN para o TRV, 32 (13,3%); posicionamento do RN, 26 (10,8%). Isso justificou os aspectos destacados pelas enfermeiras.

Na concepção de Amorin e Oliveira (2005, p. 27),

“As enfermeiras são as profissionais que têm uma relação direta com o cuidar/cuidado humano, pois no exercício de suas atividades acompanham os utilizadores do cuidado de maneira imediata e constante, seja promovendo o cuidado direto ou criando condições para execução das ações de cuidado”.

O cuidado de enfermagem, na perspectiva de Oliveira (1998), permeia o relacionamento humano em meio à dialética do processo de saúde e doença, compreendendo a subjetividade dos sujeitos envolvidos, afetividade, palavra, gestos corporais, ato de tocar e a percepção para além da técnica.

A operacionalização do método educativo na utilização do TRV compreendeu esses aspectos sob perspectiva não apenas técnica. Inserindo-o no âmbito da tecnologia para o cuidado, concorda-se com Caetano e Pagliuca (2006),

ao discutirem que, com vistas à sua utilidade, a produção tecnológica necessita de argumentos coerentes em relação ao que se entende sobre o que seja tecnologia, a quem ela serve e para que criá-la.

Nietsche (2000, p.21-22) estudou a definição de tecnologia sob diversas ópticas, concebendo-a como emancipatória, a partir da:

“Apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que possibilita aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu próprio processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e de cidadania, tendo à possibilidade de experimentar a liberdade, a autonomia, a integridade e a estética, na tentativa de buscar qualidade de vida”.

Esses aspectos foram buscados e respeitados no processo de ensino aprendizagem das enfermeiras e da construção do crescimento individual e coletivo. O aprimoramento da prática vai sendo adquirido pelo treinamento e repetição. Competência para sua condução do TRV é alcançada com o tempo e constante atualização.

Pontuando tecnologia na prática de enfermagem toma-se a concepção de Nietsche (2000-2005), que diz ser entendida como resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos voltados à construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre determinada situação prática. Todo o processo deve ser avaliado e controlado sistematicamente. Como tecnologias do cuidado, consideram-se todos os saberes respaldados em princípios científicos e propostos em técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo profissional do cuidado.

Para fundamentar a avaliação do método aplicado, na perspectiva de apontar benefícios e limitações para a prática do TRV pela enfermeira, como tecnologia do cuidado, buscou-se o conceito de tecnologia educacional (TE).

Para Nietsche, et al., (2005), pode ser entendida, na linha de Pesquisa em Educação, Saúde e Enfermagem, como corpo de conhecimentos enriquecidos pela ação do homem, não se tratando apenas da construção e do uso de artefatos ou equipamentos. No processo tecnológico, revela-se o saber fazer e o saber usar o conhecimento e equipamentos em todas as situações do cotidiano, críticas, rotineiras ou não.

Conjunto sistemático de conhecimentos científicos é composto pelo planejamento, execução, controle e acompanhamento envolvendo todo o processo educacional formal ou informal. Para aplicá-la, na perspectiva de processo ou de produto, faz-se necessário que o educador (profissional da saúde) seja facilitador do processo ensino-aprendizagem, e o educando (clientela), um sujeito participante do processo, e ambos utilizem a consciência criadora, sensibilidade e criatividade na busca do crescimento pessoal e profissional (Nietsche, et al., 2005).

Na avaliação do processo de ensino aprendizagem do TRV, ressalta-se que a responsabilidade no “processo” foi compartilhada por todos os envolvidos. Pettengil, Nunes e Barbosa (2003) referem que para tornar-se responsável pelo próprio aprendizado o aluno compreende que é preciso transpassar etapas e, entre elas a tomada de decisões, que podem levá-lo a diferentes condutas. Em situação de aprendizagem, diante de algo “novo” poderá sentir-se desconfortável, desorientado, ansioso e temeroso pela possibilidade de não alcançar as expectativas.

Na concepção de Ângelo (1994), para que o cuidado ocorra de maneira legítima e direcionada, fazem-se necessárias mudanças significativas da educação em enfermagem. O foco do ensino deve alterar-se do treinamento para a educação, da técnica para a compreensão, do conteúdo estrito para a tomada de consciência crítica. Corroborando com essa perspectiva, Amorin e Oliveira (2005) complementam ao afirmarem que é preciso o investimento em diversas estratégias de ensino e aprendizagem do cuidado, porém, em convergências para a integração, com outras abordagens e disciplinas.

Complementam Esperidião, Munari e Stacciarin (2002), que o desenvolvimento e a integração de ações de humanização, no contexto assistencial, constituem desafio intrinsecamente relacionado à formação dos profissionais de saúde, não restrito ao âmbito acadêmico, pois desse modo adquiririam sentido isolado e insignificante. Concorda-se com os autores, no que o cuidado se pauta na individualidade e integralidade dos sujeitos envolvidos, assim como dos profissionais.

A concepção de competência, Lima (2005b) a ressalta o diálogo e o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos), ações essenciais e características de uma determinada prática profissional,

inclusive a influência de fatores pessoais e intrínsecos ao trabalho. Também coloca que não se trata de algo que se observe diretamente, mas pode ser deduzido pelo desempenho. Considerada a competência profissional tem-se o reflexo na capacidade de ação. A combinação entre os elementos “experiência”, “ambiente” e “capacidades individuais/maturação” permitem diferentes formas de aprendizagem.

Contemplaram-se esses aspectos, ao longo do processo de ensino aprendizagem das enfermeiras da prática do TRV. As habilidades foram aprimoradas pelas oportunidades de abordagem teórica e prática além de fatores pessoais e profissionais. O desempenho, do mesmo modo, também sofreu influência de fatores e capacidade com excelência para prestação do cuidado, empenho e exercício contínuos.

7 CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste trabalho, com proposta de um método de ensino para a prática de um teste ainda pouco realizado por enfermeiros requereu disposição interior, disponibilidade de tempo, recursos financeiros e tecnológicos e extensa pesquisa da literatura, ainda em crescimento no Brasil.

Foi uma experiência de idas e vindas, por não haver trabalhos com essas características, em outros centros de ensino e pesquisa, exceto produções do Projeto Saúde Ocular, do Departamento de Enfermagem da UFC, sobretudo, na área do ensino de Enfermagem Neonatal e Pediátrica, o que dificultou a obtenção de subsídios no processo de discussão da pesquisa.

Neste trabalho, buscou-se referencial teórico e prático, no intuito de aproximar o método do cuidado de enfermagem do RN, sem desconsiderá-lo em termos de aplicabilidade nas demais fases do crescimento e desenvolvimento da criança. Considera-se a estratégia exeqüível e recurso didático-pedagógico útil e capaz de suscitar novas reflexões na docência, assistência e pesquisa em enfermagem.

Os treinamentos em serviço na área de saúde ocular, do setor público, acompanhados pela supervisão direta e educação permanente, deveriam integrar as propostas de ações básicas de saúde. No que diz respeito ao profissional de enfermagem, em particular, à enfermeira sujeito, constatou-se a necessidade e o interesse em participar, de modo efetivo, em ações dirigidas à triagem visual neonatal. Mostraram-se capazes de executá-las em sua rotina de cuidados, em parceria com os demais membros da equipe multiprofissional, como o pediatra, quando disponível, oftalmologistas.

Resgatando a tese apresentada deste estudo, concluiu-se que a criação e aplicação de tecnologia educativa voltada para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido permitiram a formação de competências técnico-científicas, desenvolvidas e aprimoradas em assistência, extensiva igualmente ao ensino e conhecimento de aspectos próprios da utilização do TRV em RN, no processo vivenciado com enfermeiras, mas também possível de aplicação a outros profissionais competentes, pediatras e o oftalmologistas.

Embora o conhecimento do teste ainda fosse elementar para as enfermeiras, antes da abordagem, foi motivo de interesse com os meses de acompanhamento pela facilitadora, pela participação e discussão de pesquisas na área pelo Projeto Saúde Ocular, divulgação eletrônica e principalmente, interesse político com vistas a torná-lo Lei no estado do Ceará. No campo de pesquisa de enfermagem, ainda é tema relativamente novo, abordado há pouco mais de quatro anos por docentes e discentes do projeto.

Mesmo não integrado à rotina de cuidados, as enfermeiras informaram algum conhecimento em relação ao TRV. Porém, desconheciam as particularidades do teste e as patologias oculares que poderiam ter o diagnóstico precoce, por meio da triagem visual pelo TRV.

Sobre o conhecimento de cuidados com os olhos, as enfermeiras apontaram as terapêuticas necessárias ao RN, em situação de doença, como a oxigenoterapia, fototerapia e infecções. Na convivência e aproximação com o tema e o conteúdo, as enfermeiras mostraram-se sensibilizadas para a problemática da cegueira na infância assim como sobre a importância da sua participação.

Os questionamentos iniciais motivo de abordagem do TRV junto a enfermeiras, considerou-se que foram atendidos e esclarecidos com o trabalho. Embora descritos amplamente na literatura, pouco conhecimento sobre o TRV e acesso a artigos científicos era buscado. A formação acadêmica e atualizações também se apresentaram deficientes em relação ao TRV.

Com o desenvolvimento e aplicação do método educativo para o TRV verificou-se que embora facilmente visualizados em adultos, no RN apresenta particularidades relacionadas à maturidade e desenvolvimento das estruturas anatômicas, principalmente a retina, às funções visuais no estágio de RN e em relação ao examinador.

O estudo possibilitou a identificação de facilidades e dificuldades do TRV em RN. Como facilidades, a disponibilização do material didático e a flexibilidade para sua discussão, a simulação prévia na fase prática e o acompanhamento pela facilitadora, assim com a promoção do relacionamento enfermeira-RN.

Contraopondo às facilidades, a dificuldade mais citada a não visualização leucocoria em RN, achado não foi identificado em nenhuma das 240 avaliações.

Outro fator foi a dificuldade em coordenar olho-mão-oftalmoscópio e RN, limitada às primeiras avaliações. As demais se reportaram às questões pessoais de algumas enfermeiras.

A pouca disponibilidade de tempo para participação no método, mesmo com disponibilidade e flexibilidade da facilitadora foi o fator que mais desfavoreceu o engajamento das demais enfermeiras, que totalizavam 40, a princípio, assim como outros vínculos empregatícios e conciliação de escalas de trabalho.

O acompanhamento de 16 enfermeiras também passou por dificuldades em virtude dessas questões, no entanto, buscou-se motivá-las ressaltando a importância do seu papel como agentes multiplicadores de promoção da saúde na área e em relação à responsabilidade. A questão, a princípio, foi tão crítica que, de 10 aulas teóricas previstas e divididas em 2 grupos de enfermeiras o número passou a 90 e ao acompanhamento, na maioria das vezes individual, fato que tornou o tempo extenso, não em decorrência do método proposto.

Houve crescente desempenho das enfermeiras em relação à realização dos itens de modo “adequado”. Também que a partir da avaliação de número 13 as enfermeiras atingiram 100% dos itens, ou seja, os 12 itens de cada avaliação do RN. Em relação às faixas de gradiente comparando-se enfermeira e pesquisadora, não houve diferença significativa entre os resultados da facilitadora e enfermeira (Pearson chi square= 0,073 e $p= 0,964$).

Na utilização do gradiente de cores, houve um coeficiente de concordância geral entre examinadores de $\Phi = 4,47$ e $p = 0,0001$, uma forte concordância, ao se comparar os grupos de resultados de modo geral. Isso demonstrou que o gradiente de cores apresentou-se com instrumento válido para o objetivo para que foi criado.

Semelhante dado, também foi encontrado ao se buscar a correlação entre facilitadora e enfermeiras nas avaliações, mostrando-se a enfermeira mostrou-se apta à realização do TRV, com 15 avaliações e abordagem teórica prévia.

O estudo evidenciou a participação das enfermeiras como seres humanos, ativos, produtivos, e sensibilizados na participação do cuidado envolvendo a saúde ocular. Respeitaram-se as limitações e autonomia dos profissionais, assim como as potencialidades de cada um.

Contudo, o tempo investido na aprendizagem, embora mais extensivo do que o previsto possibilitou mudanças qualitativas das enfermeiras, pois o relacionamento com a facilitadora foi construtivo e compartilhando, no contexto da assistência, permeado pelas questões pessoais. Existiram situações de cumplicidade e fortalecimento de vínculos entre as participantes, facilitadora e o RN.

Não foi pretensão deste estudo esgotar os aspectos de utilização do TRV como medida colaborativa em relação à saúde ocular da criança, mesmo porque a busca pelo conhecimento é constante em pesquisa. Espera-se ter contribuído para a prática do cuidado de enfermagem, vislumbrando-a também no âmbito da multidisciplinaridade, em virtude da magnitude da cegueira na infância.

Para futuras investigações, sugere-se estudo sistemático sobre propriedades psicométricas do gradiente de cores, assim como a utilização do TRV em recém-nascidos de risco (prematurados e baixo peso) com enfoque nas variáveis da história neonatal. O método deve ser utilizado pelos alunos de graduação, especialistas, e enfermeiros de outros centros de assistência neonatal, assim como pelo que atua na atenção primária de saúde, em consultas de puericultura.

Pretende-se dar continuidade a este estudo mediante pesquisas de validação e refinamento dos instrumentos, principalmente, o gradiente de cores com amostras maiores, assim como disponibilizar os resultados e ampliar a participação e o envolvimento de enfermeiros, junto à secretaria de saúde do estado do Ceará, Sociedade de Oftalmologia de Enfermagem e outras instituições e órgãos, em nível nacional, com vistas a estabelecer parcerias e ampliar o potencial das ações visando à promoção da qualidade de vida da criança.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, N. P.; SALZANO, S. D. T.; CASTRO, R. A. P. de; STEFANELLI, M. C. L. . Nursing research situation in hospital in the city of São Paulo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 5-20, jan. 1996.
- AGUIAR, A. B.; COSTA, R. da S. B.; WEIRICH, C. F.; BEZERRA, A. L. Q. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 319 - 327, 2005.
- AGUIAR, A. S. C. **Prevenção da cegueira infantil através do reflexo vermelho**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.
- AGUIAR, A. S. C. de; CARDOSO, M. V. L. M. L. **Teste do reflexo vermelho em recém-nascidos**. Fortaleza: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2006. Relatório de Pesquisa – PIBIC/CNPq.
- AGUIAR, A. S. C de; CARDOSO, M. V. L. M. L.; LÚCIO, I. M. L. Teste do reflexo vermelho: forma de prevenção à cegueira na infância**. Rev. Bras. Enfermagem, v. 60, n. 5, p. 541-545, set./out. 2007.
- ALBUQUERQUE, C. R.; ALVES, J. G. B. Afecções oculares em crianças de baixa renda atendidas em um oftalmológico na cidade de Recife – PE. **Arq. Bras. Oftalm.**, v. 66, n. 6, p. 831 –834, nov./dez. 2003.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS POLICY STATEMENT. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians. **Ophthalmology**, v. 110, p. 860 - 865, 2003.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Section Ophthalmology. Red reflex examination in infants. **Pediatrics**, v. 109, n. 5, p. 980-981, 2002.
- AMORIM, R. da C.; OLIVEIRA, E. M. de. O ensino e práticas de cuidado: o caso de um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 25-30, mar. 2005.
- ANGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 28, n. 1, p. 11-14, 1994.
- ANTONELI, C. B. G.; STEINHORST, F.; RIBEIRO, K. de C. B.; CHOJNIAK, M. M. M.; NOVAES, P. E. R. S.; ARIAS, V.; BIANCHI, A. O papel do pediatra no diagnóstico precoce do retinoblastoma. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 400-402, 2004.
- BRANT, M. J. C. G. C.; ANTUNES, M. J. M. Concepções pedagógicas: influência na educação e na prática da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE

ENFERMAGEM, 47., 1995, Goiânia. **Sínteses**. Goiânia: Centro Editorial e Gráfico UFG, 1995. p. 169-170.

BRASIL. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. **Diário Oficial [da] República** BALBUENO, E. A.; NOZAWA, M. R. Levantamento dos tipos de repercussões resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 58-64, jan./fev. 2004.

BANCALARI M., A.; GONZÁLEZ R., R.; VASQUEZ C., C.; PRADENAS K., I. Retinopatía del prematuro: incidencia y factores asociados. **Rev. Chil. Pediatr**, v. 71, n. 2, p. 114-121, mar. 2000.

BONOTTO, L. B. **Oftalmopediatria**: reflexo vermelho. Disponível em: <<http://www.ofthalmopediatria.com/texto.php>>. Acesso em: 9 abr. 2007.

BONOTTO, L. B; MOREIRA, A. T. R; CARVALHO, D. S. Prevalência de retinopatia da prematuridade em prematuros atendidos no período de 1992-1999 em Joinville (SC): avaliação de riscos associados - "screening". **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 55-61, 2007.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-infantil**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília, 2005. 38 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: resolução 196/96. Brasília, 1996. 12 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-degenerativas. **Informações básicas para à promoção da saúde ocular**. 2. ed. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal**. 2. ed. ampl. Brasília, 2004. 128 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde**:

enfermagem: núcleo estrutural: proposta pedagógica: avaliação e ação. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. **Programa Nacional de Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira.** Brasília, DF, 1988.

BRASIL, V. V. O que dizem os enfermeiros sobre observação. **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 83-94, jul. 1997.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRITO, P. B.; VEITZMAN, S. Causas de cegueira e baixa visão em crianças. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 63, n. 1, p. 49-54, fev. 2000.

BRUNO, M. M. G. **O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual:** da intervenção precoce à integração. São Paulo: Newswork, 1993.

BUARQUE, V.; LIMA, M. C.; SCOTT, R. P.; VASCONCELOS M. G. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. **J. Pediatr.** (Rio J.), v. 82, n.1, p. 295-301, 2006

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre auto-exame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória: relato de experiência. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 241-249, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a09>. Acesso em: 10 abr. 2008.

CAMPOS, A. do C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 606-613, jul./ago. 2004.

CAMPOS, A. C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; PAGLIUCA, M. L. F.; LUCIO, I. M. L.; SILVA, G. R. F da. Participação do enfermeiro no contexto da saúde ocular da criança. **Rev. Enferm. Atual**, ano 7, n. 39, p. 7-11, maio/jun. 2007.

CANZANO, J. C.; HANDA, J. T. Utility of pupillary dilation for detecting leukocoria in patients with retinoblastoma. **Pediatrics**, v. 104, n. 4, p. e44, Oct. 1999.

CARBONI, R. M.; NOGUEIRA, V. de O. Reflexões sobre as atribuições do enfermeiro segundo a lei do exercício profissional. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 117-121, abr./jun. 2006.

CARDOSO, M. V. L. M. L. **O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais:** do neonato ao toddler. Método de avaliação visual aplicado ao recém-nascido. 2001. 158 f. Tese (Doutorado)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; LÚCIO, I. M. L.; CAMPOS, A. C. S. Contribuição de um estímulo visual para o recém - nascido de risco. **Pediatr. Atual**, v. 3, n. 1, p. 18-25, 2002.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; LÚCIO, I. M. L.; CAMPOS, A. C. S. Registro de procedimentos visando à promoção da saúde ocular numa unidade de internação neonatal. *In*: FORTE, P.; ALVES, M. D.; ORIÁ, M. O. B. (Org.). **Metodologia da pesquisa II**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/FCPC, 2001.

CHANG, D. F. Exame oftalmológico. *In*: VOUGHAN, D.; ASBURY, T.; RIORDAN-EVA, P. **Oftalmologia geral**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1997.

CHAVES, E. C. Playing social roles in a teaching-learning relationship. **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 1, n. espec., 1993 .

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

CLAUDIA, E. M.; JORGE, M. S. B. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. **Est. Psicol. I**, Campinas, v. 122, n. 2, p. 197-204, abr./jun. 2005.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 3, p. 260-264, 2003.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. A humanização e o trabalho na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 2, p.189-192, 2003.

COLMAN, F. T. **Tudo o que enfermeiro precisa saber sobre treinamento**: um manual prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

COSTA, K. A. B.; CARDOSO, M. V. L. M. L. **Exame do reflexo vermelho em recém-nascidos**. Fortaleza: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2005. Relatório de Pesquisa – PIBIC/CNPq.

COSTA, K. A. B.; CARDOSO, M. V. L. M. L. **Teste do reflexo vermelho em recém-nascidos**. Fortaleza: Pró - Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2004. Relatório de Pesquisa – UFC.

COSTA, K. A. B.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; LÚCIO, I. M. L. Avaliação visual em recém-nascidos no ambiente hospitalar. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 23-29, 2005.

CRUZ, C. B. da; ENDRISS, D.; VENTURA., B.; VENTURA, I. Catarata na infância: perfil socioeconômico, gestacional e desenvolvimento neuropsicomotor. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 68, n. 1, p. 9-13, 2005.

CUCOLO, D. F.; FARIA, J. I. L.; CESARINO, C. B. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 49-54, 2007.

DAHER, D. V.; ESPIRITO SANTO, F. H. do; ESCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 145-150, mar./abr. 2002.

DANTAS, R. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Alterações oculares no escolar e a participação dos pais. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 38, n. 11, p. 517-522, 2002.

DANTAS, R. A.; PAGLIUCA, L. M. F. A comunicação visual nas escalas optométricas. **Rev. Latinoam. Enferm.** (Ribeirão Preto), v. 14, p. 235-238, 2006.

DANTAS, R. A.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Prevenção e detecção de alterações visuais em escolares. **Enferm. Atual**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 14-18, 2003.

_____. A saúde ocular de crianças e adolescentes de grupo de risco. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 5, p. 85-92, abr. 2001.

_____. Seleção e validação de figuras para construção de optótipos. **Nursing**, São Paulo, v. 68, n. 7, p. 17-22, 2004.

DANTAS, R. A.; PAGLIUCA, L. M. F.; MOREIRA, R. V. O. A construção das escalas optométricas à luz da filosofia. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p. 710-714, 2005.

DEFFUNE, D.; DEPRESBITERES, L. **Competências, habilidades e currículos de educação profissional: crônicas e reflexões**. São Paulo: Senac, 2000.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: PROHASA/Pioneira, 1988.

DIAS, L. P. M.; REIBNITZ, K. S.; MONTICELLI, M.; LIMA, L. M.; BARBOSA, S. de F. F. Potencial, talento e expressão artística: a enfermagem verbo criar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 5, n. 1, p. 46-63, jan./jun. 1996.

DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

ENDRISS, D.; VENTURA, L. M. V. O.; DINIZ, J. R.; CELINO, A. C.; TOSCANO, J. Doenças oculares em neonatos. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 65, n. 5, p. 551-555, 2002.

ENGEL, J. **Avaliação em pediatria**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B.; STACCIARIN, J. M. R. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Rev. Latino am. Enferm.**, v. 10, n. 4, p. 516-522, jul. 2002.

FERNANDES, R. A. Q.; SALUM, M. J. L.; TEIXEIRA, M. B.; LEMMI, R. C. A.; MIURA, M. Anotações de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 15, n. 1, p. 63-68, 1981.

FERREIRA, C. C.; MARRA, C. C. Avaliação de desempenho humano: importância na enfermagem. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 20, n.2, p. 25-32, 2001.

FERREIRA, R. C. **Retinopatia da prematuridade**. Disponível em: <http://www.acm.org.br/sco/educacao/retinopatia_prematuridade.html>. Acesso em: 22 ago. 2006.

FIGUEROA, A. A. Tecnología e bioética em enfermagem: um desafio permanente. **Texto Contexto Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 9-24, 1992.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo **Rev. Latino am. Enferm.**, v. 10, n. 2, p.166-171, mar./abr. 2002.

FREITAS, J. A. H. de. **Oftalmologia básica**. Rio de Janeiro: Colina, 1990.

FREITAS, M. A.; FREIDLANDER, M. R. Resultados da aplicação de um modelo de educação de adultos na assistência de enfermagem à gestante. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 22, n.2, p. 175-182, maio/ago. 2003.

GAIVA, M. A. M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n.1, p.61-66, 2006.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-476, maio/jun. 2004 .

GAMBOA, N. S. G. **Cuidar para enfermeiros de UTI neonatal**: descrição das categorias significantes. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

GARCIA, C. A. A.; GOMES, A. H. B.; BARBOSA, M. F. A.; ROCHA, M. L. R.; UCHOA, R. A. C. Avaliação oftalmológica e fatores de risco da retinopatia da prematuridade na Maternidade Escola Januário Cicco, Natal-RN. **Rev. Bras. Oftalmol.**, v. 60, n. 7, p. 489-494, 2001.

GRANZOTO, J. A.; OSTERMANN, C. S. P. E.; BRUM, L. F.; GRANZOTO, T. Avaliação da acuidade visual em escolares da primeira série do ensino fundamental. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 66, p. 167-171, 2003.

GRAZIANO, R. M.; LEONE, C. R. Problemas oftalmológicos mais freqüentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. **J. Pediatr. (RJ)**, v. 81, n. 1 supl, p. S95-S100, 2005.

GRAZIANO, R. M.; LEONE, C. R.; CUNHA, S. L.; PINHEIRO, A. C. Prevalência da retinopatia da prematuridade em recém-nascidos de muito baixo peso. **J. Pediatr. (Rio de J.)**, v. 73, n. 6, p. 377-382, 1997.

GRUPO RETINOPATIA DA PREMATURIDADE BRASIL. **Relatório do I Workshop Retinopatia da Prematuridade**. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2002. Disponível em <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria_detalhe=s>. Acesso em: 15 nov. 2006.

GUIMARÃES, F. **Infância**: teste do olhinho pode evitar cegueira. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/clipping/modulos.php>>. Acesso em: 30 out. 2006.

HADDAD, M. do C. L.; VANNUCHI, M. T. O.; TAKAHASHI, O. C.; HIRAZAWA, S. A.; RODRIGUES, INÊS GIMENES; CORDEIRO, B. R.; CARMO, H. M. do. Enfermagem médico-cirúrgica: uma nova abordagem de ensino e sua avaliação pelo aluno. **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 97-112, jul. 1993.

HELOISA, G. R.; GAGLIARDO, G.; GONÇALVES, V. M. G.; LIMA, M. C. M. P. Método para avaliação da conduta visual de lactentes **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 2-A, p. 300-306, 2004.

HOLLE, B. **Desenvolvimento motor na criança normal e retardada**: um guia prático para a estimulação sensoriomotora. São Paulo: Manole, 1990.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002.

KAKEHASHI, T. Y. A situação atual da enfermagem neonatológica e suas tendências para o futuro. **Acta Paul. Enferm.**, v. 9, n. esp., p. 17-22, 1996.

KAMADA, I.; ROCHA, S. M. M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 3, p. 404-411, 2006.

KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C. E. L. South American Programme: Brazil. **J. Com. Eye Health**, v. 13, n. 1, p. 55-56, 2000.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

LEFRAK-OKIKAWA, L.; LUND, C. H. Prática de enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *In*: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 156-67.

LIMA, M. C. M. P.; BARBARINE, G. C.; GAGLIARDO, H. G. R. G.; ARNAIS, M. A de O.; GONÇALVES, V. M. G. Observação do desenvolvimento de linguagem e funções auditiva e visuais em lactentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 106-112, 2004.

LIMA, T. M. A. O teste da orelhinha: o que são as emissões otoacústicas. **Debate Científico**. Disponível em: <http://www.smp.org.br/atualização/download/debate_científico/encarte_14_abr_2005.pdf>. Acesso em: 16 set. 2005.

LIMA, V. V. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

LOPES, C. L. R.; BARBOSA, M. A.; MARQUES, E. S.; LINO, A. I. A.; MORAIS, N.H.F. O trabalho da enfermagem na detecção de problemas visuais em crianças/adolescentes. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 5, n. 2, p. 55 -59, 2003.

LÚCIO, I. M. L. **Método de avaliação visual aplicado ao recém-nascido**. 2004. 102 f. (Dissertação)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

LÚCIO, I. M. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L. **O cuidado de enfermagem a crianças com comprometimento visual**. Fortaleza: Pró - Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2001. Relatório de Pesquisa – PIBIC/CNPq.

_____. **Estimulação visual com recém-nascidos de baixo peso: efeitos e participação da mãe**. Fortaleza: Pró - Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2002a. Relatório de Pesquisa – PIBIC/CNPq.

_____. Estimulação visual do recém-nascido de baixo peso: percepção materna. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 245-254, set./dez. 2003.

_____. **Exame ocular externo em crianças de 0 a 3 anos**. Fortaleza: Pró - Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2000a. Relatório de Pesquisa – PIBIC/CNPq.

_____. **Percepção da mãe co-participante da estimulação visual: uma estratégia de cuidado aplicada ao recém-nascido de baixo-peso**. Monografia (Graduação)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002b.

_____. A saúde ocular sob o olhar do estudante de enfermagem. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 4., 2000, Fortaleza. **Anais...**Fortaleza: ABEn- Seção Ceará, 2000.

LÚCIO, I. M. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; ALMEIDA, P. C. Exame ocular externo em recém-nascidos prematuros: resultados e dificuldades. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 142-153, jan./abr. 2007a. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a11.htm>>. Acesso em: 16 set. 2005.

_____. Investigação do reflexo vermelho e a relação entre reflexo vermelho e variáveis da história neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 222-228, jun. 2007b .

MAGALHÃES, L. M. T.; IDE, C. A. G. O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança: os referenciais de um novo processo de formação. *In*: IDE, C. A. G.; DOMENICO, E. B. L. D. **Ensinando e aprendendo num novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 83-105.

MANDU, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 666-675, jul./ago. 2004.

MARIN, H. F. **Informática em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1995.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C. *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & contexto Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 472-478, ago. 2006.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletrônica Enferm**, v. 8, n. 3, p. 415-421, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 17 jun. 2007.

MENDONÇA, A. de P.; FERNANDES, M. S. de C.; AZEVEDO, J. M. R.; SILVEIRA, W. de C. R.; SILVA E SOUSA, A. C. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 147-153, 2003.

MERULA, R. V.; FERNANDES, L. C. Catarata infantil: importância do diagnóstico e tratamento precoces. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 299-305, maio/jun. 2005.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C de M. A Criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **J. Pediatr.**, v. 79, supl. 1, p. 33-42, 2003.

MOREIRA, T. M. M.; PAGLIUCA, L. M. F.; ARAÚJO, T. L. de. Refletindo sobre a saúde ocular na criança. **Nursing (São Paulo)**, v. 4, n. 33, p. 30-34, fev. 2001.

NAGANUMA, M.; CHAUD, M. N.; PINHEIRO, E. M. Enfermagem neonatológica: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 75-81, out. 1999 .

NIETSCHE, E. A. **As Tecnologias assistenciais, educacionais e gerenciais produzidas pelos docentes dos cursos de enfermagem das instituições de ensino superior de Santa Maria-RS.** Santa Maria: UFSM/CNPq, 2003. Relatório Final.

NIETSCHE, E. A.; BACKES, V. M. S.; COLOME, C. L. M.; CERATTI, R. do N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev. Latino am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 344-353, maio/jun. 2005.

NIETSHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: uma possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem.** Lují: Editora UNIJUÍ, 2000.

OLIVEIRA, E M. A contribuição do ensino das ciências sociais na enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 88-94, 1998.

OLIVEIRA, M. L. S.; DI GIOVANNI, M. E.; PORFIRIO NETO JUNIOR, F. P.; TARTARELLA, M. B. Catarata congênita: aspectos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos em pacientes submetidos a lensectomia. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 67, n. 6, p. 921-926, 2004.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Primary eye care manual.** Washington, DC, 1985. (Scientific Publication, 490).

PASCHOALINO, F. G. da S. Desenvolvimento visual. *In*: LOPES, S. M. B.; LOPES J. M. de A. **Follow-up do recém-nascido de alto risco.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

PETTENGILL, M. A. M.; NUNES, C. B.; BARBOSA, M. A. M. Professor e aluno compartilhando da experiência de ensino-aprendizagem: a disciplina de Enfermagem Pediátrica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. **Rev. Latino am. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 453-460, jul./ago. 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, C. C. **Exame clínico.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

POTTER, P. A. **Semiologia em enfermagem.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processos e prática. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

REIS, P. P. Teste do reflexo vermelho. **Debate Científico**. Disponível em:<http://www.smp.org.br/atualização/download/debate_científico/encarte_14_abr_2005.pdf>. acessado em 16/09/32005>. Acesso em: 17 abr. 2006.

RESNIKOFF, S.; PARARAJASEGARAM, R. Blindeness prevention programmes: past, present and future. **Bull. World Health Org.**, v. 79, n. 3, p. 222-226, 2001.

RETINOPATIA da prematuridade: situação atual no brasil. *In*: WORKSHOP DE RETINOPATIA DA PREMATURIDADE, 6., 2006, São Paulo. **Relatório**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em:<[http://www.sbp.com.br/img/grupos/ProgramasdeROPBrasil_CBO1\[1\].ppt#266,10,Slide 10](http://www.sbp.com.br/img/grupos/ProgramasdeROPBrasil_CBO1[1].ppt#266,10,Slide 10)>. Acesso em: 29 jun. 2007.

RODRIGUES, K. E. S.; LATORRE, M. do R. D. O.; CAMARGO, B. de. Atraso diagnóstico do retinoblastoma. **J. Pediatr. (Rio de J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 6, p. 511-516, 2004.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.14, n.1, p. 85-92, jan./fev. 2006

ROLIM, K. M. C.; OLIVEIRA, M. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Combate ao estresse na unidade de internação neonatal: uma experiência grupal. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 4, n. 1 p. 101-108, jan./jun. 2003.

ROSSATO-ABEDE, L. M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 48-54, jan. 2002.

RYAN, J. B. Pediatric primary eye care vision examination. **Optom. Clin.**, v. 5, n. 2, p.1-34, 1996.

SÁ, L. C. F. Aspectos atuais da retinopatia da prematuridade. **J. Pediatr. (Rio de J.)**, v. 66, n. 8/9, p. 220-224, 1990.

SABATES, A. L.; BORBA, R. I. H. de. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 968-973, nov./dez. 2005 .

SANTOS, B.M.O.; SIMÕES, I. C.; AZEVEDO, D. O.; FREITAS, D. V.; LAUS, E.; MENDES, I. J. M. Proposta de um perfil do enfermeiro. **Rev. Paulist. Enferm.**, v. 4, n. 4, p. 132-134, out. 1984.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F.A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 80-87, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. Serviço de Oftalmologia Sanitária. **Plano Nacional de Saúde Ocular**. São Paulo, 1984.

SAUL, A. M. Criando um novo paradigma. *In: _____*. **Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação de currículo**. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1988. p. 53-74.

SCHMITZ, E. M. R. **A enfermagem em puericultura e pediatria**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SEGRE, C. A. M.; ARMEZELLI, P. A.; MARINO, W. T. **RN**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. 569 p.

SILVA, M. A. P. D.; SILVA, E. M. Os valores éticos e os paradigmas da enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 83-88, 1998.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

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. 513-520, 1999.

SUAREZ, G. G. Anotações de enfermagem: padronização no hospital de clínicas da UFPR. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 5, n. esp., p. 12-15, jan./jun. 2000.

TARTARELLA, B. M.; NAKANO, K.; CASTRO, M. T. C.; MARTINS, M. P. A. Visão subnormal em crianças. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 54, n. 5, p. 221-224, 1999.

TEMPORINI, E. R. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 54, n. 6, p. 279-281, 1991.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 58, n. 3, p.189-192, jun. 1995.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N. A perda da visão—estratégias de prevenção. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 67, n. 4, p. 597-601, 2004.

TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N.; GONDIM, E. L.; DANTAS, F. J. Conhecimentos sobre saúde ocular entre profissionais de um hospital universitário. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 2, p. 53-61, jan./mar. 2002.

TORRES, M. M.; ANDRADE, D. de; SANTOS, C. B. dos. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 299-304, jun. 2005.

VENTURA, L. M. de O.; TRAVASSOS, S.; VENTURA, A. G.; TRIGUEIRA, L.; MARQUES, S. Um programa baseado na triagem visual de recém-nascidos em maternidades. Fundação Altino Ventura/2000. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 65, n. 6, p. 629-635, nov./dez. 2002.

VENTURA, L. O.; LEAL, D. B.; TAVARES, S. S.; ARAÚJO, A.; LINHARES, O.; GONÇALVES, S. Catarata congênita bilateral: estudo comparativo dos achados clínicos observados em dois grupos pertencentes a níveis sócio-econômicos distintos em Pernambuco. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 58, n. 6, p. 429-433, dez. 1995.

VIRGÍNIO, N. A.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: revisão de literatura. **Rev. Saúde Nova Esperança**, v. 2, n. 1, p.15-18, 2004.

VOUGHAN, D.; ASBURY, T.; RIORDAN -EVA, P. **Oftalmologia geral**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1997.

WASILEWSKI, D.; ZAGO, R. J.; BARDAL, A. M. C.; HEUSI, T. M.; CARVALHO, F. P.; MACIEL, L. F.; MOREIRA, H.; GEHLEN, M. L.; SHWETZ, E. A. Importância da avaliação oftalmológica em recém-natos. **J. Pediatr.**, v. 78, n. 3, p. 209-212, 2002.

WEBER, J. **Semiologia**: guia prático para a enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WHALEY, L.; WONG, L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for programmes for prevention of blindness**. Geneve, 1986. 33 p.

_____. **Preventing blindness in children**. Report of a WHO/IAPB scientific meeting. Hyderabad, India, 13-17 April, 1999.

_____. **Strategies for the prevention of blindness in national programmes: a primary healthy care approach**. 2nd ed. Geneva, 1997.

_____. **Strategies for the prevention of blindness in national programmes.** 2nd ed. Geneva, 1997.

YAMANE, R. (Ed.). **Semiologia ocular.** 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1990.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro, 1986.

ZIN, A. O que saber sobre o desenvolvimento da visão: do lactente até dois anos. *In*: LOPES, S. M. B.; LOPES, J. M. de A. **Follow-up do recém-nascido de alto risco.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento 1 - Fase operacional

Número do participante: _____

Dados de Identificação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Residente em: _____

Instituições onde trabalha: _____

Atuação: () ensino () pesquisa () extensão () assistência

() chefia/administração (...) outro _____

Tempo de serviço em neonatologia: _____ (a/m)

Telefone (contato): _____ Endereço eletrônico: _____

Dados de formação e conhecimento acerca da temática

Assinale um "X" no item correspondente a sua resposta, e, por favor, informe os itens em aberto.

Formação técnico-científica	Respostas	
Natureza da instituição formadora	() pública	() privada
Tempo de graduação	____ meses	____ anos
Habilitação profissional	() sim	() não
Área: _____		
Curso de especialização	() sim	() não
Área: _____		
Título de especialista na área de neonatologia	() sim	() não
Curso de mestrado	() sim	() não
Área: _____		
Curso de doutorado	() sim	() não
Área: _____		
Acesso a publicações relativas ao cuidado com olhos do recém-nascido (ex: artigos, resumos)	() sim	() não
Conhecimento sobre alterações oculares em recém-nascidos Fonte: _____	() sim	() não
Conhecimento sobre o teste do reflexo vermelho em recém-nascidos	() sim	() não
Necessidade de aquisição de conhecimentos relativos ao assunto referido acima	() sim	() não

APÊNDICE B**Instrumento 2 - Fase Operacional**

Número do participante: _____

Avaliação da estratégia didática

1. Você já tinha conhecimento dos conteúdos tratados?

sim em parte não

Justificar: _____

2. Os objetivos propostos nessa etapa foram alcançados?

sim em parte não

Justificar: _____

3. Os recursos utilizados forma satisfatórios?

sim em parte não

Justificar: _____

4. Como você avalia seu aproveitamento nessa etapa teórica?

fraco regular bom ótimo

Justificar: _____

5. Como você classifica a carga horária dessa etapa?

adequada insuficiente excessiva

Justificar: _____

6. Em sua opinião, as informações recebidas apresentam na sua atividade profissional, aplicabilidade:

alta média baixa

Justificar: _____

7. Como você classifica a atuação/desempenho da facilitadora, referente a(o)?

E= excelente B= bom R=regular

a) Domínio do assunto ministrado _____

b) Objetividade _____

c) Comunicação _____

d) Incentivo à participação _____

8. Qual (is) sentimento (s) expressa(m) sua participação/desempenho nessa etapa teórica?

APÊNDICE C

Instrumento 3 - Fase Operacional

Modelo estruturado do método e técnica do teste do reflexo vermelho

Material: oftalmoscópio monocular direto, lanterna

Procedimento	Justificativa/Importância
1. Lavar as mãos	Prevenir contaminação
2. Promover um ambiente em penumbra	Favorecer dilatação fisiológica das pupilas, não necessitando, portanto do uso de afastadores (blefarostato). Diminuir a iluminação artificial. Se recém-nascido em incubadora, cobri-la para minimizar o reflexo do acrílico.
3. Avaliar as condições do recém-nascido para a realização do teste	Verificar Apgar, idade gestacional, peso, infecção, uso de oxigenoterapia, fototerapia, hemotransusão e malformações congênitas, pois podem apresentar relação com o desenvolvimento de alterações visuais.
4. Estimular visualmente o recém-nascido	Auxilia para mantê-lo em estado de alerta, o que facilita seu manuseio e o exame. Caso não se encontre nesse estado, fazer um delicado afastamento das pálpebras manualmente. A presença de edema dificulta essa ação.
5. Posicionar o recém-nascido confortavelmente ou deixá-lo no colo dos pais.	Promove bem estar, segurança, e ajuda a conter os movimentos involuntários, caso faça o afastamento das pálpebras manualmente. Se em decúbito dorsal, observar o alinhamento do corpo e da cabeça. O decúbito lateral não favorece o alinhamento do eixo visual para o exame.
6. Inspeccione as estruturas oculares externas com a lanterna.	Identificar alterações externas, bem como tamanho, forma, brilho, distribuição. Procure estabelecer o contato visual com o recém-nascido, ou usa objetos contrastantes para mantê-lo em alerta.
7. Observar tempo de utilização das pilhas	Caso o examinador não apresente erro refrativo manter ajustado no zero. Se apresentar e estiver fazendo uso de lentes corretivas continuar com o oftalmoscópio ajustado no zero. Se não, ajustá-lo segundo o disco de dioptrias (convergentes ou divergentes). Previne desconforto visual por parte do examinador.
7. Ajuste o oftalmoscópio monocular direto no zero, ou caso gire o disco de lentes de acordo com sua correção óptica.	À medida que vão ficando menos potentes, a luz emitida pelo oftalmoscópio fica com menor intensidade e dificulta na visualização do reflexo vermelho.
9. Aproximar o orifício da parte posterior do oftalmoscópio a um dos olhos do examinador e direcionar o feixe de luz à pupila do recém-nascido.	Para observar isoladamente cada olho, mantenha o oftalmoscópio em torno de 20 cm de distância, para a observação simultânea no reflexo, a 50 cm. (com pequenas variações).
10. Observar o reflexo vermelho incidindo a luz através da pupila de modo que fique alinhada ao eixo visual	Quando normal, o aspecto de cor varia do laranja ao vermelho por características da vascularização da coróide e retina, estando os meios ópticos íntegros e transparentes (córnea, cristalino e vítreo) Em alguns casos poderá apresentar-se amarelo pálido sem característica de alteração. Deve-se se apresentar brilhante, homogêneo e simétrico. Quando alterado haverá presença de leucocoria ou manchas que destoem da variação de cor tornando o reflexo não homogêneo (retinopatia, catarata, tumor). Meios ópticos não íntegros ou com alteração provocam alteração nas características do reflexo.
11. Informar o resultado aos pais	É um exame importante que quando alterado requer uma avaliação posterior por especialista e poderá estar relacionado a ROP, catarata ou mesmo tumor. Necessita acompanhamento.
12. Registrar a avaliação do reflexo vermelho	Documentar o resultado, intervenções, encaminhamento. Facilitar a assistência multiprofissional.

APÊNDICE D**Instrumento 4 – Fase Avaliativa**

Número do participante: _____

Avaliação

*Escore: classificação com base no número de procedimentos observados como “adequado”

Número	Data	Hora	Escore	Avaliação
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
(...)				

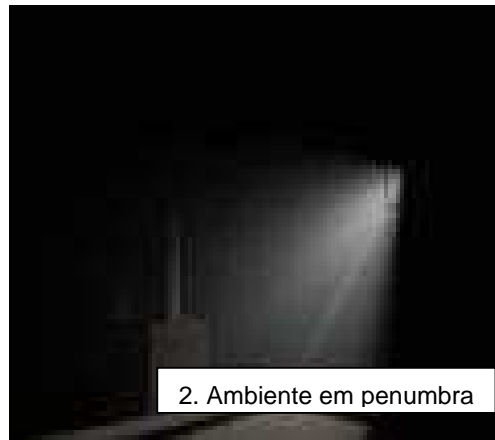
Procedimento	Avaliação	
	() adequado	() inadequado
1. Lavar as mãos	() adequado	() inadequado
2. Promover um ambiente em penumbra	() adequado	() inadequado
3. Avaliar as condições do recém-nascido para a realização do teste	() adequado	() inadequado
4. Promover estímulo visual o recém-nascido	() adequado	() inadequado
5. Posicionar o recém-nascido ou deixá-lo no colo dos pais.	() adequado	() inadequado
6. Inspeccionar as estruturas oculares externas com a lanterna.	() adequado	() inadequado
7. Ajustar o oftalmoscópio monocular direto no zero, ou caso gire o disco de lentes de acordo com sua correção óptica.	() adequado	() inadequado
8. Aproximar o orifício da parte posterior do oftalmoscópio a um dos olhos do examinador e direcionar o feixe de luz à pupila do recém-nascido, observando a distância.	() adequado	() inadequado
9. Observar o reflexo vermelho incidindo a luz através da pupila de modo que fique alinhada ao eixo visual	() adequado	() inadequado
10. Reorganizar o recém-nascido e o ambiente	() adequado	() inadequado
11. Registrar a avaliação do reflexo vermelho	() adequado	() inadequado
12. Informar o resultado aos pais, orientá-los e encaminhar quando necessário.	() adequado	() inadequado

Reflexo vermelho: Normal: () Alterado: () Suspeito: ()
Impressão do reflexo pelo GC: _____

ASPECTO	OE	OD	AO
Cor (homogênea)			
Intensidade (brilho)			
Clareza (transparência)			
Leucocoria presente			
Leucocoria ausente			

Conduta: _____
Responsável: _____

APÊNDICE E - ETAPAS DO MÉTODO EDUCATIVO - ILUSTRAÇÃO



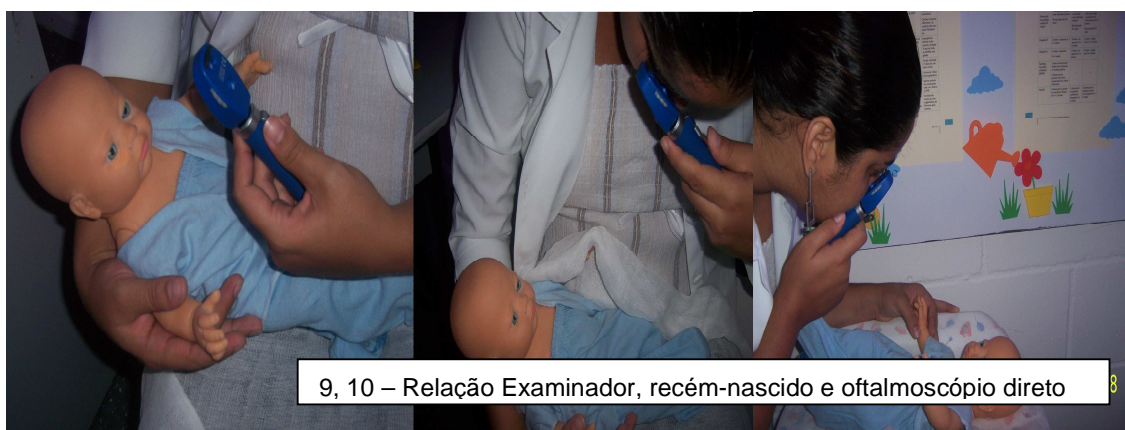
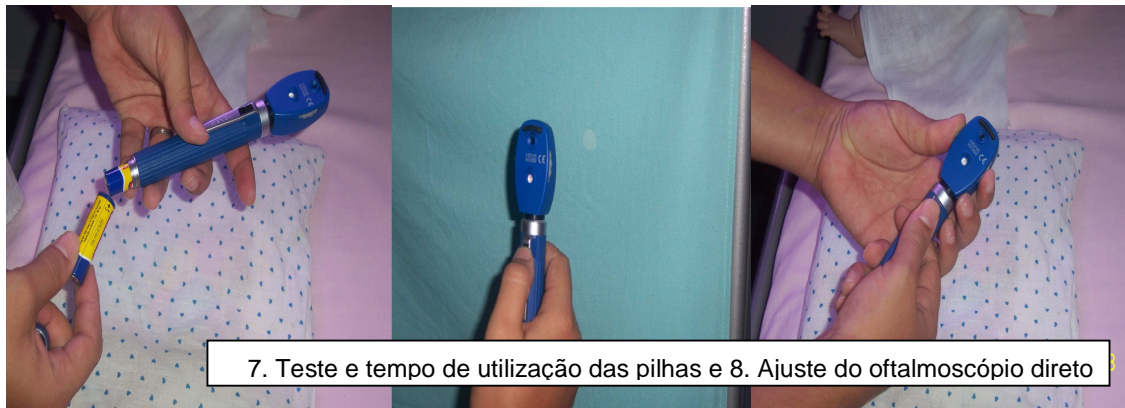


ILUSTRAÇÃO – RESULTADO DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO

Normal red reflex

Normal red reflex = no referral



Red reflex absent

Red reflex absent

Obvious +/- asymmetry = urgent referral

Unsure/difficult assessment = Paediatric Ophthalmology Primary Care Clinic referral



Red reflex abnormal

Red reflex abnormal = urgent referral

Fonte:

http://www.bartsandthelondon.org.uk/forgps/checking_for_the_red_reflex_in_children.asp

ANEXOS

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO - ENFERMEIRO(A)



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

Eu, Ingrid Martins Leite Lúcio, enfermeira, RG: 97002067415 CPF: 806192823-04, pesquisadora e responsável pelo projeto de pesquisa (tese): MÉTODO EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO, gostaria de convidá-lo (a) a participar desde estudo que tem por objetivos: Avaliar um método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado do enfermeiro ao recém-nascido, Testar a operacionalização do método educativo para a capacitação de enfermeiros no que concerne à prática do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos e Verificar as facilidades e dificuldades para a realização do teste do reflexo vermelho como um cuidado de rotina neonatal, a partir da ótica do enfermeiro, em virtude da importância das ações desse profissional na assistência neonatal e do seu potencial para contribuir com as ações de promoção da saúde e prevenção de alterações visuais neste período. Essa prática já é obrigatória em alguns Estados do Brasil, no entanto, ainda se encontra em construção a formação de recursos humanos com competência técnica e científica preparados para realizá-la.

O período de coleta de dados do estudo será de março a julho de 2006 que será dividido em três etapas, as quais ocorrerão na própria instituição em que desempenha suas atividades profissionais de acordo com sua disponibilidade, e também no laboratório de comunicação do departamento de enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Esse processo constará de um período teórico e um prático, nos quais, ao término de cada um precisará ser preenchido um instrumento de avaliação. Seria de grande valor que fosse autorizada permissão para a filmagem e uso de registro fotográfico, recursos que enriquecerão as discussões e o próprio processo de treinamento para a prática do teste do reflexo vermelho, sendo esta a única finalidade dos mesmos. Todo o material didático, instrumentos e recursos para o exame serão fornecidos sem nenhum ônus para o senhor (a).

As avaliações serão feitas sob supervisão da enfermeira-pesquisadora e caso alguma avaliação seja classificada como alterada, contar-se-á com a colaboração de uma oftalmologista, que examinará os recém-nascidos que necessitarem de acompanhamento especializado, no ambulatório de oftalmologia do Hospital Geral de Fortaleza.

Cuidar da saúde da criança em particular da visão é muito importante desde o nascimento. Algumas alterações nos olhos podem surgir quando a criança ainda é um recém-nascido e necessitam de cuidados para que não se tornem graves chegando à cegueira. Por isso acredito que em breve esta prática se torne rotina em todas as instituições de assistência neonatal e que será essencial a participação de profissionais treinados em saúde ocular. Ao senhor (a) não será cobrado nenhum tipo de pagamento pelo exame e eu não receberei nenhum benefício financeiro para realizá-lo. Com isso, espero identificar o mais cedo possível, problemas na visão para que a saúde dos olhos das crianças não seja afetada no futuro.

Será garantido ao senhor (a):

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à sua participação na instituição.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que depois de convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal
(registro do COREN)

Assinatura do pesquisador (carimbo ou nome legível)

INFORMAÇÕES PARA CONTATO

Pesquisador responsável: Ingrid Martins Leite Lúcio. Rua: Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo – Departamento de Enfermagem, sala 7. Fone: 3366-8236 Celular: 96164724 E-mail: ingrid_lucio@yahoo.com.br **Maiores informações:** Comitê de Ética em Pesquisa – MEAC TELEFONE: 3366-8569

ANEXO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO - RESPONSÁVEL LEGAL PELO RN



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Ingrid Martins Leite Lúcio, enfermeira, RG: 97002067415 CPF: 806192823-04, pesquisadora e responsável pelo projeto de pesquisa (tese): MÉTODO EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO, gostaria de pedir o seu consentimento para a participação do seu (sua) filho(a) neste estudo que como objetivos avaliar um método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado do enfermeiro ao recém-nascido. Durante a realização desse estudo o seu recém-nascido (RN), será examinado pelo(a) enfermeira da unidade na unidade em que se encontrar internado. O exame será feito nos olhos e é conhecido como teste do reflexo vermelho. Algumas alterações visuais sérias, que podem até mesmo levar a cegueira podem ser identificadas através dessa simples teste. Para realizá-lo será utilizado uma lanterna e um aparelho denominado oftalmoscópio do qual sai uma luz que será dirigida aos olhos do RN, a cerca de 50 cm de distância, havendo a necessidade de manter o ambiente com pouca luminosidade. Através desse aparelho observa-se um reflexo vermelho, semelhante à cor do fundo do olho. Esse exame não é invasivo e não causa dor ou desconforto ao RN e caso deseje poderá presenciá-lo. Caso, o RN apresente alteração ou suspeita de alteração, após a realização do teste do reflexo vermelho, será feito por escrito o encaminhamento para atendimento pela oftalmologista colaboradora com este estudo no ambulatório de oftalmologia do Hospital Geral de Fortaleza.

Cuidar da saúde da criança em particular da visão é muito importante desde o nascimento. Algumas alterações nos olhos podem surgir quando a criança ainda é um RN e necessitam de cuidados para que não se tornem graves chegando à cegueira. Por isso acredito que em breve esta prática se torne rotina em todas as instituições de assistência neonatal e que será essencial a participação de profissionais treinados em saúde ocular. Ao senhor (a) não será cobrado nenhum tipo de pagamento pelo exame e eu não receberei nenhum benefício financeiro para realizá-lo. Com isso, espero identificar o mais cedo possível, problemas na visão para que a saúde dos olhos das crianças não seja afetada no futuro.

Será garantido ao senhor (a):

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à sua participação na instituição.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que depois de convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a participação do RN no presente Protocolo de Pesquisa.



Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal

Assinatura do pesquisador (carimbo ou nome legível)

Assinatura da testemunha

Assinatura de quem obteve o termo de consentimento

INFORMAÇÕES PARA CONTATO

Pesquisador responsável: Ingrid Martins Leite Lúcio Rua: Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo – Departamento de Enfermagem, sala 7 Fone: 3366-8236 Celular: 96164724 E-mail: ingrid_lucio@yahoo.com.br **Maiores informações:** Comitê de Ética em Pesquisa – MEAC TELEFONE: 3366-8569

ANEXO 3 - TERMO DE COMPROMISSO - PESQUISADOR

Eu, Ingrid Martins Leite Lúcio, enfermeira, aluna do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, RG: 97002067415 CPF: 806192823-04 pesquisadora responsável pelo projeto: “MÉTODO EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO” comprometo-me a desenvolver a pesquisa supracitada conforme as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa envolvendo seres humanos da RESOLUÇÃO N^o. 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde e de acordo com a Declaração de Helsinki (1965) e as revisões de Tokyo (1975) e Venice (1983).

Fortaleza, 08 de março de 2006.

ANEXO 4 - DECLARAÇÃO À INSTITUIÇÃO – ENFERMEIRO (A)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

DECLARAÇÃO

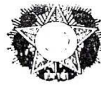
Eu, Ingrid Martins Leite Lúcio, enfermeira, RG: 97002067415 CPF: 806192823-04, pesquisadora e responsável pelo projeto de pesquisa (tese): MÉTODO EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO, declaro ao CEP-MEAC, que a treinamento dos enfermeiros(as) que consentirem a participação neste estudo ocorrerá de acordo com a disponibilidade de cada profissional de modo que o planejamento de todas as etapas do processo será definido por conveniência e de modo a não implicar em prejuízos à escala dos mesmos junto à Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Fortaleza, 8 de março de 2006.

Ingrid Martins Leite Lúcio

Enfermeira e pesquisadora responsável

ANEXO 5
PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.C.C. 07.206.048/0001-08
GERAL: (0XX85) 4009.8500 - Fax: (0XX85) 4009.8521 - E-mail: meac@meac.ufc.br
CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

OFÍCIO Nº 59/06

Fortaleza, 19 de junho de 2006.

Protocolo nº 06/06

Pesquisador responsável: Ingrid Martins Leite Lúcio


Deptº/Serviço: Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará –
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado

Título do Projeto: “Método Educativo para a prática do Teste do reflexo vermelho
no cuidado ao Recém-Nascido”

Levamos ao conhecimento de V. Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 19 de junho de 2006.

A Pesquisadora deverá comparecer ao NESAR para a confecção dos crachás munida desse documento.

Atenciosamente,


Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado
Coordenador do CEP-MEAC/UFC

Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
CEP/MEAC/UFC

Ilma. Sra.
Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio
Rua, Pinho Pessoa, 499
Bairro Joaquim Távora
CEP 60.135-170

ANEXO 6

DECLARAÇÃO DO COORDENADOR DO PROGRAMA DE SAÚDE OCULAR DO ESTADO DO CEARÁ

PARECER

O Teste do reflexo vermelho é um exame realizado por um profissional (médico ou da área de saúde) utilizando uma fonte luminosa e a dirigindo para a área pupilar, de uma criança ou adulto para verificar a transparência dos meios oculares.

Vem sendo difundido o seu emprego, pelos organismos de Prevenção à Cegueira, sobretudo em recém nascidos e crianças com o objetivo de detectar precocemente alterações dos meios oculares que possam ocasionar ambliopia ou cegueira ou para dar o diagnóstico precoce de tumores intra-oculares. Existe um interesse da difusão e emprego do teste na atenção primária. Comprova a importância da aplicação do teste em Saúde Pública uma lei municipal da cidade de São Paulo que obriga a realização deste exame nas maternidades e creches municipais.

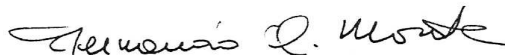
Analisando sob o aspecto de quem deverá realizar este exame, é bom deixar claro que é um exame que permite a busca ativa de doenças interessando à Saúde Pública. Essa é uma função que permite ao oftalmologista o delegar a qualquer profissional da área:

O exame é feito com aparelhagem rudimentar, não constando do arsenal do oftalmologista; 2 – é um teste simples que não exige conhecimentos que ultrapassem o senso comum, portanto, que exija profissional médico; 3 – aplicação do teste não é invasivo e nem exige o uso de medicamentos; 4 – o resultado do teste não implica de tomada de decisão clínica, não se caracterizando como um ato médico; 5 – a positividade do teste leva ao encaminhamento dos casos positivos ao médico oftalmologista; 6 – o teste tem a vantagem de poder ser aplicado tanto para a realização de screening de populações como para a busca ativa de determinadas doenças oculares.

Diante dos fatos acima mencionados, a Secretaria de Saúde do Estado tem o interesse na difusão da aplicação do teste tendo sido discutido tanto nas reuniões da Comissão Estadual de Saúde Ocular e Prevenção à Cegueira, bem como já promoveu curso destinados a equipes do Programa de Saúde da Família para difundir o referido exame.

Em conclusão: a aplicação do teste do reflexo vermelho poderá ser aplicado por profissionais da Atenção primária de Saúde, sendo bem aceito por quem trabalha em Prevenção à Cegueira e será útil aos oftalmologistas para a detecção precoce de tumores intra-oculares.

Fortaleza, 23 de Fevereiro de 2006



Fernando Queiroz Monte
Presidente da Comissão de Saúde Ocular e
Prevenção à Cegueira da Secretaria de Estado
da Saúde
Conselheiro do CREMEC

ANEXO 7

DECLARAÇÃO DA OFTALMOLOGISTA

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](#)