

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA

ESTIMULAÇÃO VISUAL: PRÁTICA EDUCATIVA COM MÃES NA  
ENFERMARIA MÃE-CANGURU

FORTALEZA

2005

GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA

ESTIMULAÇÃO VISUAL: PRÁTICA EDUCATIVA COM MÃES NA ENFERMARIA  
MÃE-CANGURU

Dissertação submetida à  
Coordenação do Curso de Pós-  
Graduação em Enfermagem, da  
Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial para a obtenção do  
grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem  
Clínico-Cirúrgica.

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

Projeto: Saúde Ocular

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vera  
Lúcia Moreira Leitão Cardoso

FORTALEZA

2005

GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA

ESTIMULAÇÃO VISUAL: PRÁTICA EDUCATIVA COM MÃES NA ENFERMARIA  
MÃE-CANGURU

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem - área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Data da aprovação: 25/8/2005

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lorita Marlena Freitag Pagliuca  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia de Souza Leite  
Universidade Estadual do Ceará-UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marli Teresinha Gimenez Galvão  
Universidade Federal do Ceará-UFC

*Dedico este trabalho aos meus  
pais pelo amor e confiança  
depositados em mim.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por me dar a vida.

Aos meus pais,

Por toda dedicação e amor.

Às minhas irmãs Gabrielle e Giselle,

Pela paciência e os momentos divertidos.

À amiga Kátia,

Por estar sempre presente, apoiando e dividindo este momento.

À amiga Palloma,

Pelos momentos divertidos e pelo incentivo de sempre.

Aos colegas,

Pelas trocas, pelo apoio e por sempre estarem dispostos a ajudar.

À minha orientadora Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso,

Pela oportunidade de aprender e crescer com seus conhecimentos e experiências. Pelo incentivo de buscar sempre uma enfermagem mais humana.

À professora Lorita Marlena Freitag Pagliuca,

Pela disponibilidade em ajudar, além da sabedoria e experiências divididas durante esses anos de convivência.

À Coordenadoria do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem,

Pela oportunidade de fazer parte deste programa.

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem,

Pelos conhecimentos permutados.

Aos Projetos Saúde Ocular e Saúde do Binômio Mãe e Filho,

Pela infinidade de pequenos instantes...

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) ,

Pelo financiamento desta pesquisa.

À Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC),

Por sempre me receber de portas abertas para o desenvolvimento de estudos.

Enfim, a todos aqueles que, diretamente e indiretamente, vivenciaram o processo de produção deste trabalho.

## RESUMO

A falta de conhecimento por parte das mães acerca da saúde ocular dos seus filhos é um denominador comum encontrado quando são abordadas sobre essa temática, principalmente relacionado à estimulação visual, componente de valor significativo na saúde ocular dos recém-nascidos. Nesse intuito, objetivamos aplicar um manual com ênfase na estimulação visual para mães de crianças com risco para alterações visuais e validar material e método para educação e saúde aplicado à estimulação visual de crianças prematuras e/ou com riscos para alterações visuais. A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2005 em três momentos metodológicos. No primeiro momento, o manual foi avaliado por três especialistas; no segundo, foi reformulado a partir das suas sugestões; e no terceiro, o manual foi aplicado com as mães internadas na enfermaria mãe-canguru, sendo realizadas entrevistas gravadas, as quais abordaram itens de avaliação após a leitura do manual. Os dados foram organizados segundo Bardin (1977) e analisados conforme Nietshe (2000). As sugestões, de acordo com indicação dos especialistas, contemplaram a contracapa, com a identificação completa das autoras; acréscimo de um item sobre a história obstétrica e outro sobre sinais e sintomas de alterações visuais; modificação de um desenho sobreposto ao texto que dificultava a leitura; ênfase ao tópico sobre a participação dos pais na promoção à saúde ocular dos seus filhos; atualização da literatura; e ampliação do material criado para todas as crianças com riscos para alterações visuais, não apenas para os prematuros. Em seguida foi promovido o segundo momento, com a inserção do conteúdo sugerido pelos especialistas. Após a análise temática das 12 entrevistas, identificamos quatro temas, a saber: Percepção do manual, Conhecimento das mães acerca da saúde ocular, Estrutura do manual e Promoção à saúde ocular. Concluímos que o manual facilitou a aprendizagem sobre a estimulação visual, como também facilitará a identificação de alterações visuais durante a convivência familiar, além de proporcionar incentivo à continuidade da estimulação no domicílio como fator indispensável para o desenvolvimento da criança, seja ela prematura ou não. Ao mencionar os componentes contemplados pela tecnologia emancipatória, como o exercício da consciência crítica, a cidadania, a liberdade e a autonomia, afirmamos que cada um deles esteve presente na aplicação do manual, inserindo-o na prática junto às mães como tecnologia emancipatória.

Palavras-chave: Seleção Visual. Saúde Ocular. Materiais de Ensino. Enfermagem. Bem-Estar da Criança. Método Mãe-Canguru.

## ABSTRACT

The lack of knowledge on the part of mothers about their children's ocular health is a common denominator found when they are asked about this theme, mainly concerning the visual stimulation, which is a component of significant value to the newborn babies' ocular health. Thus, one aimed to apply a handbook highlighting the visual stimulation for mothers of children with risk to visual alterations and to validate material and method for education and health applied to visual stimulation of premature children and/or with risks to visual alterations. Data collection was carried out from April to June, 2005 in three methodological moments. On the first moment, the handbook was analyzed by three experts, on the second one, the handbook was reformulated starting from the suggestions and on the third moment the handbook was applied to the mothers admitted to the kangaroo-mother ward, with record of interviews where the items of evaluation were approached after the reading of the handbook. The data were described according to Bardin (1977) and Nietzsche(2000). Referring to the first moment, one suggested changes in the handbook's back page, with the complete identification of the authors, addition of an item about the obstetric history and another about signs and symptoms of visual alterations; change of a drawing that was over the text making it difficult to read; emphasis on the topic about the participation of parents on the promotion of ocular health to their children; update on the literature; and enlargement of the material created for all the children with risks to visual alterations, not only the premature ones. Next, one carried out the second methodological moment, with the corrections suggested by the experts, being all obeyed. After the thematic analysis of the 12 interviews, one identified four themes: Perception of the handbook, Knowledge of mothers about ocular health, Handbook's structure and Promotion of the ocular health. We concluded that the handbook facilitated the learning about visual stimulation, as well as it will make that the visual deficit, in case it appears, is noticed as precocious as possible, in the family life. Besides encouraging the stimulation at home as an indispensable factor to the development of the child, be it premature or not. By mentioning the components contemplated by the emancipatory technology, to know: the exercise of critical conscience, citizenship, freedom and autonomy; we affirm that each one of them was present at the application of the handbook about visual stimulation, what makes the handbook, as well as the practice together with the mothers as emancipatory technology.

Keywords: Vision Screening. Ocular Health. Teaching Materials. Nursing. Newborn Babies Child Welfare. Kangaroo-Mother Approach.

## SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA	7
2 OBJETIVOS	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 O prematuro: recém-nascido visualmente vulnerável	19
3.2 O método mãe-canguru	22
3.3 Alterações visuais no recém-nascido e a estimulação visual	29
3.4 A inserção da mãe no cuidado à criança no ambiente hospitalar	35
3.5 Utilização de recursos educativos na promoção à saúde	40
3.6 Tecnologia emancipatória	47
4 CONSTRUINDO O CAMINHO METODOLÓGICO	50
4.1 O estudo	50
4.2 Aspectos éticos	50
4.3 Descrição do local do estudo	51
4.4 Sujeitos	52
4.5 Coleta dos dados	54
4.6 Organização e análise dos dados	57
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
5.1 Primeiro momento: perfil dos especialistas	59
5.2 Segundo momento: acatando as sugestões dos especialistas	61
5.3 Terceiro momento: aplicação do manual	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
7 REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	124



## 1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Para manter a relação entre o bebê e o mundo, os órgãos sensoriais são indispensáveis. Nesse contexto, a visão desempenha papel extremamente importante no desenvolvimento das crianças, de modo particular, nos primeiros meses de vida.

Desde os primeiros instantes, o recém-nascido examina com atenção o mundo em torno dele. Sua interação com o meio e com as pessoas à sua volta se dá por meio da visão, audição, olfato, paladar e tato. Entretanto, a visão sobressai como o canal que capta o maior número de informações experimentadas durante a vida. Os olhos captam os registros, que são organizados no cérebro, e assim as informações são armazenadas. Trata-se de uma função a ser aprendida e cuja qualidade pode ser melhorada. Desta forma, é essencial oferecer meios para que a criança, ao perceber os estímulos, possa acompanhar as etapas seguintes do desenvolvimento visual com maior eficiência.

Algumas condições determinam a função ocular, a qual depende da integridade das estruturas externas do sistema ocular, da correta transmissão do estímulo e da capacidade do cérebro de interpretar o estímulo recebido. Quando um desses aspectos está alterado, pode ocorrer a deficiência visual (PAGLIUCA; RODRIGUES, 1998).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas-IBGE (2001,) 48,7% das deficiências são visuais. Destas, mais de 80% decorrem de causas preveníveis ou tratáveis. Na criança a perda da visão gera grande prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor, com repercussões educacionais, emocionais e sociais. Logo, verifica-se a importância de ações de cunho preventivo e estratégias que possam ser facilmente estendidas ao lar, como a valorização do estímulo visual, desde o nascimento.

Recente pesquisa realizada em âmbito mundial pela Agência Internacional de Prevenção à Cegueira mostrou dados relevantes para avaliar a promoção da saúde ocular. Relacionado à América Latina encontrou-se como causa mais comum de déficit visual, numa amostra de 830 crianças, a retinopatia da prematuridade-ROP (16,9%), sendo esta doença classificada como prevenível (CARE...,2004).

Em virtude da própria imaturidade e dos cuidados durante a internação, os prematuros estão sujeitos a desenvolver patologias oculares. Conforme relatam Oliveira e Cardoso (2002), um recém-nascido prematuro ao superar o estado crítico, que o faz permanecer em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), será transferido para as unidades de médio risco, alojamento conjunto ou enfermaria mãe-canguru, necessitando de cuidados intermediários, incluídos o término do tratamento de antibióticos ou fototerapia, dieta rigorosa para adquirir o peso ideal e posterior alta hospitalar.

Especificamente sobre o cuidado com a visão, é preconizada a avaliação visual da criança ainda internada na unidade de internação neonatal e na enfermaria mãe-canguru, como uma rotina institucional relevante para otimizar o prognóstico de possíveis alterações. Segundo Brasil (2002), devem ser pesquisadas a retinopatia da prematuridade, infecções oftalmológicas, catarata e glaucoma. Assim, deve-se realizar inspeção das estruturas oculares, oftalmoscopia direta, avaliação tanto dos reflexos oculares como da capacidade de fixação e seguimento. Para avaliar a fixação e seguimento, é necessário utilizar figuras contrastantes, procedimento similar à estimulação visual adotada em serviços de estimulação precoce.

A estimulação visual é uma intervenção na qual se utilizam, no campo visual da criança, figuras contrastantes ou outros objetos adequados à idade. Dessa maneira, de acordo com alguns critérios preestabelecidos, pode-se avaliar o desempenho da visão observando a atenção e o interesse da criança por objetos contrastantes. Levando em consideração a história do pré-natal, do parto e da vida neonatal, as respostas advindas desta prática podem dar indícios de possíveis alterações oculares no bebê.

Neste contexto, estão presentes as crianças com deficiência visual. Estas, segundo a Secretaria de Educação de São Paulo (1993), são aquelas que têm impedimento total ou diminuição da capacidade visual decorrente de imperfeição no órgão ou no sistema visual, sendo considerados deficientes visuais os cegos e os portadores de visão subnormal.

Considera-se visão subnormal a perda severa da visão impossível de ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico nem por óculos convencionais. Também pode ser descrita como qualquer grau de enfraquecimento visual que cause incapacidade e diminua o desempenho visual. O portador de visão subnormal, conforme a patologia, apresenta comprometimentos relacionados à diminuição da acuidade e/ou campo visual, adaptação à luz e ao escuro e percepção de cores. O comprometimento visual vai depender da visão residual, ou seja, do potencial de enxergar (CARVALHO; GASPARETO; VENTURINI, 1992).

A estimulação tem ainda como finalidades ativar a função visual residual e desenvolver os outros órgãos perceptíveis de maneira a integrar a criança ao ambiente. Portanto, é pertinente a aplicação desse método (SILVA, 2003).

Hoje, de modo geral, a estimulação visual está inserida nos serviços de estimulação precoce destinados a acompanhar aquelas crianças cujo desenvolvimento e crescimento estão atrasados ou distantes daquele esperado para a sua idade. Esses serviços, comumente, são compostos por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, educadores, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, além de outros profissionais. Todavia, a prática da estimulação visual pode ser desenvolvida não somente em serviços especializados, como também no lar, e na unidade de internação hospitalar, embora não seja ainda uma prática real na atualidade.

Para a prática e avaliação visual da criança exige-se saber que os bebês parecem ter preferência por fixar os olhos em certos tipos de objetos como, por exemplo, a face

humana, padrões complexos e contrastes distintos de preto e branco, conforme comprovado por Fantz, psicólogo que em 1960 utilizou objetos contrastantes e provou a preferência dos bebês por eles (CARDOSO, 1997). No campo visual, as investigações de Fantz (1965) demonstraram a capacidade de discriminar e manifestar preferências por configurações de rostos humanos e formas contrastantes. Em condições normais, os bebês buscam estabelecer contato visual com os adultos que cuidam deles e são estimulados e reforçados a fazê-lo (SCHAFFER, 1979).

É necessário, também, reconhecer a distância mais adequada para que o bebê possa ver. Essa distância situa-se em torno de 20 a 25 cm da face; corresponde mais ou menos à distância da face da mãe quando está amamentando. Se forem colocados objetos muito distantes ou muito próximos, o recém-nascido poderá enxergar apenas uma névoa ou uma mancha (BRUNO, 1993; CARDOSO, 2001; LÚCIO; CARDOSO, 2004; CARDOSO; SILVA, 2004; CARDOSO; LÚCIO; PAGLIUCA, 2005).

Ao nascer, as crianças tendem a permanecer com os olhos fechados, no entanto já podem ver. Uma das primeiras respostas ao estímulo visual é o olhar do bebê para a face da mãe, especialmente durante a amamentação. O encontro dos olhos entre mãe e filho permite o primeiro e outros contatos e é parte essencial do processo de construção do vínculo afetivo, que, como a estimulação, é fundamental para o desenvolvimento da visão e para a saúde emocional do bebê. Entretanto, como ressaltam Brazelton (1988) e Klaus e Kennell (1993), o estabelecimento do vínculo e apego pode ser prejudicado pela falta de oportunidades da mãe interagir com seu filho, gerando desordens no relacionamento futuro de ambos.

Todo indivíduo requer assistência de qualidade. Uma assistência de qualidade ao indivíduo só será viável se houver o envolvimento dos familiares, como parte integrante desse processo. Nesse sentido, quando se atua com bebês, é imprescindível a participação da mãe, bem como da família como um todo.

Um diagnóstico de cegueira, ou uma visão débil, particularmente durante a infância, é provavelmente um choque para os pais. Segundo afirmam Cardoso e Pagliuca (1999), diante da cobrança da sociedade sobre a saúde do filho, o surgimento da deficiência visual gera nos pais, a princípio, uma reação de choque, rejeição. Em seguida, o ajustamento e a aceitação, ou, em algumas ocasiões, o confinamento das crianças. A consciência da rejeição leva-os a superproteger o filho. Isto, na maioria das vezes, provoca efeito negativo no convívio diário, transformando-o numa criança diferente.

A detecção precoce da deficiência visual, bem como de outras afecções visuais, pode minimizar complicações e, conseqüentemente, alertar para a procura de tratamento especializado. Nesta perspectiva, nota-se o importante papel da mãe e da família como cuidadores (SILVA; CARDOSO, 2004).

No decorrer de todo o processo de estimulação visual da criança, a família exerce decisiva influência na continuidade no lar. Para essa família poder atuar eficazmente, ela precisa de orientações dos profissionais que prestam assistência nas instituições participantes do processo de estimulação (CARDOSO; PAGLIUCA, 1999).

De modo especial, após alta hospitalar é indispensável a participação da família no processo de crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Neste processo, a estimulação é inserida como parte essencial, pois após o nascimento a visão da criança ainda continua a se desenvolver.

O olho do recém-nascido tende sempre à emetropia e, para compensar o menor diâmetro ântero posterior ao nascer, a córnea apresenta alto poder refrativo, que vai progressivamente diminuindo com o crescimento do olho (WRIGHT, 1999; SNIR; FRILING; SHERF; AXER-SIEGEL, 2004; GRAZIANO; LEONE, 2005). NO caso de criança a termo, ela tende a uma leve hipermetropia, a qual tende a aumentar até os 7 anos. A seguir há uma tendência para a miopia até a vida adulta. O astigmatismo quase

sempre está associado ao grau esférico. Por isto, as crianças prematuras são mais freqüentemente míopes.

De acordo com evidências, o desenvolvimento do segmento anterior do olho se mostra mais lento nos prematuros, e estas crianças apresentam microcórneas, ou seja, córneas e cristalinos com maior poder refrativo e conseqüentemente miopia (GRAZIANO; LEONE, 2005).

Ao nascimento, a visão da criança é relativamente baixa, em decorrência da imaturidade das estruturas cerebrais e retinianas relacionadas com a visão e com a movimentação dos olhos. Para haver desenvolvimento normal da visão, são necessárias boas condições anatômicas e fisiológicas. Para desenvolver a visão, a criança precisar ver (GRAZIANO; LEONE, 2005).

No caso de crianças com problemas visuais, somente um ambiente rico em estimulação adequada poderá contribuir para que ela se prepare para a vida de forma mais independente. No entanto, o êxito de um programa de estimulação visual depende da atuação do profissional junto à família.

Conforme é cada vez mais evidenciado, a estimulação visual em forma de exercício não é eficaz, sendo necessário associar a estimulação visual à global, principalmente motora, para dar um sentido ao "ver". Isto deve fazer parte da rotina da criança, mediante orientação e participação dos pais no intuito de propiciar confiança mútua. Os pais devem ser orientados sobre como lidar com seu filho, com ênfase nas diversas formas de estimulá-lo no dia-a-dia e restringir seus limites. São eles que passam a maior parte do tempo com a criança e, além disso, os vínculos familiares constituem a base para a formação e desenvolvimento da personalidade. Portanto, podem alterar decisivamente a eficácia da intervenção precoce (NAKAHANA; FURTADO; BRAGA, 2005).

Nesta perspectiva, o enfermeiro tem importante papel. Smeltzer e Bare (2002) ressaltam este papel ao relatarem a necessidade do cuidado e proteção do sistema visual desde o nascimento, quando o enfermeiro, como expressivo membro da equipe de saúde, é capaz de proporcionar excelentes instruções sobre os cuidados com os olhos e a prevenção de doenças oculares.

Ele pode orientar as mães acerca dos cuidados essenciais e básicos necessários a cada bebê. Porém, para as estratégias de orientação, cuidados e outras intervenções de enfermagem serem efetivas, é preciso se utilizar a comunicação de forma mais positiva possível, pois essa é considerada um instrumento básico para o cuidado de enfermagem. Desse modo, concordamos com Barcelos, Gomes e Lacerda (2003). Segundo esses autores, na enfermagem a comunicação é indispensável até nas mínimas ações. A compreensão de mensagens emitidas pode ser decisiva nos resultados a serem alcançados de acordo com as informações repassadas.

Como processo, a comunicação exige a sintonia entre quem envia e quem recebe determinada mensagem por meio de um canal comum (GOMES, 1994; PAELE; SILVA, 2005). Para a enfermagem se comunicar de maneira eficaz ela faz uso de vários artifícios. Por exemplo, durante sua assistência ela pode aliar conhecimentos científicos a recursos educativos, abordando a educação e promoção à saúde de modo criativo e dinâmico. Entretanto, ao utilizar estes recursos, o profissional deve ter consciência da importância do processo de comunicação.

Sobre o cuidado com a criança e a estimulação visual e resgatando um pouco da vivência da pesquisadora com o tema, foi desenvolvido um manual intitulado **Estimulação visual**: promovendo a saúde ocular da criança (Apêndice A), como resultado de uma monografia, no período de agosto a novembro de 2003, sendo apresentado ao corpo docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem (SILVA, 2003). Esse manual poderá proporcionar à

família caminhos para lidar com a saúde ocular dos recém-nascidos, principalmente no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde.

A produção do cuidado requer tecnologias pensadas e projetadas nas quais se incluem o reconhecimento de um problema prático; a formulação do problema; a busca de princípios científicos que o apoiem; o desenho do artefato ou processo com base nos princípios; o protótipo para ser experimentado e a avaliação do resultado obtido (NIETSCHE et al., 1999).

Assim, a nosso ver, esse manual poderá se configurar como tecnologia, visto que houve a vivência com a promoção à saúde ocular da criança durante a graduação; foi reconhecida a problemática durante as experiências vivenciadas; esta problemática está sendo embasada em princípios científicos quanto à estimulação visual e produção de materiais educativos. Seguindo estes princípios, foi elaborada uma proposta de manual como material educativo; em seguida, criado um protótipo, ou seja, o manual propriamente dito, e a avaliação do resultado obtido, etapa representada por este estudo.

Como recurso educativo, o manual pode ser utilizado para facilitar o processo de orientação a ser repassado à mãe no referente aos cuidados com a saúde ocular do seu filho em ambiente familiar.

Embora a visão dos bebês ainda não esteja completamente desenvolvida quando eles nascem, este desenvolvimento ocorre com mais rapidez durante os seis primeiros meses de vida após o nascimento (CARE...,2004). Além disso, é no primeiro ano de vida que ocorrem as modificações mais importantes no desenvolvimento da criança, quando se apresentam grandes saltos evolutivos em menores períodos de tempo. Assim, em sua relação de reciprocidade no desenvolvimento, as transformações nas habilidades motora, axial e apendicular, verificadas ao longo do primeiro ano de vida, favorecem o aprimoramento das habilidades visuais (DIAMENT; CYPEL, 1996).

O desenvolvimento da visão dos bebês depende da utilização ativa e efetiva dos seus olhos. Nos seis primeiros meses de vida, o fator responsável pelo rápido desenvolvimento da visão do bebê é a estimulação visual. O crescimento e desenvolvimento da criança são resultantes de um conjunto de fatores. Entre estes: fisiológicos, anatômicos, hormonais, emocionais, ambientais e sociais. Por esta razão a estimulação visual não deve ser contemplada isoladamente, e, sim, como um dos componentes desse processo, sendo os primeiros meses primordiais para a criança, em âmbito familiar.

Por ser o desenvolvimento visual da criança contínuo, se formar semelhante ao do adulto por volta dos sete anos de vida, e ocorrer durante o primeiro ano com maior rapidez, destacando-se os seis primeiros meses, optamos por elaborar o manual abordando o primeiro ano de vida. Esta foi uma forma de sistematizar e organizar as informações, não se restringindo ao sexto mês de vida nem enfatizando a visão da criança até 7 anos, o que tornaria o material extenso.

Para as etapas da criação desse material foram feitas, inicialmente, leituras referentes ao assunto; em seguida as ilustrações foram elaboradas por um desenhista, acrescidas ao texto e complementaram a mensagem expressa pelos desenhos. Deu-se continuidade ao trabalho até a impressão.

De modo geral, o conteúdo do manual foi embasado na literatura pertinente e nas práticas vivenciadas no Projeto Saúde Ocular da Criança/CNPq/UFC. O Projeto Saúde Ocular do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, encontra-se vinculado ao CNPq e às Pró-Reitorias de Pesquisa e de Extensão da referida Universidade. É composto por alunos da graduação e pós-graduação que vêm desenvolvendo pesquisas referentes à assistência de enfermagem ao deficiente visual, bem como à promoção da saúde ocular em todas as etapas do ciclo vital.

Os primeiros trabalhos desenvolvidos na temática saúde ocular da criança pelo projeto citado dizem respeito à prevenção da cegueira no recém-nascido com ênfase na oftalmia neonatal. Em seguida, foram agregadas também a família e a equipe de enfermagem. Posteriormente surgiu a inserção das pesquisas voltadas para estimulação visual. Estas, desde então, vêm sendo estudadas com maior profundidade.

A atuação da enfermagem na saúde ocular ainda apresenta muitas lacunas. Por exemplo, a prática não se mostra constante durante o processo de cuidar, como afirma Sperandio (1999) em estudo que objetivou verificar o conhecimento em ações básicas de saúde ocular de pediatras e enfermeiros em saúde pública. Conforme se concluiu, a promoção da saúde ocular e a prevenção precoce de problemas visuais em crianças não representavam uma prática constante desses profissionais vinculados aos serviços de saúde. Nos demais serviços de atendimento neonatal esta lacuna também é encontrada.

A essa realidade acrescenta-se a falta de conhecimento por parte das mães e familiares acerca da saúde ocular dos seus filhos. De acordo com estudo recente de Campos e Cardoso (2004) com vistas a desvelar o significado de ser mãe de recém-nascidos sob fototerapia, a utilização da oclusão ocular necessária para o tratamento da hiperbilirrubinemia em RN realmente impressiona as mães. No entanto, como se observa, o uso da máscara de proteção pelo RN evita lesões à retina passíveis de serem provocadas pela incidência da luz fluorescente utilizada no equipamento de fototerapia. Em virtude da falta de conhecimentos dessas mães, aumentam a ansiedade e a preocupação em relação à visão dos seus filhos, pois para muitas delas o fato dos bebês estarem com os olhos “vendados” dava a impressão de que estes eram cegos.

Portanto, com base nessa vivência sobre a saúde ocular, sentimos a necessidade de estudar, criar, aplicar e avaliar materiais didáticos destinados a auxiliar na orientação das mães no relacionado à visão do seu filho. A nosso ver, um manual dirigido a estas mães não só facilitará a aprendizagem delas sobre a estimulação visual, como também fará com que possíveis agravos à visão, caso ocorram, sejam percebidos durante a convivência familiar.

Embora os pais não tenham a competência técnica e científica para detectar esses agravos, eles podem perceber qualquer alteração na resposta visual da criança por meio do contato diário, das orientações dadas no ambiente hospitalar ou mesmo domiciliar e das informações contidas no manual, além da facilidade da continuidade da estimulação no domicílio como fator indispensável para o desenvolvimento da criança, seja ela prematura ou não.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral:**

- Validar material e método para educação e saúde aplicando a estimulação visual em crianças prematuras e/ou com riscos para alterações visuais.

### **Específicos:**

- Aplicar um manual com ênfase na estimulação visual para mães de crianças com risco para alterações visuais;
- Investigar na percepção das mães de crianças com riscos para alterações visuais o conteúdo e aplicação do manual sobre estimulação visual.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 O prematuro: recém-nascido visualmente vulnerável**

No quadro de risco para problemas visuais em crianças podemos citar aqueles relacionados à história familiar, como erros de refração, estrabismo e glaucoma; os relacionados à história da doença atual da criança, como hidrocefalia, síndromes, e o grupo dos relacionados à história perinatal envolvendo as toxemias, infecções congênicas, agentes teratogênicos, traumas, recém-nascido pequeno para idade gestacional, hipóxia e a prematuridade.

Em estudo voltado a identificar as principais causas de cegueira ou baixa visão em dada população infantil, em uma amostra de 98 histórias clínicas, Ojeda, Quiroz e Solari (2003) encontraram como causa mais importante as enfermidades perinatais (44,9%), entre as quais retinopatia da prematuridade, hipóxia neonatal, baixo peso, infecção perinatal e prematuridade.

No quadro de crianças com riscos para alterações visuais, aparecem algumas variáveis que podem estar relacionadas, como o uso de oxigenoterapia. Segundo Endriss et al. (2002), em estudo que objetivou identificar as principais doenças oculares em três maternidades de referência no Estado de Pernambuco, detectou-se como principal fator de risco a prematuridade. Desse modo, nos reportaremos, a seguir, a descrições que envolvem os riscos oculares e a prematuridade.

É no momento do nascimento, após a longa espera, que a mãe precisa ter ao seu lado o filho, acalentá-lo, demonstrar o seu amor, compartilhar com os familiares este momento de troca, suavizando a passagem do nascimento, dando-lhe as boas-vindas. Quando tudo ocorre bem, a mãe está disposta, a equipe de saúde colabora e o nascimento

pode se tornar um momento mágico de encontro e comunicação. No entanto, conforme a prática tem nos revelado, este encontro pode ficar extremamente prejudicado, principalmente quando surgem problemas, como a prematuridade (OLIVEIRA, 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), bebê prematuro é um termo usado para toda criança que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, precisa de cuidados especiais, pois sua condição fisiológica não lhe permite expor-se a riscos ambientais, necessitando, assim ser levado a uma unidade hospitalar também especial, a Unidade de Terapia Intensiva. Ali, receberá os devidos cuidados para mantê-lo em condições satisfatórias de funcionamento. Será colocado em incubadora e seu manuseio ocorrerá a cada duas ou três horas (SOUSA; PAGLIUCA, 1998).

À medida que novos conhecimentos e tecnologias na área da neonatologia vão sendo descobertos e/ou aprimorados, cada vez mais a mortalidade de crianças prematuras vem diminuindo. Porém, neste momento em que a ciência avança, é importante ressaltar os efeitos desse processo. Segundo Meio, Lopes e Morsch (2003), estes avanços vêm acompanhados cada vez mais de seqüelas neurológicas, motoras e emocionais, e este quadro já pode ser considerado como um problema de saúde em crescimento.

Ao permanecer em uma incubadora, em uso de fototerapia ou em oxigenoterapia, terapêuticas frequentemente aplicadas em unidades neonatais, o bebê encontra-se exposto não apenas à privação de estímulos sensoriais, mas também a riscos oculares advindos dessas práticas (SILVA, 2003).

O grande número de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, as altas taxas de mortalidade infantil e as elevadas porcentagens de seqüelas no crescimento e desenvolvimento desses bebês são preocupações constantes dos profissionais de saúde. Além disso, conforme se constata, ao se colocar o bebê nascido prematuramente numa incubadora, é grande a probabilidade de a mãe desvincular-se emocionalmente da criança (MATTOS, 2004).

A separação do binômio pode causar danos tanto para o bebê quanto para a mãe, uma vez que a relação é abalada. Conseqüentemente a mãe fica insegura e ansiosa por não poder cuidar do seu filho, enquanto a criança sente falta da segurança e apego a ela transmitidos durante a gestação. Ademais, muitas vezes esta criança não é amamentada com o leite materno da própria mãe, apresenta menos estimulação sensorial e emotiva, maior risco à infecção e maior tempo de internação (FERREIRA; VIEIRA, 2003; ROLIM, 2003; CAMPOS, 2003).

Esta preocupação com os prematuros desprovidos de contato íntimo materno provocado pela separação desde o nascimento fez com que novas condutas surgissem no intuito de ser priorizada a assistência do binômio mãe-filho. A assistência à saúde do bebê pré-termo e/ou prematuro passou por profundas transformações através dos tempos. Inicialmente foi centrada na recuperação do corpo anatomofisiológico, tendo como finalidade a redução da mortalidade. Depois, transformou-se em assistência mais integral e humanizada com ênfase no processo saúde-doença, tendo como objetivo o crescimento e desenvolvimento da criança e a qualidade de vida mediante participação da família no cuidado (SCOCHI, 2000).

Em suma, a prematuridade, além de afetar a família como cuidador principal, apresenta desvantagens passíveis de se estender por toda a vida da criança, sob os aspectos somático, neurológico e psíquico (CREASY, 1993; FANGMAN et al., 1994; SPALLICI et al., 2000 ). Dessa forma, a condição de ser um prematuro coloca a criança em lugar de destaque, pois o crescimento e o desenvolvimento fetal encontram incompleto no momento do nascimento. A criança que nasce prematura poderá apresentar riscos visuais, entre outros, em face da própria imaturidade e/ou dos tratamentos utilizados durante sua internação hospitalar.

### 3.2 O método mãe-canguru

No período de internação hospitalar, o prematuro, na condição de paciente potencial para riscos oculares, deve ser assistido dentro desta perspectiva para evitar ou minimizar alterações na sua visão. Segundo preconizado pela American Academy of Pediatrics Policy Statement (2003), o primeiro exame oftalmológico deve ser realizado entre quatro e seis semanas de vida. Ou seja, o primeiro exame do prematuro deve ser ainda dentro da UTI neonatal, pois a maioria dos bebês de risco ainda está internado. Porém não é preconizado apenas um exame. De acordo com os achados, o profissional avalia a necessidade de seguimento logo na instituição hospitalar.

Por entender que o recém-nascido pode ser admitido em outras unidades de internação neonatal, a variar entre unidades de baixo risco e alto risco, e ainda que a avaliação visual a ser realizada independe da unidade onde o prematuro se encontra internado, traçaremos as principais características da enfermaria mãe-canguru, cenário da realização do estudo.

Dessa forma, na busca de um atendimento aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, para proporcionar melhor qualidade de vida e garantir uma assistência mais humanizada tanto para as crianças quanto para suas mães, médicos colombianos criaram o método “mãe-canguru”.

O método mãe-canguru foi idealizado na Colômbia em 1979 pelos doutores Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez como uma revolucionária forma de preservar a vida e humanizar a atenção ao recém-nascido prematuro e de baixo peso. Tal nome foi adotado em referência às espécies dos marsupiais, cujas cangurus fêmeas possuem uma bolsa onde suas crias prematuras completam o tempo de gestação, sendo aquecidas e alimentadas até se fortalecerem e amadurecerem (ANDRADE; GUEDES, 2005). Era inicialmente destinado a dar alta precoce para recém-nascidos de baixo peso diante de uma situação

crítica de falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Segundo Rolim e Alencar (2003), o sonhar com um cuidar humanizado, voltado ao respeito da individualidade de cada ser, no qual sejam promovidas práticas corretas, visando não só o tecnicismo como também o bem-estar do paciente, favorecido por uma postura profissional norteada pelo conhecimento científico, solidariedade e compaixão, torna-se primordial para a visão do profissional da equipe da unidade neonatal. Isto é, um cuidador com um perfil de agente transformador onde o cuidado deverá ser orientado para um comportamento acolhedor ao recém-nascido e sua mãe.

No Brasil, os pioneiros na aplicação desta nova tecnologia foram o Hospital Guilherme Álvaro em Santos, no ano de 1992, e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) no ano de 1994 em Recife. Em 1997, o modelo adotado pelo IMIP foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação “Gestão Pública e Cidadania”, e também premiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) como *best practice*. A partir disso, outros hospitais adotaram o método como rotina hospitalar. Entre eles o Hospital de Itapeverica da Serra, em São Paulo, o Hospital Regional de Taguatinga, no Distrito Federal, o Hospital Universitário, em Florianópolis, o Hospital de Clínicas, no Paraná, além de outros. Atualmente são mais de 160 programas em andamento no país (CARVALHO; PROCHNIK, 2001; MILTERSTEINER et al., 2003).

Como informa Rolim (2003), no Ceará o método chegou no ano de 1997, no Hospital Albert Sabin, e no César Cals, ambos pertencentes à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, pertencente à Universidade Federal do Ceará.

Em março de 1999 uma conferência foi realizada no Rio de Janeiro com a presença dos idealizadores do referido método e participação de instituições que já o

adotavam. O Ministério da Saúde criou então um grupo de trabalho que elaborou o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru e apresentou publicamente sua regulamentação no final deste mesmo ano, tornando-se Portaria sob nº. 693 de 5 de julho de 2000 (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

O método considera sempre o binômio mãe-filho. Quanto à mãe, é realizada uma caracterização psicossocial pelos protocolos específicos aplicados durante a internação e no seguimento ambulatorial. Uma equipe interdisciplinar dá orientação quanto ao funcionamento e benefícios do método. A implementação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde pressupõe equipes de saúde com habilidades não só para orientar a prática do método nas unidades neonatais, mas também para lidar com os aspectos capazes de influenciar o ato de cuidar no âmbito da família. A normatização visa facilitar a expansão do programa, além de estabelecer parâmetros que garantam a segurança na atenção ao recém-nascido de baixo peso (TOMA, 2003).

O Ministério da Saúde propõe a aplicação do método em três etapas, a se iniciar nas unidades neonatais (Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e unidades de cuidados intermediários), passando às unidades neonatais canguru e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (BRASIL, 2002).

Em relação ao bebê, tão logo supere eventuais problemas críticos de saúde, é colocado junto ao corpo da mãe. Conforme normatiza o Ministério da Saúde, o recém-nascido para ser transferido para a enfermaria mãe-canguru deverá atingir os seguintes critérios: estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1 250 g e ganho de peso diário maior que 15 g. A mãe também participa de alguns critérios para a permanência nesta enfermaria, sendo fundamental sua aceitação voluntária e colaboração (BRASIL, 2002).

Segundo a Portaria nº. 693 do Ministério da Saúde, os critérios de legibilidade para a permanência nessa enfermaria são os seguintes: disponibilidade materna, capacidade

materna de reconhecer as situações de risco do RN e habilidade para a colocação da criança em posição canguru (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

De acordo com esses critérios, o bebê é colocado quase despido, em decúbito prono, na posição vertical, próximo ao peito materno. A posição vertical é utilizada para evitar o refluxo gástrico-esofágico e a bronco-aspiração, fenômenos comuns que podem levar à asfixia e até mesmo à morte. As mães são instaladas em camas elevadas e aconselhadas a dormir em posição ereta, para que o bebê se mantenha sempre nessa posição. O contato com o corpo da mãe promove a manutenção dos níveis adequados de temperatura corpórea do bebê, além de favorecer o estreitamento do vínculo mãe-filho. Proporciona maior tranquilidade ao recém-nascido, que tem longos períodos de sono profundo, e à mãe, que pode acompanhar todos os momentos do seu bebê, facilitando sua amamentação (MATTOS, 2004).

Quanto à mãe, ela é capacitada para reconhecer as situações de risco do recém-nascido, como mudança da coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitação e diminuição de movimentação. Além disso, a mãe que se encontra internada nessa unidade tem suporte da equipe de saúde, a qual deve ser composta por profissionais capacitados.

Em relação ao leite materno, é importante ressaltar Castro e Villalobos (2003), os quais afirmam que a alimentação ao seio materno promove ao recém-nascido eficiente proteção contra diferentes tipos de infecções. Esta proteção está mediada tanto pela presença de anticorpos e células imunocompetentes, como por fatores bioativos, tais como: oligossacáridos, enzimas, hormônios, fatores de crescimento e citocinas, que participam na maturação de diferentes tipos celulares. Dos anticorpos, a imunoglobulina A representa a maior proporção. Esta imunoglobulina secretora inibe a translocação de bactérias produtoras de infecções intestinais, evitando a bacteremia, a eventual septicemia e a enterocolite necrotizante. O leite materno também possui fatores antiinflamatórios, que assim como outros elementos contribuem no controle das infecções gastrintestinais.

Como defendem Carvalho e Prochink (2001), cada mulher produz um leite específico para o seu bebê, mas a mãe de bebê prematuro produz um leite com baixo teor de lactose. Isso facilita ainda mais a digestão, porque os prematuros não têm a lactase-enzima que digere este açúcar.

Desse modo, o método não só proporciona o aumento do vínculo e do incentivo à amamentação, como evita longos períodos sem estimulação afetiva e sensorial, aumenta a competência e confiança dos pais no manuseio dos seus filhos e melhora o relacionamento da família com a equipe de saúde (FERREIRA; VIEIRA, 2003).

Conforme salienta Maldonado (1993), o encontro por meio do olhar, do toque carinhoso e de palavras amorosas traduz a melhor qualidade de acolhida ao bebê em seu novo mundo. Isso ficará na memória como um poderoso alicerce de bem-estar e estar melhor. Miura (1991) refere que a mãe procura desde o início um diálogo com o bebê mediante estimulação tátil, visual e auditiva. Ela modifica a voz, a torna mais suave que o normal; não resiste ao apelo corporal proporcionado pelo bebê, e o acaricia e toca várias vezes. Faz isso sempre olhando com muita atenção para a sua face, observando suas reações ante os estímulos.

Portanto, é indispensável considerar a visão na enfermaria mãe-canguru em virtude da íntima relação estabelecida entre a mãe e seu filho. Nesta enfermaria, a promoção à saúde ocular tem não só objetivo de prevenir doenças, mas também de estabelecer vínculo afetivo por meio dos canais de comunicação.

No relacionado à enfermaria mãe-canguru, ressalta-se que sua adoção é estratégia essencial para mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio da cidadania da família (BRASIL, 2002).

Segundo relata Mattos (2004), o principal objetivo do Programa "Mãe-Canguru" é humanizar a assistência ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso,

possibilitando a alta precoce, amenizando os efeitos da infra-estrutura inadequada, superlotação e infecções hospitalares. É fundamental, porém, a realização de pesquisas sobre a efetividade dessa estratégia de atenção ao bebê de baixo peso no contexto brasileiro. Não se pode perder de vista o fato de que este método foi proposto com o enfoque de humanizar a atenção ao recém-nascido, à semelhança do que ocorre nos países desenvolvidos, e não com o propósito de substituir a tecnologia das unidades neonatais (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004).

Para Furlan, Scochi e Furtado (2003), a estrutura física atende à normatização no que diz respeito à existência de aspirador a vácuo, carrinho de urgência, termômetro, localização próxima do posto de enfermagem e perto da unidade de cuidados especiais. A balança e o material de higiene, citados na normatização, ficam na unidade onde os bebês recebem, pela manhã, o banho e demais cuidados de higiene.

Em função de avanços tecnológicos que têm aumentado a sobrevivência e as perspectivas do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros, novos procedimentos sistematizados estão sendo valorizados, influenciando a qualidade da interação mãe-bebê, a adequação da alimentação, a comunicação, audição, visão, bem como o desenvolvimento global (ANDRADE; GUEDES, 2005).

A equipe de saúde fornece a orientação aos pais sobre o método, a estimulação quanto à manutenção do contato tátil e sensorial com a criança, apoio e intervenção para a manutenção da produção láctea e armazenamento do leite ordenhado (BRASIL, 2002).

No contexto hospitalar, o tempo de permanência da criança é variável de acordo com a evolução clínica desta criança e o senso de confiança da mãe quando realiza os cuidados ao filho. Desse modo os critérios para alta hospitalar devem atender tanto a mãe quanto a criança.

De acordo com o Ministério da Saúde, são critérios de alta para o bebê: peso mínimo 1 500g; criança com sucção exclusiva ao peito e peso adequado nos três dias que antecedem a alta. Já os critérios de alta em relação à família são: mãe se sentir segura, bem orientada e familiares conscientes quanto aos cuidados domiciliares com a criança; mãe psicologicamente motivada a dar continuidade ao trabalho iniciado no hospital; compromisso materno e familiar para realização do método 24 horas por dia; condição de recorrer à unidade hospitalar a qualquer momento de urgência e acompanhamento ambulatorial assegurado no hospital (BRASIL, 2002).

Na terceira etapa, segundo Brasil (2002), é dada continuidade à assistência ao recém-nascido prematuro de baixo peso após a alta hospitalar. Apesar de na etapa anterior não se estipular obrigatoriedade de tempo em posição canguru, nesta etapa, por motivo de segurança, recomenda-se esta posição em tempo integral. Portanto a participação dos pais e de outros familiares deverá ser estimulada para a colaboração do método no âmbito domiciliar. Todavia, segundo observado, existe escassez de trabalhos que retratem a continuidade do método no lar e a relação desta com a reinternação.

O objeto principal da avaliação ambulatorial é manter a periodicidade das consultas individualizadas, de acordo com o fator de risco, para que a intervenção, quando necessária, ocorra precocemente, diminuindo a reinternação. Conforme recomenda o Ministério da Saúde, o acompanhamento deve-se dar até que a criança atinja o peso de 2500g.

Após a alta estes bebês são atendidos no ambulatório até se completarem as quarenta semanas de gestação normal ou até atingirem o peso de dois quilos. A alta precoce, além de fortalecer o vínculo do bebê com sua família, favorece a liberação de vagas destinadas a novas internações, racionalizando o uso de equipamentos e reduzindo custos, sem afetar a qualidade no atendimento (MATTOS, 2004).

### **3.3 Alterações visuais no recém-nascido e a estimulação visual**

A visão pode ser afetada por alguns tratamentos imprescindíveis para salvar a vida dos recém-nascidos, antes considerados inviáveis, como a oxigenoterapia e a fototerapia. Faz-se então necessário um olhar cada vez mais minucioso no contexto da saúde ocular, pois existe um potencial para o surgimento de alterações visuais naquelas crianças que apresentaram baixo-peso ao nascer, nos prematuros e naquelas com hipóxia grave (CARDOSO; SILVA, 2004).

Ao estudar em uma maternidade pública de Fortaleza as principais alterações oculares externas encontradas em 21 recém-nascidos, Silva e Cardoso (2004) identificaram as seguintes: nistagmo, estrabismo, icterícia, edema palpebral e manchas hemorrágicas. Vale ressaltar que para identificar tais alterações foi realizado exame ocular das estruturas externas. As crianças avaliadas tiveram peso em média de 1 622g e aproximadamente 95,2% (20) eram pré-termos. O peso e a idade gestacional podem ser relatados como fatores de risco para patologias oftalmológicas, pois são geralmente advindos de partos prematuros e nessas crianças a imaturidade das funções anatômicas e fisiológicas as torna muito frágeis. Além disso, o índice de Apgar variou de dois a nove no primeiro minuto de vida e de seis a nove no quinto minuto, e todas as crianças necessitaram utilizar alguma modalidade de oxigenoterapia, em média, cinco dias da terapêutica.

Durante internação neonatal, de origem fisiológica ou patológica, algumas alterações oculares podem ser encontradas nos bebês. Estas podem estar relacionadas a causas hereditárias, infecciosas, perinatais, a agentes externos ou outras causas não determinadas. As principais alterações encontradas segundo a literatura serão descritas a seguir, a saber: retinopatia da prematuridade, nistagmo, hemorragias e edemas, estrabismo, catarata congênita, conjuntivites, infecção por toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus(CMV).

Uma das doenças oculares que frequentemente acometem as crianças prematuras é a retinopatia da prematuridade, definida como uma doença vasoproliferativa que acomete a retina de crianças prematuras, e se constitui como uma causa importante de cegueira na infância.

Embora a retinopatia da prematuridade ainda não tenha sua etiopatogenia conhecida completamente, esta é uma doença multifatorial que afeta principalmente o RN prematuro e de baixo peso e seu desenvolvimento se relaciona com o uso de oxigenoterapia e outros fatores de risco ainda não totalmente esclarecidos como: RN prematuro, hiperóxia, uso de surfactantes, presença de ductos, alterações metabólicas, septicemia e curso clínico complicado. A retinopatia da prematuridade possui estádios variáveis desde efeitos mínimos nos vasos da retina até o descolamento total da retina, cuja consequência é a cegueira (WAISMAN et al., 2001).

Conforme sabemos, a retina embrionária permanece avascular até o quarto mês de desenvolvimento fetal. A partir da 16ª semana de idade gestacional começam a aparecer na camada de fibras nervosas as células formadoras dos vasos retinianos, alcançando a periferia temporal ao redor da 42ª semana. Nas primeiras quatro horas de nascimento existe uma parada na migração das células formadoras dos vasos causada por uma vasoconstrição reflexa devido a uma mudança do ambiente hipóxico uterino para o hiperóxico extra-uterino. Após quatro dias de vida, mecanismos bioquímicos desconhecidos promovem uma alteração estrutural destas células, com reflexos na síntese e eliminação de um fator angiogênico. Este fator induz neovascularização a partir dos últimos capilares formados na retina (NISIOKA, 2005).

A retinopatia da prematuridade pode levar ao comprometimento visual de várias formas. Entretanto, a regressão da doença com presença de tração retiniana e deslocamento macular, descolamento parcial ou total da retina de ambos os olhos, representa uma causa ocular para a baixa visão nas crianças prematuras (ZIN, 2002).

De acordo com a classificação internacional da ROP existem cinco estágios da doença: estágio 1 - linha de demarcação; estágio 2 - crista retiniana; estágio 3 - crista retiniana com proliferação fibrovascular extra-retiniana; estágio 4 - descolamento da retina, A- extrafoveal e B-incluindo a fóvea; e estágio 5 - descolamento total da retina (GRUNDUER et al., 2003).

Lamentavelmente, até hoje não há nenhum tratamento completamente eficaz da retinopatia. Tampouco nenhum procedimento para deter sua progressão para as formas mais graves. Em épocas anteriores, a crioterapia foi utilizada para o tratamento, mas o método preferido na atualidade é a terapia com laser (SOLA et al., 2005).

Existem inúmeras complicações tardias da ROP não diagnosticadas. Entre elas miopia, estrabismo, glaucoma de ângulo fechado secundário e degeneração retiniana (GRUNDUER et al., 2003).

Outro achado importante na população de recém-nascidos é a catarata congênita, considerada uma causa freqüente de cegueira evitável na infância. A catarata geralmente é resultado de más-formações oculares congênitas, infecções intra-uterinas, síndromes genéticas, alterações sistêmicas com erros inatos do metabolismo, hereditariedade, uso de medicamentos, radiação ou de origem idiopática. Seu controle exige, principalmente, tratamento cirúrgico e correção visual o mais cedo possível (ENDRISS et al., 2002). Esta patologia pode ser identificada por meio do exame de reflexo vermelho, quando o achado tem cor esbranquiçada (leucocoria), sendo normal quando este apresenta-se vermelho alaranjado em ambos os olhos.

Para a detecção de opacidades no eixo visual, tal como a catarata congênita, retinoblastoma ou mesmo grandes diferenças de refração entre os olhos, é realizado o exame do reflexo vermelho, com o auxílio de um oftalmoscópio cujo foco é direcionado para a pupila do examinador. Este deveria se constituir um exame de rotina no período neonatal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS POLICY STATEMENT, 2003).

Segundo acrescentam Hoyt, Nickel e Billson (1982), o exame deve ser realizado na penumbra, com um oftalmoscópio colocado a uma distância aproximada de um metro dos olhos da criança, observando o reflexo vermelho dos dois olhos simultaneamente. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, esta criança deverá ser avaliada pelo oftalmologista imediatamente para melhor prognóstico.

O nistagmo é outra alteração oftalmológica patológica que pode ser encontrada em crianças internadas em unidades neonatais. A palavra nistagmo provém do grego *Nystagmo*, e se refere aos lentos movimentos da cabeça realizados por uma pessoa que adormece sentada. Caracteriza-se por movimentos involuntários dos olhos, podendo ser causado por vários fatores, entre os quais doenças congênitas, lesões cerebrais e no labirinto, doenças hereditárias e manifestações medicamentosas. Existem vários tipos de nistagmo, a variar conforme a idade, o sexo, as doenças associadas, entre outros (JOHN;STAHL; AVERBUCH-HELLER; LEIGH, 2000). Na criança, as mais comumente encontradas são a hidrocefalia e outras anomalias neurológicas.

Em virtude da pressão durante o parto, as hemorragias e edemas oculares são muito comuns nos RNs (NETTINA, 1998). Menciona-se, também, o estrabismo, caracterizado pela perda do paralelismo dos olhos, os quais ficam como se estivessem trocados ou tortos. Comumente, a imagem levada ao cérebro é dupla, proveniente dos dois olhos e, ao chegar ao lobo occipital, é fundida numa só. No caso do estrabismo, o organismo é obrigado a corrigir, suprimindo a imagem de um dos olhos. Isto merece menção especial, pois é uma das causas mais freqüentes de ambliopia, definida como uma baixa de visão de um ou ambos os olhos (FECHINE; CARDOSO; PAGLIUCA, 2000).

No período neonatal podem ocorrer, ainda as conjuntivites, condições potencialmente sérias, tanto pelos efeitos locais ao olho, quanto pelo risco de disseminação sistêmica. Como fatores predisponentes citam-se: parto vaginal, asfixia e ruptura prolongada da membrana amniótica (ENDRISS et al., 2002).

No RN os principais agentes etiológicos que causam inflamação da conjuntiva são os seguintes: as bactérias *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Streptococcus sp*, *Staphylococcus aureus* ou *epidermidis*, *E. coli* e outras bactérias gram-negativas, as drogas oculares (conjuntivite química) e os vírus do tipo herpes. Com a profilaxia realizada mediante soluções oculares tópicas ao nascimento, com nitrato de prata a 1%, eritromicina a 0,5% e tetraciclina a 1%, a incidência da patologia infecciosa diminuiu, mas ainda ocorre em aproximadamente 20% de todos os RNs (VAZ; CECCON; DINIZ,1999).

Entre as infecções congênitas com acometimento oftalmológico, as principais são a toxoplasmose, a rubéola e o citomegalovírus. De modo geral, as manifestações clínicas são bem semelhantes, e causam lesões em nível retiniano. Ressalta-se a importância desses achados, pois muitas vezes podem estar em fase latente e se desenvolverem na criança posteriormente.

Conforme Zin (2002), a presença de uma alteração na retina e em outras estruturas oculares nesse período constitui uma barreira para a consolidação do aprendizado visual, e a experiência visual é o principal motivador do desenvolvimento global da criança.

Por se considerar um desenvolvimento global saudável aquele no qual todos os sistemas vitais estão interligados, a visão contribui sobremaneira para tal. O desenvolvimento da visão, assim como o de outras funções, é permeado por fatores de maturação neurológica e de aprendizagem, sendo influenciado pela genética e fatores ambientais (LIMA et al., 2004). De acordo com Souza e Pagliuca (1998), os recém nascidos prematuros encontram-se com suas estruturas fisiológicas imaturas e, em geral, quando internados, são privados de estímulos ambientais.

A estimulação visual pode ser entendida como um conjunto de procedimentos sensibilizadores da capacidade perceptiva visual, objetivando o emprego adequado da visão pelos portadores de comprometimentos ópticos diversos (ESTIMULAÇÃO..., 2004).

Por meio da avaliação e estimulação visual podem-se detectar precocemente distúrbios oculares. Aqueles identificados devem ser encaminhados a especialistas para evitá-los e/ou tratá-los em tempo hábil, com vistas a evitar perdas funcionais, o que faz ser pertinente e de grande importância estudos voltados a essa temática (CARDOSO; SILVA,2004).

Estudos desenvolvidos no Ceará sobre a estimulação visual referente aos recursos utilizados e critérios para a realização desta prática são observados em Souza e Pagliuca (1998), Custódio e Cardoso (1999), Rodrigues (1999), Cardoso (2001), Lúcio (2002 e 2004) e Silva (2003).

Na nossa prática, para a realização da estimulação visual, são utilizadas pranchas com figuras contrastantes nas cores preto e branco e um móbile com três bolas pequenas de isopor nas cores vermelha, azul e amarela. Este último tem mostrado pouca aceitação pelos bebês investigados devido à precariedade no desenvolvimento óculo-motor da criança nesta idade (CARDOSO; SILVA, 2004).

No referente a registro das respostas observadas e avaliadas nos bebês, utilizamos na nossa prática a terminologia elaborada por Souza e Pagliuca (1998) que assim as caracteriza: Não reagente, quando olha para o objeto, mas não demonstra interesse; Pouco reagente, quando olha para o objeto, mas não fixa o olhar durante muito tempo; Reagente, quando olha para o objeto, fixa o olhar, mas não acompanha quando movimentado; Intensamente reagente, quando olha para o objeto, fixa o olhar e acompanha seus movimentos.

Para poder o método atingir seus objetivos, alguns critérios são observados. A distância do objeto aos olhos do RN deve ser de aproximadamente 20 cm; este deve estar em estado de alerta espontâneo; o ambiente deve ser calmo e bem iluminado; e o RN deve estar confortável, higienizado e alimentado (SOUZA; PAGLIUCA, 1998).

Como sugerem Cardoso e Pagliuca (1999), na estimulação visual ocorre uma avaliação da eficiência visual envolvendo os movimentos oculares, a reação à luz e aos objetos. O comportamento da criança e as interações com o ambiente também são observados para se detectar possíveis atrasos no desenvolvimento, pois várias crianças com deficiência visual manifestam atraso da área motora, da linguagem e/ou da aprendizagem.

Segundo afirmam Cardoso e Serpa (1999), a estimulação visual é uma intervenção precoce que tenta compreender as necessidades de adaptação visual e estimula o uso da visão residual, além de facilitar a construção do conhecimento como um todo, ao despertar a curiosidade e o interesse pela descoberta do mundo, estimulando a autonomia da criança.

### **3.4 A inserção da mãe no cuidado à criança no ambiente hospitalar**

Nesta seção descreveremos a inserção da mãe/família no cuidado à criança no ambiente hospitalar. Esta perpassará da separação do binômio mãe-filho, no intuito de diminuir infecções, à humanização da assistência e maior participação nos planos de cuidados.

Nos anos de 1950 e 1960, nas maternidades e nos berçários, havia a preocupação com a proteção de pacientes contra os perigos reais de doenças contagiosas, o que motivou a instituição de políticas extremas de isolamento e separação. Nesses contextos, o medo da disseminação de infecções foi responsável pela separação física entre as áreas obstétricas e pediátricas nos hospitais. Não só a diarreia era epidêmica, como a infecção respiratória estava presente nas maternidades e nas unidades infantis hospitalares. Como resultado, as maternidades hospitalares reuniam os bebês a termo em grandes enfermarias a portas fechadas, e a presença dos pais e familiares era excluída (KLAUS; KENNELL, 2000).

As regras rígidas da enfermaria de recém-nascidos foram mantidas até o começo da década de 1970, quando tiveram início os cuidados centrados na família, em relação ao parto. Foram, então, abertos os portões das unidades obstétricas, e os pais e outros membros próximos à família receberam permissão para visitar o recém-nascido no quarto da mãe. Gradualmente, na década de 1980, as mães foram estimuladas a ficar com seus filhos por períodos prolongados. Nos anos 1990, novas unidades obstétricas foram construídas e a mãe e o bebê passaram a dividir o mesmo quarto (KLAUS; KENNELL,2000).

Dois estudos foram decisivos para a abertura das portas das Unidades de Terapias Intensivas Neonatais à entrada dos pais e familiares. O primeiro foi realizado na Universidade de Stanford, na Califórnia (KLAUS et al.,1970). Durante dois anos, os pesquisadores estudaram 44 mães, permitindo-lhes entrar na enfermaria logo após o nascimento dos seus filhos para pegá-los e alimentá-los enquanto ainda se encontravam em incubadoras. Para avaliar a ameaça de infecções, foram feitas culturas semanais nos bebês. Segundo mostraram os resultados, não houve aumento em bactérias perigosas, mesmo com as visitas das mães (BRUN; SCHERMANN, 2004).

Outro estudo foi realizado por Klaus e Kennell (1982), no Hospital da Universidade de Cleveland. Permitiu-se a um grupo de mães entrar nas UTIs para pegar e cuidar seus bebês. Conforme observado, as crianças desse grupo tiveram um escore mais alto no teste de Stanford-Binet (que avalia o QI dos bebês), quando comparadas com as crianças do grupo-controle, no qual as mães não tiveram contato precoce com seus filhos (BRUN; SCHERMANN, 2004). À medida que a família vai sendo inserida no espaço das unidades neonatais, ela traz consigo suas necessidades no processo de vivenciar o nascimento prematuro, os sentimentos de ter um filho com riscos de danos e morte, as dificuldades de assumir o cuidado cotidiano de um filho que necessitará de cuidados especiais em longo prazo, além dos aspectos relacionados às condições socioculturais (SCOCHI, 2000).

Como mencionado por Scochi (2000), antes a mãe era excluída da assistência em berçário de risco, e agora ela passa a ser também sujeito, uma aliada no processo de assistência, sendo permitida sua maior permanência junto ao filho prematuro e participação no cuidado dele.

O desenvolvimento do recém-nascido é multifacetado, envolvendo vários fatores. Resulta de uma interação dinâmica contínua entre os fatores biológicos e ambientais. Quando se pensa nas influências que o meio ambiente pode exercer sobre o desenvolvimento de uma criança, geralmente se reflete sobre os efeitos positivos que a família pode desempenhar, ao estimular, intervir, tratar, e também no que a criança deixa de receber quando se encontra em uma situação desvantajosa (MIURA, 1991).

No relacionado aos cuidados prestados pelas mães de recém-nascidos prematuros, elas se sentem inseguras para cuidar dos seus filhos, pois, conforme alegam, por serem prematuros, eles são frágeis. Como resultado, essas mães não se sentem preparadas para cuidar dos próprios filhos (REICHERT; COSTA, 2000).

Diante do delicado estado do filho, os pais se sentem estressados. Segundo Ladden (1990), o estresse dos pais aumenta quando o bebê retorna para casa, e os cuidados até então prestados na unidade hospitalar passam a ser realizados pelos próprios pais. Dessa maneira, os pais se sentem distanciados da unidade pela equipe profissional após a alta.

No domicílio, a equipe não está presente e a mãe assume total responsabilidade sobre o bebê. Algumas não recebem qualquer apoio familiar e outras contam com a colaboração de uma rede de apoio informal, como parentes, marido e vizinhos (FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Com a chegada de um novo filho no domicílio, são exigidas da família capacidade de adaptação para receber o novo membro e novas estratégias para lidar com atividades que envolvem o cuidado. Nesta situação, as modificações do meio ambiente e

orientação familiar são de extrema importância para que a criança utilize esse canal de comunicação com o mundo. Tudo isto causa preocupação e desconforto aos pais.

No caso de pais de filho prematuro, estes devem ser animados para cuidar, progressivamente, e serem estimulados a manter o contato direto com ele para se capacitarem no cuidado cada vez mais aprimorado do filho (ZIEGEL; CRANLEY, 1980). Entretanto, como relatam alguns autores, os pais devem ser orientados a não superproteger o filho em decorrência da necessidade prévia de cuidados intensivos e certos momentos de risco vivenciados durante a internação. Ainda segundo acrescentam, o profissional de saúde deve orientar os pais acerca dos cuidados essenciais e básicos necessários a cada bebê, mas atentar para atitudes extremas e radicais com vistas a desmistificar e esclarecer ao máximo suas dúvidas sobre o crescimento e desenvolvimento do prematuro (GOMES, 1999; FURLAN; SCOCHI; FURTADO, 2003).

Todavia, quando da alta hospitalar do recém-nascido prematuro e/ou baixo peso ou com desvios de saúde, que possam vir a comprometer o crescimento e desenvolvimento promissor, recomenda-se serem acompanhados de maneira mais cautelosa por especialistas, com o apoio e participação dos familiares.

Vale ressaltar que em virtude da superlotação das unidades neonatais em território brasileiro, a alta é vista como solução diante do descaso com a saúde pública. Mas a alta hospitalar não é sinônimo de resolutividade desta problemática. De modo geral, a saúde pública não está preparada para dar continuidade à assistência necessária a essas crianças para serem cidadãs (TAMEZ; SILVA, 1999).

Durante atendimento ambulatorial deve se enfatizar também a importância do acompanhamento do desenvolvimento da visão das crianças. Os pais devem estar conscientes dessa necessidade, pois, de acordo com as condições de nascimento, incluindo o período pré-natal, neonatal e de internação hospitalar, os filhos podem apresentar riscos de desenvolver alterações visuais.

Na opinião de Costa (2004), a maioria das deficiências visuais sugeridas antes da idade escolar passa despercebida pela família. A falta de conhecimento dos pais e educadores dificulta a identificação de problemas dessa natureza. Por isso é importante desde muito cedo desenvolver atividades de educação em saúde para a prevenção de problemas oculares em crianças.

Portanto, trabalhar com a família sobre saúde ocular da criança ainda na unidade de internação neonatal é relevante, porquanto, como consequência do período de internação e das terapêuticas, esta pode apresentar riscos. Além disso, a presença de familiares nestas unidades facilita a educação para a saúde.

Particularizando a enfermaria mãe-canguru, cenário onde estamos inseridas, as mães estão por vontade própria internadas junto com o filho. Esta condição é muito propícia para abordar aspectos sobre a visão da criança. Inicialmente pelo fato do interesse sobre a saúde do filho, pois geralmente este passa algum tempo separado em decorrência da internação em Unidade de Terapia Intensiva. Nesta enfermaria realizamos avaliação e estimulação visual, e as mães se mostraram bastante curiosas e preocupadas quando praticamos tal assistência, sendo algo novo para elas. Desse modo, para promover a saúde ocular e favorecer a atuação da mãe e/ou familiares no cuidados, o enfermeiro pode optar em utilizar recursos educacionais que facilitem o processo de busca da saúde.

### **3.5 Utilização de recursos educativos na promoção à saúde**

A definição de educação em saúde foi estabelecida inicialmente por Sigerist no ano de 1946 ao propor as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação (BECKER, 2001).

Por sua magnitude, a educação em saúde deve ser entendida como uma importante vertente à prevenção, centrada na prática, na melhoria das condições de vida e de saúde das populações. Neste contexto, o enfermeiro cumpre um papel de extrema relevância, ao participar de programas e atividades de educação em saúde, visando a melhoria da saúde, não só do indivíduo, da família, mas da população como um todo (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Como parte integrante de saúde, o enfermeiro torna-se responsável pela ação educativa, por ser um dos componentes básicos das ações de saúde (PINTO, 1987). O educador, conforme acrescentam Oliveira e Gonçalves (2004), é o profissional que usa as palavras e gestos como instrumentos de trabalho. Além disso, a educação em saúde engloba todas as ações de saúde, que deve estar inserida na prática diária do enfermeiro. Desse modo, este profissional, assim como os demais, para promover a saúde ou prevenir as doenças pode utilizar várias ferramentas durante sua atuação. Entre elas podemos mencionar cartilhas, manuais, álbuns seriados, folhetos, jogos, vídeos, entre outros.

Na promoção à saúde, pressupõe-se a utilização dos recursos à saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais com a finalidade de atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Segundo consta na definição de educação em saúde, neste processo podem ser adotados quaisquer experiências de aprendizagem, delineadas no intuito de facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, incluídos os recursos de comunicação como suporte às situações de ensino-aprendizagem (CANDEIAS,1997).

Nesta perspectiva, citaremos alguns estudos de âmbito nacional e internacional cujo foco centrou-se na educação em saúde utilizando materiais educativos. Ante a escassez de material publicado sobre a temática, não podemos nos restringir a saúde ocular.

Um desses materiais educativos foi elaborado por Stefanelli (1993), e se compunha de cartas contendo mensagens sobre comunicação terapêutica, aplicada com alunos da graduação. Com a mesma finalidade Santos et al. (1995) desenvolveram e aplicaram jogo educacional sobre doenças transmissíveis (esquistossomose, aids, dengue e leishmaniose). Denominaram o jogo de "bate-boca" e o aplicaram em pré-adolescentes e adolescentes (idade média de 15 e 16 anos). O jogo ajudou significativamente na compreensão do conceito, transmissão, controle, sintomas e tratamento das doenças. Conforme verificamos, o processo educativo aplicado nessa população foi eficiente, pois melhorou o conhecimento sobre a doença, constituindo-se num modelo de atuação efetiva e de baixo custo que também pode ser aplicado no combate a outras endemias existentes no País.

Outro estudo nessa área é o de Winett et al.(1993), que avalia a eficiência de um programa com vídeos sobre prevenção de aids com adolescentes e pais. Nesse estudo, 69 famílias com adolescentes de 12 a 14 anos foram divididas em dois grupos, acompanhados por quatro meses. A um deles foi apresentado vídeo com informações e treinamentos de habilidades por meio de um manual elaborado para tal fim e ao outro grupo foi apresentado apenas o vídeo. A elaboração dos materiais (vídeos e manual) baseou-se em pesquisas prévias para se adaptar às características do público. Segundo sugerem os resultados do estudo, estes recursos constituem um veículo efetivo no desenvolvimento de conhecimento e capacidades para a resolução de problemas em relação à prevenção da aids.

Do mesmo modo, Jackson e Lindsey (1995) utilizaram folhetos impressos com itens que continham informações detalhadas sobre os procedimentos odontológicos para minimizar a ansiedade na sala de espera de um consultório odontológico. Compararam o efeito desses impressos adotando um questionário para avaliar níveis de ansiedade e

encontraram resultados mais animadores entre os pacientes que tiveram acesso às informações.

Conforme consta na literatura, autores como Murphy et al. (1995) reconhecem os efeitos benéficos na atenuação de sentimentos negativos e preocupantes em cuidadores de pacientes crônicos que receberam kits informativos com folhetos produzidos para este fim.

Além disso, Araújo e Almeida (1996), a partir da realização de oficinas de práticas educativas no controle da dengue no Estado do Ceará, criaram um conjunto de jogos educativos. O conjunto de jogos incluiu um quebra-cabeça, um baralho, um jogo de cartela sobre dengue do tipo clássico e um jogo de cartela sobre dengue do tipo hemorrágico.

Outro estudo (RYAN; MARTINEZ; PELTO, 1996) utiliza um vídeo como um dos recursos para mães aprenderem termos que possam descrever os sinais e sintomas de doenças respiratórias agudas. Segundo concluíram, esse tipo de trabalho deve utilizar linguagem e conceitos adequados à realidade. Neste estudo, o método de educação em saúde é bastante eficiente.

Vários outros estudiosos se dedicaram ainda à criação/elaboração de materiais educativos. Entre esses estudiosos mencionamos Macfarlane, Holmes e Macfarlane (1997), que criaram folder explicativo quanto aos retornos desnecessários a consultas para pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas. Após o uso deste material educativo, obtiveram um menor número de re-consultas.

Outro autor, Tourigny (1998), elaborou material impresso sobre cirurgias direcionado a pacientes pediátricos e seus familiares. Segundo concluiu, esses materiais podem ser úteis no período pré-operatório de pequenas cirurgias. Além disso, com base no mesmo autor, ele caracterizou tais iniciativas como educacionais.

Também por sua importância, mencionamos o estudo de Chung et al. (1999) sobre a influência de folhetos informativos na tentativa de reduzir o consumo de benzodiazepínicos por períodos prolongados, encontrando modificações de comportamento em 25% dos pacientes (redução média de 2,5 mg/dia).

Em relação à promoção de saúde no ambiente de trabalho, Harvey et al. (2000) igualmente se mostram otimistas no potencial dos impressos avaliados em modificar comportamentos.

Araújo (2001), em seu estudo sobre jogos educativos, viabilizou a aplicação destes na educação e prevenção do HIV/AIDS para adolescentes escolares. Foram utilizados jogos do tipo dominó, baralho e jogo de memória referentes à temática. Este tipo de instrumento na assistência de enfermagem não é específico para a profissão, porém pode ser adaptado para situação de cuidado.

Ainda quanto o material educativo, mencionamos Sousa (2002), que elaborou um manual sobre saúde reprodutiva e sexual para surdos. De acordo com suas conclusões, o produto obteve êxito e pode ser disseminado, representando um passo importante na assistência de qualidade para grupos considerados minoritários.

Na utilização de jogos como instrumentos de educação em saúde citamos Torres, Hortale e Schall (2003), os quais os adotaram sob uma perspectiva de promoção, prevenção e controle em ambulatório de diabetes. Este recurso possibilitou a construção do conhecimento pelos participantes, a troca de vivências entre eles, além do entendimento da experiência individual da doença pelo profissional de saúde.

Outras elaborações de destaque ainda podem ser citadas, como a de Silva, Lopes e Araújo (2004), ao produzirem uma cartilha didático-institucional para ser aplicada nas práticas de educação em saúde cardiovascular em escolares.

Inclui-se, ainda, a de Ribeiro et al. (2004), que realizaram oficina sobre esquistossomose, e elaboraram depois um manual para promover a educação em saúde sobre a doença. Referido manual foi distribuído entre os participantes.

Particularmente no estudo com crianças no contexto da educação em saúde podemos citar Souza e Villas-Boas (2004). Estes autores tiveram como objetivo comparar a eficácia de técnicas de ensino em motivar a criança para assimilar a importância dos alimentos ricos em vitamina A, e as consequências da falta desses nutrientes para o organismo. Dessa forma, produziram material didático com duas técnicas pedagógicas: uma baseada em um manual de conotação literária e outra, em teatro de fantoches. Apesar de o grupo estudado ter sido composto por crianças, mais uma vez é comprovada a necessidade de utilizar recursos educacionais e lúdicos para abordar a promoção à saúde.

No campo audiovisual, Palmeira et al. (2004) criaram uma tecnologia audiovisual como instrumento de apoio na orientação para o auto-exame de mama. Conforme concluíram, este material configura-se como importante instrumento de apoio na orientação para o auto-exame e detecção precoce do câncer de mama. Além disso, estudos dessa natureza proporcionam significativo elo de educação e aprendizagem entre as mulheres e o conhecimento do corpo e da doença.

Existe em São Paulo uma entidade sem fins lucrativos denominada Terapias Atuais na Promoção da Saúde (TAPS). Composta por profissionais de várias áreas, a TAPS tem entre outros objetivos oferecer orientação a profissionais e principalmente à comunidade sobre o cuidado com a alimentação, aids, terapias alternativas, cuidado à criança com deficiência e outros assuntos. Nesse intuito, elabora material para uso em programas de saúde da comunidade, a saber: cartões para controle de desenvolvimento da

criança; cartões para acompanhamento de pré-natal; jogos educativos, slides, vídeos e manuais (TAPS...,2005).

Portanto a utilização de materiais didáticos, inclusive manuais educativos, pode constituir eficiente instrumento de interação entre a equipe de saúde e os usuários do serviço e esclarecer aspectos técnicos de doenças e terapêuticas adotadas, fornecendo ao cliente um modo objetivo de adquirir conhecimentos.

Como mostram os estudos, a utilização dessa metodologia com vistas a abordar a promoção à saúde é uma segura ferramenta para o profissional. A nosso ver, muitas são as estratégias desenvolvidas por enfermeiros no seu cotidiano. Entretanto, como estes estudos não são publicados, sua utilização fica muito restrita. Ademais, é preciso aplicá-los em outros cenários para que o conhecimento seja disseminado. Da mesma forma, inexistem estudos posteriores para avaliar a eficácia do uso desses recursos.

De acordo com Arthur (1995), os profissionais consideram importante manter seus pacientes informados por meio de recursos educativos. Esta é também nossa opinião. Portanto, os estudos nesse campo deveriam ser mais aprofundados. Nesse aspecto, Mumford (1997), ao estudar impressos produzidos por enfermeiras especializadas, concluiu que houve poucos progressos em quarenta anos de pesquisa neste campo, questionando a falta de avaliação de materiais educativos elaborados e aplicados. Em corroboração a Mumford, Paul, Redman e Sansan-Fisherl (1998) também afirmam que os materiais raramente são avaliados.

Conforme evidenciado, sobressai a escassez de estudos voltados a uma avaliação posterior à implementação do material educativo em saúde. Apenas alguns deles expressam preocupações com a validação de conteúdos pela clientela alvo, envolvendo-os nas diversas etapas da produção e avaliação do material, como em Kubba (2000). Outros enfatizam, quando muito, as avaliações feitas pelas equipes profissionais, como descrito em Zakrzewska et al. (1997) e Batista-Miranda et al. (1995).

A carência desses materiais didáticos dificulta a prática educativa, tornando-a monótona, desestimulante e repetitiva, para o profissional e para a clientela. Ao mesmo tempo, os profissionais não podem se acomodar à espera de imprevisíveis mudanças macroestruturais e sociais. Na prática cotidiana, nas unidades de internação neonatais, há espaço para o desenvolvimento de atividades educativas visando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem (OLIVEIRA, 2001).

Ao fazer exaustiva busca na literatura nacional sobre a necessidade de aprendizagem dos pais de filhos prematuros, Scochi (2000) identificou a escassez de publicações sobre o assunto. Esta situação, entretanto, ocorre também em outros âmbitos, e não apenas em relação aos prematuros, pois durante a realização desse estudo não encontramos material educativo que abordasse a estimulação visual. Além disso, Scochi percebeu durante a sua vivência em unidades neonatais, as dificuldades e escassez de matérias didático-institucionais dirigidos a essa clientela, principalmente no que concerne à alta hospitalar.

Diante destas limitações, a nosso ver, o manual educativo desenvolvido e estudado na pesquisa, neste caso, dirigido ao treinamento materno para promover a saúde ocular da criança após alta hospitalar, especificamente sobre a estimulação visual, trará benefícios às crianças, principalmente aquelas que possam apresentar riscos para alterações visuais.

O manual em discussão teve como enfoques a importância da visão, os materiais utilizados na estimulação visual, os critérios básicos para sua realização, incluídas suas vantagens, e a atividade visual dos recém-nascidos desde a vida intra-uterina até o primeiro ano de vida. Para Ferreira (1998, p. 1084), manual é “um pequeno livro com noções essenciais acerca de uma ciência ou técnica”.

Nesse contexto mostra-se importante a participação da mãe no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. A enfermeira, nesse momento, tem papel de facilitador, ao ensinar, mediante novas intervenções, a busca de autonomia e melhoria no cuidado, respeitando o nível de compreensão de cada indivíduo. Desse modo, o manual pode ser um instrumento bastante útil e, após aplicado, testado e validado, será configurado como tecnologia em enfermagem.

### **3.6 Tecnologia emancipatória**

Por definição, a tecnologia não envolve simplesmente a criação de um produto e avaliação dos seus impactos sobre a clientela. É também uma arte, um conhecimento dos instrumentos, isto é, tudo o que depende da sua elaboração, da sua criação, da justificação da sua utilização apropriada e da maneira de se servir deles (COLLIÉRE, 1989).

Na enfermagem, o uso da tecnologia pode manifestar a humanização, pelas relações interpessoais, pela liberdade e reconhecimento de expressão criativa como construção de novas realidades, na ludicidade do fazer o cuidado sem agredir a natureza humana, nos sonhos coletivos vividos durante o cuidar, no imaginário dos que cuidam e dos que são cuidados, enfim, no processo de construção social que se instaura, inclusive com o próprio desenvolvimento tecnológico (NIETSCHE et al., 1999).

Na opinião de Nietzsche (2000), tecnologia é o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimento/saberes ordenados, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com finalidade prática específica.

A tecnologia emancipatória é concebida e entendida como a apreensão e aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que, ao serem

articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e da cidadania, tendo como condição a possibilidade de experimentar liberdade, autonomia, integralidade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida, de modo que os envolvidos possam buscar a auto-realização (NIETSCHE, 2000, p. 64).

De acordo com Nietzsche et al. (1999), a tecnologia serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para reconhecer e defender processos e produtos e transformar a utilização empírica, com vistas a torná-la uma abordagem científica.

Nietzsche (2000) caracteriza a tecnologia emancipatória. Segundo o autor, esta pode ser dividida em:

- Histórica, por reproduzir em um processo dinâmico e contínuo as contradições da sociedade;
- Contestatória, pois permite a liberdade da pobreza política, na perspectiva de conquista do espaço próprio de autodeterminação em uma sociedade organizada. O cidadão com direito à igualdade de oportunidades, organização autônoma e para cuidar da sua própria defesa;
- Ética, por permitir a vivência de princípios morais, levando à conquista do direito de cada cidadão;
- Política, porque estimula a liberdade do Estado, em que o ser humano passa a ser ator criativo e não meramente expectador passivo;
- Estética, por buscar harmonia e, assim, permitir a vivência de momentos de alegria, criatividade e prazer;
- Competência, por exigir capacidade de novas possibilidades de tecnologias para a vida dentro de um contexto sócio-político-econômico e cultural.

Conforme Nietzsche (idem, ibidem), o uso da tecnologia na enfermagem permitiria a criação de uma terminologia específica com categorias distintas, como descritas a seguir:

1. Tecnologias do cuidado- são aquelas que melhoram o padrão de assistência e enfermagem prestada aos clientes e reduz o custo do tratamento. Nelas se incluem todos os saberes justificados em seus procedimentos e conhecimentos utilizados pelo profissional no cuidado.

2. Tecnologias de concepções- apresentam uma nova concepção de saúde e doença em suas várias dimensões, trazendo para a enfermagem outras formas de enfrentar os problemas da clientela e ensinar aos profissionais uma metodologia de atuação e superação do modelo hegemônico da sociedade e saúde.

3. Tecnologias interpretativas de situações de clientes- formadas pelas tecnologias que proporcionam ao enfermeiro justificar os cuidados próprios do seu papel e provar sua contribuição específica no domínio da saúde.

4. Tecnologias de administração - comportam as formas de proceder à organização de equipamentos, tempos e movimentos relativos ao trabalho da enfermagem.

5. Tecnologia de educação – identificadas como todas aquelas que apontam os meios de auxiliar a formação de uma consciência para a vida saudável.

6. Tecnologias de processos de comunicação – representadas por todos os meios utilizados pelos profissionais como forma terapêutica e na prescrição de informações.

7. Tecnologias de modos de conduta - indicam comportamentos profissionais ou da clientela, orientados por passos ou frases que visam formar protocolos assistenciais.

Com base nestes argumentos, o manual pode ser inserido na tecnologia de educação no cuidado à saúde, visto que poderá proporcionar às mães um momento de reflexão sobre a saúde ocular dos seus filhos. Desse modo, os sujeitos envolvidos, enfermeiro e mãe, podem juntos esclarecer dúvidas e trocar informações sobre a estimulação visual.

## **4 CONSTRUINDO O CAMINHO METODOLÓGICO**

### **4.1 O estudo**

Trata-se de um estudo que permite a avaliação da aplicação e validação de um material e método direcionado às mães de crianças na enfermaria mãe-canguru com ênfase na estimulação visual, para se tornar cientificamente uma tecnologia. A tecnologia e seu uso precisam estar vinculados a um saber prático e a um compromisso de valorização desse saber, concretizando-se na exposição desse conhecimento produzido no dia-a-dia. Tecnologias desenvolvidas por enfermeiros têm como finalidade facilitar seu trabalho e melhorar a qualidade da assistência por eles prestada. A tecnologia produzida na prática diária estará sendo utilizada e aperfeiçoada por aqueles profissionais que dela fazem uso (NIETSCHE et al., 1999).

### **4.2 Aspectos éticos**

Em respeito à Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que trata de diretrizes para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) em 24 de fevereiro de 2005, sob número de protocolo 40/05.

Como parte da documentação prevista nessa legislação, foram elaborados termos de esclarecimento/consentimento para os sujeitos envolvidos (Apêndices B e C) nos quais, em linguagem clara, eles foram informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos, vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, bem como lhes foram garantidos o anonimato e o respeito de participar ou não, bem como a liberdade de sair a

qualquer momento do estudo. Além disso, as identidades dos sujeitos foram preservadas, cada um recebeu um nome fictício, ou seja, codinomes iniciados pela letra A.

#### **4.3 Descrição do local do estudo**

O estudo foi realizado em uma maternidade pública situada na cidade de Fortaleza-Ceará. Trata-se de uma maternidade-escola que atende mulheres de todas as cidades do Estado do Ceará e possui um total de 205 leitos distribuídos em serviços como urgência/emergência em ginecologia e obstetrícia, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, centro obstétrico, centro cirúrgico, UTI neonatal e adulta, enfermaria mãe-canguru e banco de leite.

O setor onde foi operacionalizado o estudo foi a enfermaria mãe-canguru, composta por cinco leitos. De acordo com o Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, do Ministério da Saúde, o bebê permanece com a mãe, em posição canguru, onde fica ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto. O uso desse método favorece o aumento da produção do leite, o ganho de peso corporal mais rápido e a alta antecipada, além de aumentar o vínculo mãe-filho (BRASIL, 2002).

De acordo com Brasil (2002), nessa enfermaria é normatizada como rotina a atuação de um oftalmologista, visto que algumas afecções oculares podem estar presentes em virtude tanto dos tratamentos recebidos pelo bebê no período de internamento como da imaturidade anatomofisiológica dessas crianças.

#### 4.4 Sujeitos

Os sujeitos do estudo foram especialistas e mães internadas na enfermaria mãe-canguru. Para melhor compreensão do leitor, descreveremos cada categoria de sujeitos separadamente.

##### ◆ Especialistas

Do estudo participaram três especialistas, dos quais dois professores do curso de enfermagem da Universidade Federal do Ceará e uma pedagoga especialista na área da educação especial. Quanto ao número ímpar de profissionais, foi proposital, pois alguns trabalhos vêm mostrando a importância desta condição para não haver questionamentos dúbios (SAWADA, 1990; LOPES, 2004).

Segundo descrição dos níveis de Aquisição de Habilidade de Dreyfus, especialista é a pessoa que não depende da racionalização consciente para passar à compreensão de uma situação para a tomada de decisão, tem uma bagagem repleta de exemplos de situações reais, tem um reconhecimento intuitivo da situação e se centra imediatamente sobre os aspectos importantes sem formular hipóteses não produtivas (LEITE, 2003).

Como critério de seleção dos especialistas em saúde ocular e tecnologias, utilizamos a titulação, a produção científica e a atuação na temática em discurso. Baseados em Leite (2003), consideramos como especialistas os profissionais com titulação mínima de mestrado, com produção científica destacando o tema de tese ou dissertação e publicação de pesquisa envolvendo saúde ocular e/ou tecnologia, bem como atuação na temática em estudo de mais de três anos ou participação de grupos e/ou projetos de pesquisa sobre as temáticas.

◆ As mães

Durante o período de coleta de dados estiveram internadas 17 mães. Destas, duas não eram alfabetizadas, portanto não atingiram os critérios de inclusão; uma se recusou, alegando cansaço devido ao fato de ter tido filhos gêmeos e outras duas receberam alta antes do período previsto, durante um final de semana em que a pesquisadora não estava presente. Dessa forma, o estudo contou com a participação total de 12 mães.

Trata-se de mães advindas de todo o Estado do Ceará e até de outros estados. As mães de modo geral são muito receptivas e bastante preocupadas com a saúde dos filhos; são abertas a palestras educativas, oficinas e atividades similares.

Particularmente quanto à saúde ocular, nossos estudos comprovam a falta de conhecimento por parte das mães e também dos profissionais de saúde. Estes se mostraram muito interessados durante nossa atuação, fazendo questionamentos. Na opinião deles, a visão é um assunto bastante específico e no âmbito da enfermagem se faz pertinente.

Como critérios para seleção dessas mães mencionamos: estar internada na enfermaria mãe-canguru nos meses de abril a junho de 2005, estar consciente, não apresentar nenhum tipo de distúrbio mental e/ou comportamental, ser alfabetizada e concordar em participar do estudo.

O bebê internado na enfermaria mãe-canguru é uma criança que possivelmente recebeu tratamentos imprescindíveis para salvar sua vida, como oxigenoterapia, os quais podem ter associações no contexto da saúde ocular dessas crianças. Além disso, ele está internado junto com a mãe, aspecto que justifica a importância de se realizar o estudo nesta enfermaria, visto ser imprescindível a participação da mãe na saúde do filho.

## 4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2005 em três momentos metodológicos. No primeiro momento, o manual foi avaliado por especialistas; no segundo momento, este manual foi reformulado a partir das sugestões dos especialistas; e no terceiro momento foi aplicado com as mães internadas na enfermaria mãe-canguru. A seguir expomos detalhadamente cada momento.

*Primeiro momento:* Inicialmente os profissionais selecionados para fazer parte do estudo como especialistas foram contatados pessoalmente. Nesta ocasião, explicitamos os objetivos do estudo e convidamos os profissionais a participarem. Após o aceite, o profissional assinou o termo pós-esclarecido e o pesquisador entregou um exemplar do manual e o instrumento para avaliar o material. Esta etapa verificou-se no mês de março de 2005, quando o especialista utilizou um instrumento no momento em que achou apropriado, sem a presença do pesquisador, num período preestabelecido de 15 dias. O especialista foi instruído a ler o manual e posteriormente utilizar o instrumento de análise (Apêndice D), que contemplou os aspectos relativos à elaboração e organização do manual como tecnologia educativa na promoção da saúde ocular. As questões versavam sobre o conteúdo, a seqüência dos itens abordados, a ortografia, o vocabulário, as ilustrações, o número de páginas e outras sugestões. Às perguntas, o especialista podia assinalar como resposta *sim, não ou em parte* e justificar sua opção.

*Segundo momento:* Após a avaliação do material pelos especialistas, o manual foi corrigido de acordo com as sugestões. Isto ocorreu ainda no mês de março/2005. Após as modificações e reimpressão, o material estava pronto para ser aplicado às mães internadas.

*Terceiro momento:* Este momento aconteceu nos meses de abril a junho de 2005. A coleta se deu no período da tarde, no horário de 14 às 15:30 horas, antes do horário da visita dos familiares. Neste período as mães já tinham amamentado seus filhos, e

geralmente não havia nenhuma atividade com outros profissionais, diferentemente do que acontece no período da manhã. A visita dos familiares ocorria às 16 horas e como essas crianças estavam em regime de engorda, ou seja, em processo de ganho de peso, os horários de alimentação são rigorosos, sendo a próxima alimentação às 17 horas. Alguns momentos de interação com essas mães ocorreu antes do horário do jantar, entre 15:40 e 18:15 horas.

Para iniciar este momento, a inserção no campo de pesquisa se deu de forma gradativa, apesar de já conhecermos a rotina e alguns profissionais desta enfermaria, sendo necessário visitas prévias para a coleta propriamente dita. Durante a primeira semana, atuamos como colaboradora na assistência às mães-canguru e seus filhos, juntamente com a enfermeira responsável pela enfermaria. Além disso, nesta circunstância, pudemos identificar os profissionais que faziam parte da equipe de saúde da enfermaria mãe-canguru da maternidade.

Após esta aproximação, pudemos selecionar as mães que participaram do estudo mediante informações no prontuário e da equipe de plantão. Depois de selecionadas, as mães foram abordadas pela pesquisadora individualmente. Receberam esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, bem como sobre os riscos e benefícios, e em seguida assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Salientamos que o tempo médio de internação de pacientes na enfermaria mãe-canguru é de dez dias (OLIVEIRA; CARDOSO, 2002). Com isso, estabelecemos um prazo médio de cinco dias para realizar a estratégia de aplicação do manual com elas. Esse prazo, porém, pode ser inferior, respeitados o número de dias de internação, pois algumas mães e bebês recebem alta hospitalar num período menor.

No primeiro dia de contato com as mães, após aceitarem participar do estudo, questionávamos individualmente cada uma sobre o que elas conheciam a respeito da visão do seu filho. Algumas afirmaram não saber nada sobre o assunto enquanto outras disseram nem saber se o filho enxergava. Nesta ocasião, mostrávamos o manual e explicávamos que

muitas informações sobre a visão da criança estavam contidas naquele material. Dessa forma, instruíamos as mães a lerem o manual. Houve a necessidade da presença da pesquisadora no campo, nas ocasiões dessa leitura, pois algumas mães, apesar de se comprometerem em participar e ler o manual, deixavam sempre para o dia seguinte e isso podia comprometer a realização do estudo.

Apenas depois de nos certificarmos de terem elas adquirido o conhecimento contido no manual, realizávamos a estimulação visual dos seus filhos. Durante a estimulação, elas relatavam alguns assuntos do manual, e se impressionavam quando seus filhos acompanhavam as pranchas contrastantes, como mostram Lúcio, Campos e Cardoso (2003) quando evidenciaram que as mães consideraram a prática da estimulação visual interessante ao perceberem o recém-nascido mais alerta, ativo e curioso, e capaz de fixar e acompanhar os objetos.

Os recursos utilizados na estimulação visual, que foram desenvolvidas no Projeto Saúde Ocular, compostos por pranchas retangulares com figuras contrastantes, ficaram à disposição das mães internadas, nos dias subsequentes. Desse modo, nos horários em que a pesquisadora não se encontrava, elas podiam realizar a estimulação, caso se sentissem aptas ou interessadas em fazê-lo, embora esta não tenha sido uma obrigatoriedade do estudo.

No quinto dia ou no dia da alta hospitalar, quando esta era inferior a cinco dias, foi feita uma entrevista individual com a mãe. Durante esses dias, no horário preestabelecido, a pesquisadora realizava a estimulação, bem como os cuidados de rotina prestados ao binômio mãe-filho. As entrevistas foram registradas em gravador digital e para isto cada mãe foi convidada a se distanciar das outras, e também da equipe, mas dentro da própria enfermaria, numa sala reservada, para que suas exposições não influenciassem nem se deixassem influenciar por outras pessoas. Nesta circunstância, utilizamos a técnica da entrevista semi-estruturada, orientada por um instrumento (Apêndice E) mediante uso de uma linguagem simples e objetiva, evitando-se termos técnicos. Este instrumento foi

previamente elaborado com as seguintes perguntas: O que você achou deste manual? Fale um pouco sobre o manual. O que você achou do texto? O que você achou das figuras? Esse manual foi importante para você entender a estimulação visual? Você tem algo a mais para falar sobre este manual? Qual a participação dos pais para a visão da criança? Dessa forma, as mães puderam transmitir sua percepção quanto à linguagem escrita, incluindo texto, desenhos e compreensão do processo de estimulação visual por meio do manual.

Durante a coleta de dados, com vistas a facilitar nosso trabalho, utilizamos o diário de campo no intuito de fazer um registro mais próximo possível da realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa e também como uma forma de registro fiel do processo de realização das etapas metodológicas e para retratar a dinâmica e intercorrências da unidade.

#### **4.6 Organização e análise dos dados**

As sugestões dos especialistas e alterações referentes ao manual foram descritas detalhadamente. No referente à análise das mães sobre o material, as entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas em conjunto com os dados do diário de campo com base no referencial teórico de Nietzsche (2000) para direcionar a análise dos dados e outras literaturas pertinentes.

A análise dos dados quanto às entrevistas foi sistematizada conforme a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a análise temática proposta por Bardin (1977). Essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cujas presença e frequência podem ter significados para o objetivo escolhido. Segundo essa autora assinala, a unidade de significado pode ser recortada em idéias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significados isolados.

Como análise de conteúdo entende-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com finalidade de descrever, objetivamente e sistematicamente, o conteúdo

dessa comunicação. Para isso, podem-se utilizar várias técnicas, quais sejam, análise de avaliação, análise de enunciação, análise do discurso, análise das relações e análise categorial (BARDIN, 1977).

De modo geral, a palavra categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Esta palavra está ligada à idéia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer relação. Portanto, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (BARDIN, 1977).

Na operacionalização ou tratamento dos dados nesta proposta, adotamos os seguintes passos: transcrição das gravações, organização das falas, leitura flutuante do material, releitura, classificação dos dados com elaboração dos núcleos de sentido e análise final.

## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a análise dos dados, inicialmente traçamos o perfil de cada profissional especialista e, a seguir, o das mães participantes, bem como as sugestões dos especialistas e a avaliação do manual por cada um, respectivamente.

### 5.1 Primeiro momento: perfil dos especialistas

#### ◆ Especialista nº 1

Pedagoga, trabalha em um programa de estimulação precoce da cidade de Fortaleza e realiza estimulação visual em crianças com alterações neurossensoriais. Desenvolve estudos na temática, a exemplo da sua dissertação de mestrado centrada na estimulação visual. Trabalha em escolas na educação especial.

Sua contribuição e avaliação do manual pautou-se em sugestões ortográficas e modificação da figura de um olho localizada na página oito sobre o desenvolvimento da visão da criança, a qual estava dificultando a leitura em virtude do texto estar sobreposto à ela. Além disso, em um dos itens referentes à estimulação no lar, a especialista sentiu necessidade de maior ênfase na importância da continuidade desta estimulação, visto que considerou este aspecto o foco principal do material educativo proposto. Na opinião dela, o manual é de extrema importância para a promoção da saúde ocular da criança.

#### ◆ Especialista nº 2

Enfermeira, mestra, professora universitária, participante de grupos de pesquisa. Desenvolve pesquisas sobre saúde ocular da criança. Atua na temática em estudo desde a

graduação, e sua monografia de conclusão foi centrada na participação das mães de bebês pré-termos durante a estimulação visual. A dissertação no curso de mestrado também foi desenvolvida na área da saúde ocular, em cuja temática elaborou um método de avaliação visual aplicado ao recém-nascido.

Quanto à avaliação, sugeri a substituição de algumas expressões aparentemente técnicas para uma linguagem mais coloquial, a fim de facilitar a compreensão das mães; indicou atualização da literatura, observou aspectos gramaticais e ortográficos da língua portuguesa, porém enfatizou a importância de uma revisão de português por profissional da área. Por se tratar de temática específica, a enfermeira atentou para acréscimo de uma ilustração simples do olho que vislumbrasse a anatomia das estruturas oculares externas, no início do manual, antes de abordar a temática central. Isto facilitaria a compreensão por parte das mães sobre o desenvolvimento da visão dos seus filhos. Além disso, acrescentou alguns fatores relevantes no âmbito da saúde ocular da criança, como a história pré-natal, do parto e vida neonatal. Considerou a falta de um item para alertar os familiares quanto à detecção de sinais indicativos de alterações na visão da criança e enfatizou a necessidade de procurar um oftalmologista.

◆ Especialista nº 3

Enfermeira, doutora, professora universitária, participante de projetos de pesquisa sobre saúde ocular, comunicação, deficiências físicas e sensoriais. Apesar da sua dissertação e tese terem tido como foco a cardiologia, publica e participa efetivamente de pesquisa nas temáticas tecnologia e saúde ocular.

Após sua avaliação, concluiu que o material possuía informações cientificamente corretas. Considerou o texto claro, o vocabulário objetivo e o número de páginas suficiente. Sugeriu identificação das categorias profissionais das autoras, a ser incluída na contra capa; descreveu a importância de uma página destinada à orientação aos pais sobre a busca de profissionais de saúde, no caso de perceber anormalidades na visão

dos filhos. Assim como o especialista nº1, sugeriu que a figura do olho da página oito fosse recuada para o final da página no intuito de tornar o texto mais facilmente visualizado, pois a sobreposição estava dificultando a leitura. Na opinião deste especialista, o material poderia se aplicar a todos os recém-nascidos. Dessa forma, sugeriu se retirar o destaque para o prematuro.

## **5.2 Segundo momento: acatando as sugestões dos especialistas**

Neste momento utilizamos como literatura as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT (2002) e um guia de produção e uso de materiais educativos do Ministério da Saúde (1998) no intuito de tecer um paralelo entre estes e as alterações propostas para o manual.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas é a representante no Brasil das entidades mundiais de normalização, International Organization for Standardization (ISO) e International Electrotechnical Commission (IEC). É considerado o grande fórum nacional de normalização no Brasil. À ABNT cabe, entre outras atribuições, elaborar e manter atualizadas normas técnicas e fomentar seu uso nos campos comercial, agrícola, técnico, industrial e científico. Cabe à entidade também incentivar e promover a participação das comunidades técnicas na pesquisa, no desenvolvimento e na difusão da normalização técnica do País (ABNT...,2005).

No referente à normalização de documentos técnico-científicos, a ABNT tem como finalidade tornar eficaz a comunicação no meio acadêmico. São considerados trabalhos acadêmicos a dissertação, a tese e as produções similares. Dentro deste grupo podem ser citados trabalhos de conclusão de curso, trabalhos de graduação interdisciplinar, trabalhos de conclusão de curso de especialização e/ou aperfeiçoamento e outros. Como trabalhos similares incluem-se todos aqueles que representam o resultado de estudo sobre um tema, expressando conhecimento do assunto escolhido, emanado de disciplina, módulo, estudo independente, curso, programa e outros, todos realizados sob a coordenação de um

orientador (ABNT, 2002). Dessa forma, na nossa opinião, o manual é um produto de experiências e pesquisas sobre a estimulação visual, assim classificado como um trabalho científico similar. Conforme recomendado, todas as normas foram aplicadas no manual, tamanho da letra, espaçamentos, ficha catalográfica, capa, contracapa, e referências bibliográficas. Por se tratar de documentação amplamente utilizada no meio acadêmico, achamos desnecessário descrever referidas normas.

Em relação à construção de material educativo no âmbito da saúde, utilizamos como referencial um manual do Ministério da Saúde intitulado **Guia de produção e uso de materiais educativos**, para elaboração de materiais didáticos para aids. Ante a dificuldade de encontrar referencial teórico nesta linha, optamos em seguir os principais pontos deste guia.

◆ Referente ao conteúdo

Como recomendado pelo guia do Ministério da Saúde, antes de se iniciar a produção de um novo material é preciso levantar os materiais porventura já existentes. Não se deve, porém, aplicar materiais estrangeiros, pois não basta apenas serem traduzidos para a língua portuguesa. É necessário serem testados, modificados e avaliados de acordo com a nossa cultura.

Em estudo anterior, Rozemberg, Silva e Vasconcellos-Silva (2002) verificaram as motivações e opiniões de profissionais de saúde sobre a produção de impressos hospitalares, e apontaram para a ausência de pesquisas prévias às produções.

No relacionado à saúde ocular, não identificamos, até o presente momento, materiais direcionados aos pais e/ou familiares em âmbito nacional. Desse modo, corroboramos Brown (1986), que afirma haver carência de materiais educativos direcionados às mães e que o acesso a informações sobre crescimento e desenvolvimento, cuidados com o recém-nascido e risco da prematuridade deveria ser melhorado. Conforme

ressalta, de modo geral são publicados muitos livros e artigos para médicos e enfermeiros, mas existe muito pouco para o público materno, tanto nacional como internacional.

Entretanto, neste aspecto, as informações contidas no manual ora elaborado foram classificadas pelos especialistas como cientificamente corretas. Além disso, o manual proporciona informações de maneira clara, adequada e ordenada.

De acordo com uma das sugestões, o manual deveria ser direcionado para mães de crianças com riscos para alterações visuais, e não apenas considerar como fator a prematuridade. Também se mencionou a necessidade de resgatar tópicos importantes na história materna e/ou neonatal. Esta sugestão foi acatada pelas pesquisadoras, pois segundo Ojeda, Quiroz e Solari (2003), várias situações podem estar interligadas a problemas visuais com as intercorrências maternas, perinatais, entre outras, como uso de medicações específicas e traumas durante a gravidez. Assim incluímos um parágrafo na página seis sobre a visão do bebê, especificamente sobre doenças como a rubéola e a gonorréia.

Enquanto a rubéola, entre outras complicações, pode provocar catarata e glaucoma, enquanto a infecção por citomegalóvírus pode levar à cegueira. A infecção pelo vírus herpes tipo 2 causa infecção nos olhos e mucosas. Já as infecções geniturinárias que podem ter como agente etiológico a *Neisseria gonorrhoeae*, transmitida pelo parto normal, ocasionam oftalmia neonatal (BRANDEN, 2000; KENNER, 2001).

Glanz e Rudd (1990), ao avaliar 38 impressos sobre controle de colesterol, concluíram que o grau de complexidade vocabular era relativamente elevado e faltavam informações relevantes à clientela. Para evitar essa falha no manual sobre saúde ocular, atentamos para a temática central: a estimulação visual. Segundo os especialistas, a estimulação visual deveria abordar com maior ênfase a participação das mães/familiares nesse cuidado. Ressaltaram, também, a necessidade de descrever sinais e sintomas para possíveis distúrbios visuais com vistas a alertar os pais/familiares para desvios na saúde ocular dos filhos, facilitando a precocidade do diagnóstico.

Segundo Dantas, Cardoso e Pagliuca (2003), ainda existem crianças com alterações oculares não percebidas pelos pais. Este fato pode se refletir negativamente no processo educacional da criança na idade escolar. Deste modo, os pais devem ser informados quanto à existência de alterações oculares para que, a partir desse conhecimento, possam identificá-las.

Conforme identificado por Garrud, Wood e Stainsby (2001), entre profissionais existe a crença de que informações detalhadas sobre os riscos de uma laparoscopia induziriam pacientes a desistir deste tipo de procedimento. No entanto, a nosso ver, o conteúdo deve transmitir claramente a informação e/ou orientação, para favorecer seu entendimento, sem a possibilidade de haver interpretações errôneas. Para evitar porém uma sobrecarga de informações passíveis de amedrontar as mães acerca da visão dos seus filhos, transmitimos informações breves, concisas, e sem conotação na deficiência visual ou outros distúrbios mais graves no sistema visual.

A despeito destas observações, as informações devem ser cientificamente corretas, e transmitidas de forma progressiva, consistente e a mais completa possível. Mesmo no caso de mensagens baseadas na literatura científica, não há necessidade de se recorrer a citações de pesquisas, estatísticas ou outras (BRASIL, 1998). Apesar disso, optamos em referendar alguns autores, pois segundo as normas da ABNT (2002) este material é classificado como um trabalho acadêmico. Portanto, sempre tentamos transmitir as informações em linguagem objetiva e simples para uma melhor compreensão. Nesse aspecto, foi até sugerida a inserção de literaturas mais recentes.

#### ◆ Referente à linguagem

Um especialista retratou a importância da pesquisadora reler cuidadosamente o manual para identificar e substituir alguns termos técnicos. Entretanto ela não especificou

esses termos, tampouco as páginas. Desse modo, fizemos algumas leituras para proceder às possíveis alterações.

Cole (1979) estudou a legibilidade de impressos de várias temáticas entre 120 indivíduos. Ao observar freqüentes dificuldades na compreensão de terminologia técnica, correlacionáveis com o nível socioeducacional dos participantes, constatou a necessidade de glossários com explicações pormenorizadas acerca de termos técnicos. Resultados e conclusões semelhantes foram obtidos em outros contextos, como na avaliação de impressos sobre higiene oral de Newton (1995), em toxoplasmose (NEWTON; HALL, 1995) e asma (BAUMAN, 1997). No manual ora elaborado, não utilizamos nenhum glossário, porém evitamos a utilização de termos técnicos.

Os termos técnicos, assim como os eufemismos e outras impropriedades, devem ser evitados, pois a linguagem deve ser clara, simples e direta. Dessa forma, deve-se evitar a ordem inversa, frases complexas ou longas demais, e qualquer informação desnecessária à compressão da informação. Em benefício da clareza e objetividade, é preciso utilizar um vocábulo adequado à audiência.

Brasil (1998) retrata a importância a ser dada à mensagem. Ela é tanto mais eficaz quanto mais clara, objetiva e fundamentada em códigos e numa linguagem de fácil compreensão pela audiência. Mas se o estilo seco e direto da linguagem científica é plenamente aplicado aos sujeitos, poderá se mostrar totalmente ineficaz. Portanto, conforme o público ao qual se dirige a mensagem e o tipo de redação proposto, o estilo precisa ser adaptado, e se permitir até o uso de gírias ou jargões característicos do público-alvo, bem como o humor e a emoção.

Este, porém, não é o caso da literatura educativa. Um manual elaborado com esta finalidade deve primar pela simplicidade da linguagem, clareza e concisão do estilo, mas é dispensável valer-se das gírias e outros jargões. Optamos, pois, por não usar gírias. No entanto, para explicar alguns aspectos, adotamos a linguagem coloquial como

recomendado pelas normas literárias. Por exemplo, na página sete, sobre a visão do bebê, ao falarmos sobre a icterícia ocular como sinal fisiológico, chamamos de “amarelo”. Na página treze, que versa sobre a avaliação da midríase e miose das pupilas, durante exame ocular externo, denominamos de pupila a “bolinha preta do olho”. O mesmo ocorreu na página dezenove, onde discorremos sobre a importância dos pais/familiares identificarem sinais sugestivos para alterações visuais, como a sensibilidade à luz, e descrevemos o acontecimento desta quando a criança se “incomoda muito com a claridade e/ou fecha os olhos irritados com a luz”.

Sugestões sobre aspectos ortográficos da língua portuguesa foram propostas pelos três especialistas, com enfoque na revisão por profissionais da área. Bacelar et al. (2004) relatam a importância da língua portuguesa para a área médica e/ou saúde. A exemplo de outros profissionais, os da saúde, como responsáveis pela assistência ao paciente, orientação, realização de procedimentos e técnicas, devem possuir a capacidade de se expressar adequadamente, seja de forma falada ou escrita. Assim, o manual foi lido exaustivamente pela pesquisadora e, em seguida, submetido à devida revisão por profissional específico.

#### ◆ Referente aos desenhos

Reconhecidamente a produção do material didático constitui uma etapa crucial no processo de comunicação para a saúde. Com efeito, essa é uma tarefa que exige conhecimentos gerais e específicos, além de uma dose considerável de criatividade. Destacamos, portanto, a importância dos desenhos, cuja utilização, além de chamar a atenção, facilita a memorização e enriquece o texto.

As ilustrações prendem mais a atenção, dão vida ao material educativo e complementam a finalidade do texto. As cores também ajudam a despertar a atenção do leitor e são fatores fundamentais para a comunicação visual gráfica (FERREIRA; SILVA JÚNIOR, 1986).

Elaboradas por um desenhista, as figuras foram pesquisadas, analisadas e avaliadas pela pesquisadora. Antes de nos decidirmos sobre a melhor opção, várias foram as idéias antes de concretizá-las. Pensamos inicialmente em fotos. Isto poderia deixar o manual muito pesado. Diante disto, descartamos essa possibilidade. Em seguida, pensamos em colocar figuras de personagens infantis, porém havia a questão dos direitos autorais. Assim, o próprio desenhista, decidiu-se por elaborá-las após orientações da pesquisadora acerca do processo de estimulação visual.

Inicialmente foram criados dez desenhos: uma mãe gestante; um olho; uma mãe olhando para seu filho; uma lanterna para exame ocular externo; as pranchas e móbile utilizados na estimulação visual; uma casa; as fases do desenvolvimento da criança nos três primeiros trimestres, um para cada fase, e um bebê no berço junto aos pais sendo estimulado no próprio domicílio. Estes foram dispostos, um em cada página, sempre em correlação com a informação a ser transmitida.

Em relação às ilustrações, como mencionado, os especialistas sugeriram o acréscimo de um desenho do olho com as estruturas externas no início do manual. Isso facilitaria a compreensão dos itens subseqüentes do material. A figura ficou localizada na página cinco, com o nome das principais estruturas. Na página oito, que versa sobre o desenvolvimento da visão da criança, foi sugerido que a figura do olho ficasse abaixo do texto, para facilitar a leitura. Desse modo, foram trabalhados onze desenhos.

O emprego de cor em um material visual sempre desperta maior atenção, e pode torná-lo interessante e até mais real. A cor, assim como o desenho propriamente dito, contribui para aumentar a eficiência da comunicação (PARRA; PARRA, 1985).

◆ Referente ao formato do material e/ou outros aspectos

A criação de material educativo para saúde também requer tempo, outros recursos humanos, materiais diversos (computador, papel, impressora, televisão, vídeos, entre outros), além de investimento financeiro.

Como suporte financeiro para nossa pesquisa, contamos com os recursos do Projeto Saúde Ocular e LABCOM. Entretanto, ressaltamos, nossa opção pela criação de manual impresso, em papel A4 branco, decorreu, principalmente, do seu baixo custo. Os especialistas avaliaram o número de páginas como suficiente e cada tópico tem conteúdo adequado. Nesse aspecto, nada foi sugerido.

Para finalizar esta etapa metodológica, enfatizamos que os materiais de cunho educativo devem ser sempre elaborados de maneira sistemática e correta. Como evidenciam Fitzmaurice e Adams (2000), em ampla revisão sistemática dos folhetos sobre hipertensão arterial na Inglaterra, foram identificados vários problemas envolvendo não só a legibilidade textual, como também a visibilidade de caracteres, o *design* e a linguagem visual como um todo. Segundo concluem os autores, os profissionais da saúde deveriam estar mais atentos e críticos à produção e avaliação deste tipo de recurso no intuito de evitar que a informação se perca quando veiculada em formatos inadequados.

A seguir elaboramos um quadro resumo com os problemas identificados no nosso manual e suas respectivas mudanças sugeridas pelos especialistas. Vale ressaltar que todas as sugestões foram acatadas.

**Quadro 1-** Quadro resumo dos aspectos avaliados pelos especialistas, problemas identificados e respectivas mudanças sugeridas e acatadas

<b>Aspectos avaliados</b>	<b>Problemas identificados</b>	<b>Mudanças sugeridas</b>	<b>Mudanças acatadas</b>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>-Material restrito ao prematuro.</p> <p>-Retrata pouco a importância da família na estimulação visual.</p> <p>-Não versa sobre os principais sinais ou sintomas de alterações visuais.</p> <p>-Incluir resgate de aspectos sobre a história materna e/ou neonatal.</p> <p>-Atualização de literatura.</p>	<p>-Ampliar para todas as crianças com risco para alterações visuais, não só para o prematuro.</p> <p>-Dar maior ênfase aos pais/familiars nesse cuidado.</p> <p>-Descrever um item só para alterações direcionadas aos pais/familiars.</p> <p>-Descrever as principais intercorrências maternas, perinatais e outras.</p> <p>-Inserir literatura mais recente, não excluir as antigas, visto que são muito importantes.</p>	<p>-Descrição das crianças com risco para alterações visuais na página 11.</p> <p>-O texto da página 16, que versa sobre a estimulação no lar, foi enfatizado.</p> <p>- Acréscimo da página 18 para a descrição desse conteúdo.</p> <p>-Acréscimo de um parágrafo na página 6 alertando para doenças como rubéola e gonorréia.</p> <p>-Inserção de trabalhos mais atualizados.</p>
<b>LINGUAGEM</b>	<p>-Presença de termos/expressões técnicas.</p>	<p>-Identificá-los e retirá-los; -Submeter a revisão da língua portuguesa.</p>	<p>-As palavras icterícia, pupila e sensibilidade à luz foram substituídas pelas expressões amarelo, bolinha preta do olho e incomoda muito com a claridade e/ou fecha os olhos irritados com a luz.</p>
<b>DESENHO</b>	<p>-Ausência de um desenho do olho com as principais estruturas oculares.</p> <p>-Dificuldade de leitura devido ao desenho da página 8.</p>	<p>-Inserir desenho com os nomes correspondentes das principais estruturas oculares externas.</p> <p>-Retirar o desenho anteposto ao texto para colocá-lo separado do texto na mesma página.</p>	<p>- Inserção de um desenho do olho e suas estruturas na página 5.</p> <p>-O desenho da página 8 foi ajustado logo abaixo do texto.</p>
<b>FORMATO</b>	-	-	-

### **5.3 Terceiro momento: aplicação do manual**

A seguir serão descritas a caracterização da enfermaria mãe-canguru do hospital estudado, o perfil das mães e o método de aplicação do manual sobre estimulação visual como prática educativa.

Nesta descrição, consideramos alguns aspectos referentes às mães, aos filhos, bem como ao ambiente da enfermaria. No relacionado às mães, estas deviam ser alfabetizadas, já haver amamentado seus filhos e realizado os demais cuidados, estarem higienizadas e junto ao filho. Ao lerem o manual, as mães deviam fazê-lo individualmente. No momento da leitura as crianças deveriam estar junto às mães, porém ao se submeter à estimulação visual essas deveriam estar alertas, higienizadas, alimentadas. A aplicação do método deveria ocorrer quando o ambiente fosse propício para tal, ou seja, em circunstâncias nas quais não haveria nenhuma atividade com outros profissionais, e antes dos horários de visita.

#### ◆ Funcionamento da enfermaria mãe-canguru

Como sugere o Ministério da Saúde (2002), na maternidade pesquisada, é proporcionado livre acesso dos pais à unidade neonatal onde o recém-nascido está internado. Neste momento, geralmente a mãe é orientada pelos profissionais atuantes sobre a necessidade de estimulação da criança, propiciando, sempre que possível, o contato com a criança. Esta etapa é muito importante, pois a equipe de saúde deve acolher a família, dar suporte emocional, além de mostrar e oferecer o método canguru como próxima possibilidade de assistência, necessária ao recém-nascido de baixo peso.

A equipe também vem se conscientizando sobre a adoção de ações destinadas à prevenção de danos, tais como redução do nível de ruídos e de luminosidade no ambiente, e demais procedimentos, como afirmam Rolim e Cardoso (2003) e Rolim et al.(2004).

Nesta instituição a equipe do Banco de Leite Humano dá orientações às mães acerca do estímulo à amamentação, lhes ensina como manter a lactação por meio da ordenha do leite e sua estocagem. Conforme determinado, enquanto a bebê não tem capacidade para sugar o peito, a mãe é orientada a ordenhar o leite e este é oferecido por meio de gavagem ou copinho.

Após a melhora do quadro clínico, o bebê está apto a permanecer na enfermaria mãe-canguru. Nesta enfermaria ele permanece com a mãe em contato pele a pele, por uma faixa de tecido tipo uma bolsa, que é amarrada no corpo da mãe. Pais e demais familiares são estimulados a visitas ao bebê.

O método foi implantado na mencionada instituição em 1998, com cinco leitos. Em 2002, a área física foi reformada e ampliada, embora tenha mantido o mesmo número de leitos. Uma sala de apoio foi agregada para que diversos profissionais, como enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros, pudessem trabalhar com essas mães. São promovidos trabalhos em grupo, palestras, relaxamento, trabalhos artesanais. Além disso, as mães podem fazer as refeições num local mais reservado.

No referente à atuação da enfermeira, afora os cuidados de enfermagem ao binômio mãe-filho, ela se preocupa com a humanização na unidade. Não só da equipe, das pacientes, seus filhos e familiares, mas da unidade como um todo. É bastante atenciosa com os familiares, estimula a participação dos pais nos cuidados com os filhos, registra cada momento com máquina fotográfica. As fotos fazem parte de um acervo da unidade. Quando essas crianças voltam para ambulatórios da instituição, as mães sempre retornam para visitar a equipe e a enfermeira registra estes momentos em fotos. Esta profissional se preocupa com cada detalhe. Por exemplo, são mantidas plantas na entrada da enfermaria, regadas diariamente, e adubadas semanalmente. Enfim, cada detalhe é observado com muito amor e dedicação. Este detalhe, assim como outros, visa propiciar à mãe um ambiente mais parecido com o lar, pois elas são reinternadas e passam 24 horas do dia

numa rotina diferente das demais unidades. Configura-se, portanto, como uma tentativa de amenizar o impacto da hospitalização.

Em relação à atuação dos demais profissionais, enfatizamos a importância da participação de toda a equipe multiprofissional, mas destacamos aqueles que estão mais diretamente envolvidos com o binômio dentro da perspectiva de humanização da assistência, a exemplo dos terapeutas ocupacionais. Estes utilizam atividades expressivas, lúdicas, trabalhos artesanais, dinâmicas grupais, entre outras, para abordar a promoção à saúde mental dessas mães. Diante do longo período de internamento e em face de muitas mães procederem de cidades do interior, de modo geral, elas se sentem cansadas e saudosas dos seus familiares. Nesta perspectiva, a atuação dos terapeutas é bastante significativa, pois ameniza o cansaço, a ociosidade e a ansiedade. Dentro da unidade ficam expostos os trabalhos manuais feitos pelas mães, como porta-retratos e pequenas esculturas. As mães se mostram muito satisfeitas e felizes com os resultados dos encontros com a terapeuta.

Já os profissionais de fisioterapia atuam nos momentos de descanso das mães e aproveitam para fazer alongamentos e massagens destinadas a reduzir as dores advindas do peso da criança e do posicionamento para dormir-praticamente sentadas. Este desconforto é muito relatado pelas pacientes.

Quanto aos critérios de alta da enfermaria mãe-canguru, a criança deve atender a algumas exigências como: ter ganho de peso diário de no mínimo 15 g, apresentar estabilidade clínica e boa pega ao peito materno. No referente ao peso, o Ministério da Saúde (2002) preconiza que a alta ocorra quando a criança atinja 1 500 g, porém na instituição foi estabelecido o peso acima de 1 750g, considerando a não realização do método no domicílio, pois assim a criança retorna ao lar com um peso estável.

Sobre as crianças que apresentam distúrbios neurológicos, más-formações congênitas e/ou foram classificadas como recém-nascidos prematuros extremos e de muito baixo peso, deverão ser acompanhadas em ambulatório de seguimento.

O ambulatório de seguimento ou *follow-up* ou ambulatório de atendimento às crianças de alto risco, segundo a SOPERJ (1990), recebe crianças provenientes das unidades de internação neonatal, as quais necessitam de uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde, a fim de lhes oferecer assistência integral com vistas à melhoria da qualidade de vida delas e das suas famílias.

Na instituição, este ambulatório de seguimento situa-se próximo às Unidades de Terapia Intensiva. A demanda é muito grande e a clientela desse serviço é constituída basicamente por crianças que apresentaram síndromes, más-formações congênicas, prematuros, recém-nascidos de baixo peso, pequeno para a idade gestacional, hipóxia ou ainda aquelas que durante sua internação desenvolveram hipoglicemia, hemorragias, uso prolongado de oxigenoterapia, terapêuticas medicamentosas, entre outras condições passíveis de afetar o desenvolvimento e crescimento dessas crianças.

Para finalizar a caracterização da enfermagem mãe-canguru, enfatiza-se que se busca seguir os passos preconizados pelo Ministério da Saúde na referida instituição. A humanização é almejada, discutida e praticada, porém ainda identificamos algumas lacunas a serem preenchidas, como mostraram Rolim et al. (2004) e Rolim e Cardoso (2003). Como ponto a ser melhorado neste processo sobressai a problemática da superlotação nas unidades de internação neonatal, situação ocorrida em âmbito nacional, aumentando a morbi-mortalidade de recém-nascidos e o estresse entre os profissionais, o que dificulta a comunicação efetiva e conseqüentemente a humanização da assistência.

◆ Quem foram as mães canguru?

Entrevistamos 12 mães, seis residentes na capital do estado e seis procedentes de cidades do interior. A idade dessas variou entre 19 e 41 anos, nenhuma casada formalmente. Das que realizam acompanhamento pré-natal encontramos uma variação entre uma e seis consultas. No concernente ao nível de escolaridade, esse variou do ensino

fundamental médio incompleto ao superior completo. Os filhos dessas mulheres eram prematuros, e todos haviam se submetido a oxigenoterapia em pelo menos uma modalidade.

Conforme mencionamos, as mães foram identificadas por codinomes iniciados pela letra A: Ana, Amélia, Ângela, Aline, Andréia, Amanda, Alessandra, Alice, Aurora, Adriana, Alcione e Angélica. A seguir teremos uma breve caracterização de cada para melhor compreendê-las.

#### *Ana*

Procedente da capital do estado, casada, desempregada, 30 anos de idade, completou o ensino médio. Realizou três consultas de acompanhamento pré-natal, teve duas gestações, possui um filho vivo e nenhum aborto. Não é etilista, fuma, nem tomou medicações durante a última gestação. Seu filho, sexo masculino, nasceu no dia 5 de abril de 2005, pré-termo, adequado para a idade gestacional, nascido de parto normal. Como medidas antropométricas foram encontradas: peso= 1 740g; estatura= 45 cm; perímetro cefálico = 30,5cm e perímetro torácico= 27 cm. Seu índice de Apgar foi sete no primeiro minuto e nove no quinto minuto. Durante quatro dias utilizou a fototerapia para a icterícia neonatal, além da oxigenoterapia nas modalidades capacete de HOOD e CPAP nasal.

#### *Amélia*

Residente na capital do estado, 20 anos de idade, com vida conjugal estável com namorado, terminou o ensino médio. Primigesta, não realizou pré-natal. Relatou não fazer uso de bebidas alcoólicas nem de cigarro. Seu parto foi do tipo normal, no dia 10 de março de 2005. O filho, sexo masculino, nasceu com as seguintes medidas antropométricas: peso= 1 250g; estatura= 40cm; perímetro cefálico =27 cm e perímetro torácico= 23cm. A criança foi classificada como pré-termo e adequada para a idade gestacional. Durante a internação neonatal não fez uso de fototerapia e em relação ao uso de oxigênio usou apenas HOOD.

Foi acompanhada para exame de rastreamento de ROP-retinopatia da prematuridade. Durante internação na enfermaria mãe-canguru realizou três exames de fundo de olho, no olho esquerdo, sem maiores registros. Após a alta hospitalar, foi agendado mais um exame.

### *Ângela*

Natural e procedente de uma cidade do interior do estado, 20 anos de idade, casada, do lar, ensino médio incompleto. No referente à sua história obstétrica, apresentou duas gestações, das quais um aborto espontâneo. Da gestação atual teve o primeiro filho. Realizou cinco consultas de pré-natal na sua cidade, não apresentou nenhuma intercorrência durante a gestação. O parto ocorreu no dia 20 de abril de 2005. A criança, do sexo feminino, nasceu com as seguintes medidas antropométricas: peso= 1 520 g; estatura= 40 cm; perímetro cefálico= 29 cm; perímetro torácico= 25 cm; índice de Apgar= quatro no primeiro minuto e seis no quinto minuto. Foi classificada de acordo com a idade gestacional como pré-termo, e de acordo com o peso, como adequada para a idade gestacional. No relacionado à fototerapia, realizou a terapêutica por 10 dias, e a oxigenoterapia nas modalidades HOOD e CPAP nasal. Foi acompanhada por oftalmologista para rastreamento de retinopatia da prematuridade, no olho direito em linha de demarcação. Foi marcado retorno após 21 dias.

### *Aline*

Procedente de uma cidade do interior do estado, 21 anos de idade, relata ter vida conjugal estável há cinco anos, e fundamental incompleto. Primípara, realizou três consultas de pré-natal. Esta é a segunda gestação, mas a anterior resultou em aborto. Em 25 de abril de 2005 foi realizado parto vaginal. A criança, sexo masculino, nasceu com as seguintes medidas antropométricas: peso= 2 050g; estatura= 44 cm; perímetro cefálico= 31cm e perímetro torácico= 27,5 cm. O índice de Apgar foi três no primeiro minuto e sete no quinto minuto. De acordo com a classificação quanto ao peso, foi considerada como adequada para a idade gestacional, e de acordo com a idade gestacional foi considerada

como pré-termo. Permaneceu nove dias sob uso de fototerapia e três dias sob uso de oxigenoterapia na modalidade CPAP nasal.

#### *Andréia*

Residente em uma cidade do interior do estado, 21 anos, primeira gestação, primeiro filho. Não realizou pré-natal. Quanto à escolaridade, completou o ensino médio. Teve parto prematuro, cesáreo, no dia 7 de abril de 2005. A criança apresentou como medidas antropométricas: peso= 1 040g; estatura= 37 cm; perímetro cefálico= 27cm e perímetro torácico= 22 cm. O índice de Apgar não foi registrado no momento do nascimento. Trata-se de uma criança pré-termo, pequena para a idade gestacional. Esteve cinco dias sob fototerapia. No referente à oxigenoterapia, usou as modalidades HOOD e CPAP nasal por oito dias.

#### *Amanda*

Residente na capital do estado, 21 anos, casada, autônoma, fundamental completo. Primípara, sem história de abortos. Durante a gravidez foi diagnosticado diabetes gestacional. Devido a isso realizou nove consultas de pré-natal. Teve parto cesáreo no dia 29 de maio de 2005, no qual a criança nasceu adequada para a idade gestacional e pré-termo. Em relação às medidas antropométricas ao nascimento: peso= 2 010g; estatura= 44cm; perímetro cefálico= 31cm e perímetro torácico= 28 cm. O índice de Apgar foi sete no primeiro minuto e oito no quinto. Não fez uso de fototerapia, mas usou oxigenoterapia por onze dias nas modalidades HOOD e CPAP nasal.

#### *Alessandra*

Residente na capital do estado, 19 anos de idade, não relatou vida conjugal, estudante, fundamental incompleto, não realizou pré-natal. Tratava-se da primeira gestação.

Teve parto normal no dia 29 de março de 2005, e a criança apresentou as seguintes medidas antropométricas: peso= 815g; estatura= 36 cm; perímetro cefálico= 25cm e perímetro torácico= 20 cm. Quanto ao peso, foi classificado como pequeno para a idade gestacional, e quanto à idade gestacional, pré-termo extremo. Realizou três dias de fototerapia, e utilizou três modalidades de oxigenoterapia, a saber: HOOD, CPAP nasal e ventilador mecânico. Utilizou esta terapêutica por 39 dias.

### *Alice*

Procedente de uma cidade do interior do estado, 41 anos de idade, doméstica, completou o ensino fundamental. Segundo história obstétrica, referiu ser a quarta gestação, nenhum aborto. Realizou duas consultas de pré-natal, é hipertensa, mas não tomou medicação durante a gravidez. Teve início de pré-eclâmpsia, sendo realizado parto cesáreo no dia 9 de maio de 2005. Seu filho nasceu com as seguintes medidas: peso= 1 060g; estatura= 36 cm; perímetro cefálico= 26cm; perímetro torácico= 22cm, índice de Apgar nove no primeiro minuto e dez no quinto minuto. Tratava-se de uma criança pré-termo e pequena para a idade gestacional. Ela não realizou fototerapia e usou HOOD e CPAP nasal por treze dias.

### *Aurora*

Com 20 anos de idade, reside em Fortaleza, e estava cursando o primeiro ano do ensino médio até a gravidez. Vida estável com o namorado, primeiro filho, sem história anterior de abortos. Não realizou pré-natal, relatou não ter doenças. Seu filho nasceu de parto cesáreo dia no 12 de maio de 2005, com as seguintes medidas antropométricas: peso= 1 930g; estatura= 42 cm; perímetro cefálico= 33cm e perímetro torácico= 28cm. O índice de Apgar totalizou cinco no primeiro minuto e oito no quinto. Foi classificado como pequeno para a idade gestacional e pré-termo. Realizou fototerapia durante seis dias e as modalidades HOOD e CPAP nasal por treze dias.

*Adriana*

Procedente da capital do estado, 25 anos, ensino médio completo, relata ser casada, primigesta e primípara. Realizou seis consultas durante pré-natal, sem intercorrências. O parto, normal, ocorreu no dia 7 de maio de 2005. A criança nasceu com as seguintes medidas: peso= 1 798g; estatura= 43 cm; perímetro cefálico= 29cm e perímetro torácico= 26cm. Não foram realizadas manobras de reanimação em sala de parto, obteve índice de Apgar sete no primeiro minuto e oito no quinto. Tratava -se de um pré-termo, pequeno para a idade gestacional. No relacionado à oxigenoterapia, usou a modalidade HOOD por quatro dias e não utilizou fototerapia.

*Alcione*

Residente na capital do estado, 34 anos de idade, casada, estudou até o ensino fundamental incompleto. Quanto à história obstétrica, nunca teve abortos, terceira gestação, dois filhos vivos, teve parto cesáreo em virtude da hipertensão descoberta há três anos. No dia 7 de junho de 2005 deu à luz uma criança do sexo feminino com as seguintes medidas antropométricas: peso= 1 710g; estatura= 44 cm; perímetro cefálico= 30cm e perímetro torácico= 28 cm. Obteve índice de Apgar seis e oito, no primeiro e quinto minutos, respectivamente. Não fez uso de fototerapia e durante oito dias usou as modalidades HOOD e CPAP nasal como terapêutica por oxigênio.

*Angélica*

Procedente de uma cidade do interior do estado, 14 anos de idade, completou o ensino médio, e mantém relacionamento estável com namorado há quatro anos. No referente à história obstétrica, trata-se de uma primípara, sem intercorrências. Realizou seis consultas de pré-natal. Teve parto normal no dia 9 de junho de 2005. A criança, do sexo feminino, nasceu com as seguintes medidas antropométricas: peso= 1 766g; estatura= 43

cm; perímetro cefálico= 29cm e perímetro torácico= 27 cm. Realizou fototerapia durante seis dias e oxigenoterapia durante nove dias, na modalidade HOOD e CPAP nasal.

◆ Aplicação do manual na enfermaria mãe-canguru: a busca da emancipação

Após a análise temática das 12 entrevistas, identificamos quatro temas, a saber: Percepção do manual, Conhecimento das mães acerca da saúde ocular, Estrutura do manual e Promoção à saúde ocular. Deles emergiram categorias que objetivaram uma melhor compreensão da aplicação do manual junto às mães na enfermaria mãe-canguru.

TEMA 1 – Percepção do manual

Neste tema intitulado percepção do manual emergiram duas categorias: Opinião sobre o manual e Importância do manual.

Categoria 1: Opinião sobre o manual

Nessa categoria encontramos as falas mais pertinentes das mães quanto à opinião sobre o material e o método de educação em saúde.

*Era pequeno. Mas tem tudo que a gente precisa saber (Aline).*

*Eu gostei, mas queria mais informações (Amélia).*

*Gostei muito... informa as mães, que a gente não tem oportunidade de saber se não tivesse lido esse manual (Andréia).*

*Foi uma ótima idéia esse manual (Adriana).*

*É legal aprender essas coisas...(Amanda).*

*Achei muito importante...Deu para entender direitinho... (Alessandra).*

*Pra mim foi bom, bem explicado (Aurora).*

*Por ser diferente..achei legal ler sobre ele ( Alice).*

Como exposto, as mães puderam relatar o que significou para elas a leitura do manual aplicado. Segundo percebemos, a palavra mais utilizada para exteriorizar a opinião sobre o manual foi *legal*. De acordo com Ferreira (1998, p.102), legal refere-se a palavras que exprimem numerosas idéias apreciativas: ótimo, perfeito, leal, digno, bacana, entre muitas outras.

Alice, uma das mães, enfatiza que o assunto abordado no manual a visão da criança, é diferente em virtude da própria especificidade. Isto contribuiu para torná-lo interessante e curioso, instigando a busca de aprender. A nosso ver, o fato desta mãe ter permanecido muitos dias internada proporcionou-lhe conhecer melhor as rotinas da unidade. Desse modo, sua percepção sobre a aplicação do manual, no 12º dia de internação, transpareceu como algo diferente das rotinas habituais da enfermagem mãe-canguru.

Na opinião de Aline e Amélia o manual continha poucas informações. Isto ocorreu, provavelmente, porque seus filhos eram os únicos, durante o período de internação, que estavam sendo acompanhados para rastreamento da retinopatia da prematuridade. Portanto, elas tiveram uma percepção diferenciada, com maior necessidade de obter informações sobre o assunto abordado. Porém, conforme observamos, na realização do rastreamento da retinopatia existiram lacunas referentes à comunicação entre os profissionais e a mãe relacionadas ao objetivo do exame, e após esse procedimento elas se mostraram ansiosas e bastante curiosas. Ambas, na presença da pesquisadora, a indagaram sobre a importância do exame, bem como sobre o resultado deste, e foram devidamente orientadas.

Na nossa permanência nesta instituição, pudemos observar uma valiosa iniciativa: o andamento na instituição campo desta pesquisa de um projeto de prevenção de

cegueira em crianças, o qual é financiado por uma Organização não-Governamental (ONG) alemã, com apoio da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). Este projeto atua em quatro unidades de saúde de Fortaleza. Os profissionais agem no rastreamento da retinopatia junto aos bebês de alto risco, prematuros internados na unidade de internação neonatal, oferecendo a eles oportunidade de se submeterem à avaliação oftalmológica antes de retornar para casa.

Sobre a comunicação e interrelação entre cliente e profissionais de saúde, como evidenciado por Campos (2003), as mães sentem necessidade de obter conhecimentos referentes à saúde dos seus filhos. Scochi (2000) acrescenta que cada vez mais o profissional de saúde se sensibiliza com a situação vivenciada pelas mães de crianças internadas em unidade neonatais. Portanto, deve haver uma interação efetiva entre os profissionais e as mães.

Em corroboração a estas idéias, segundo Muniz e Santana (2002), a interação, como um veículo a unir os profissionais às pessoas que cuidam, deve ser adaptada de tal forma que não haja ruídos na comunicação. O rastreamento da retinopatia é considerado um procedimento bem específico na área da oftalmologia. Logo, os profissionais que prestam este tipo de assistência devem estar muito atentos para a linguagem e outros aspectos referentes à singularidade de cada mãe e sua cultura no intuito de que a comunicação ocorra sem fragmentação.

Na opinião de Muniz e Santana (2002), é fundamental o profissional de saúde estabelecer uma relação autêntica com o ser humano, neste caso, a mãe, observando suas necessidades de informações. Desse modo, poderá promover discussões sobre saúde-doença para que o cliente, bem como sua família, estejam prontos para serem sujeitos das suas ações de cuidado.

Conforme relatou Andréia, se ela não tivesse lido o material, não teria adquirido conhecimento relacionado à saúde ocular da criança. Além disso, ninguém até o presente

momento havia falado sobre este assunto para ela. Segundo Freemantle et al. (2000), no âmbito hospitalar ainda há escassez de materiais educativos, principalmente tratando-se de saúde ocular. Corroboramos esta afirmativa, mas lembramos que, mesmo quando estes existem, não significa dizer que estão sendo usados pelos profissionais, ou que estes os considerem importantes.

Portanto, os profissionais de saúde devem utilizar cada vez mais os recursos educacionais dentro de unidades hospitalares, principalmente na enfermaria mãe-canguru, local onde as mães ficam internadas por um período considerável e as rotinas passam a se tornar cansativas. Esse tipo de recurso educacional pode ser um estímulo à aprendizagem no cuidado dos seus filhos.

#### Categoria 2: Importância do conteúdo do manual

Essa categoria enfatiza a percepção materna sobre a importância do conteúdo do material. Todas as participantes verbalizaram em seus depoimentos algum conteúdo constante do manual. Destacamos os mais representativos para nossas discussões.

*...sem ele jamais iria entender as coisas que tem nele (Aurora).*

*Ali no livrinho esclarece muita coisa pra gente, sobre a visão (Ana).*

*Ah! Nesse manual fala de como estimular o bebê... É muito importante para a mãe. Porque só assim a mãe sabe o que é normal e o que não é (Alice).*

*A gente pode ver no manualzinho o que é normal, o que não é...(Ângela).*

*Ele explica como é a visão de um bebê, o que acontece com ele, com a visão dele até o primeiro ano de idade (Aline).*

*Assim a visão dele, que vai ser igual à minha só depois que cresce... E até mesmo quando está na barriga da gente ele já consegue*

*enxergar... O tipo de coisa que ele vê, quando enxerga cores, o preto com branco, o vermelho com amarelo (Alessandra).*

*Porque sem ele a mãe não iria saber o que era estimulação visual, como fazer, a importância e o que passa na visão do bebê...Porque ele realmente precisa desse estímulo para ajudar no desenvolvimento (Andréia).*

*Porque é importante saber sobre a visão do bebê. Principalmente a gente, mãe de primeira viagem, ainda mais de prematuro. Que a gente não sabe direito o que fazer, como cuidar, principalmente a visão dele... E o livrinho esclarece muita coisa (Amélia).*

Percebemos a receptividade e a importância do manual para as mães. Pelas falas fica claro que este material mostrou-se positivo para essa clientela, por conter informações sobre a visão dos seus filhos.

Desse modo, a tecnologia aplicada foi classificada como importante pelas mães, por explicar a definição e a realização da estimulação visual, sinais fisiológicos e patológicos, além de aspectos sobre o desenvolvimento visual.

Entretanto, segundo percebido por nossa vivência nesse campo, a falta de orientação às mães pode ser atribuída ao não conhecimento dos enfermeiros sobre a saúde ocular e também a um discurso coletivo de superlotação e excesso de atividades, sobrecarregando ainda mais o dia-a-dia dos enfermeiros. Julgamos a oftalmologia na enfermagem uma área muito específica, na qual a literatura ainda é escassa, em particular no referente à neonatologia, que já se configura como outra especialidade na pediatria. Essa é uma temática abordada pelo Projeto Saúde Ocular, que visa minimizar e evitar complicações visuais nos recém-nascidos. É preciso, pois, ser efetivamente incorporada pelos profissionais de enfermagem, ainda não atentos a esse tipo de cuidado.

Na opinião de Andréia e Amélia a tecnologia é válida, por facilitar o esclarecimento das especificidades de um prematuro. Essas crianças são consideradas de

risco para várias doenças, inclusive as visuais, em virtude da sua imaturidade fisiológica e também anatômica.

Conforme constatamos nos depoimentos de Amélia, as mães primíparas, ou seja, aquelas que vivenciam pela primeira vez a maternidade, devem ser orientadas para aprender a cuidar dos seus filhos, com ênfase na promoção à saúde da visão, pois são surpreendidas com incertezas ante o novo papel a ser por elas desempenhado. A primípara sente-se vulnerável e diversos questionamentos sobre a nova fase a inquietam. Como inferimos, elas apresentavam inúmeras reações, tais como preocupação, medo e tristeza diante do nascimento do filho. Neste contexto, a enfermeira simboliza a aceitação das pessoas como são e a assistência em momentos de estresse (FOLLE; GEIB, 2004). Tratando-se de prematuridade, Monteiro, Silva e Silva (2002) demonstram que essas mães desconhecem totalmente o assunto.

Neste estudo destacamos o despreparo das mães para lidar com a criança prematura. Andréia, por exemplo, ressalta a necessidade do manual ser distribuído com as mães, acrescentando que nas sessões de estimulação visual surpreendeu-se com as especificidades da visão e a existência de um procedimento simples, porém importante para seu filho. Lúcio, Campos e Cardoso (2003), ao desenvolverem um estudo na mesma instituição da pesquisa, concluíram que este método vem contribuindo para o fortalecimento do binômio mãe-filho, o treinamento da visão da criança e a educação em saúde junto aos pais e à família, com boa aceitação por parte das mães.

## TEMA 2: Conhecimento das mães acerca da saúde ocular

Nesse tema as mães expressaram o desconhecimento a respeito da saúde ocular. No entanto, após a leitura do manual, segundo afirmaram, obtiveram aprendizado sobre o assunto. Nele surgiram duas categorias: Déficit de conhecimento e Aquisição de conhecimento.

### Categoria 1: Déficit de conhecimento

Déficit de conhecimento pode ser definido como ausência ou deficiência de informação relacionada a assunto específico. As falas das mães indicaram a existência de déficit de conhecimento acerca da visão da criança.

*Eu já tinha ouvido falar que eles não enxergavam. Não sabia que ele enxergava (Aline).*

*Não sabia... (Andréia).*

*Tudo foi novo para mim(Ana).*

*Eu não sabia nada sobre a visão dele....Eu não sabia que ele enxergava(Amélia).*

*Nunca tinha visto nada parecido (Alessandra).*

*Porque tem muita coisa que eu não sabia (Alcione).*

*Pensei que ele não enxergava (Aurora).*

*Eu não sabia de nada disso... Às vezes eu pensava até que ele estava sentindo algo quando ficava virando o olhinho(Angélica).*

*Não sabia que por ele ter nascido antes dos nove (meses) podia afetar a visão também (Alice).*

*Nunca tinha ouvido falar sobre estimular a criança (Adriana).*

Em depoimentos de algumas mães, conforme percebemos, elas mostraram desconhecer o fato de seus filhos já serem capazes de enxergar. Esta situação também foi encontrada por Cardoso e Silva (2004), Silva (2003) e Lúcio (2004). De acordo com Graziano e Leone (2005), as crianças assim que nascem já são capazes de enxergar, e o desenvolvimento visual é considerado um mecanismo complexo, iniciando-se por volta da 28<sup>a</sup>. semana de gestação, quando o feto já apresenta reflexo pupilar à luz.

A falta de conhecimento das mães entrevistadas foi retratada ante a temática. Segundo relatou Angélica, seu filho poderia estar sentindo alguma dor quando manifestava movimentos incoordenados nos olhos. Ela, porém, aprendeu que poderia se tratar de uma característica fisiológica nas primeiras semanas de vida, devido à imaturidade da musculatura do globo ocular. Mas, por se tratar de recém-nascido de risco, não podemos deixar de associar e investigar se o estrabismo não é patológico. No caso de Aline, percebeu-se que ela não reconhecia a prematuridade como fator de risco para alterações oculares.

A partir dos depoimentos, confirmamos que esta falta de conhecimento deve ser analisada atentamente pelos enfermeiros, pois essas crianças apresentam fatores de riscos para alterações visuais.

É preciso, portanto, considerar as noções dos sujeitos sobre determinados assuntos. Como advertem Gazzinelli et al. (2005), trabalhos educativos que não se preocupam em levantar as noções dos sujeitos sobre determinado assunto são vistos como ultrapassados ou equivocados em relação ao modo como efetivamente se dá o processo de conhecer.

O exercício da consciência crítica possibilita ao profissional despertar, por meio da sua prática, para o próprio crescimento pessoal e profissional, e transformar a realidade do seu microespaço de atuação, no sentido de propiciar também o crescimento da clientela (NIETSCHE, 2000). Na percepção das mães, o exercício da consciência crítica pode permitir a transformação da realidade, na busca do processo emancipatório.

## Categoria 2: Aquisição de conhecimento

A aquisição de conhecimento foi a categoria na qual as mães mais se manifestaram após a leitura do manual, o que nos mostra a validação do método e do material proposto. A seguir expomos suas falas:

*O desenvolvimento da visão, o que ele vai vendo em cada mês ... Agora eu sei, antes não (Alessandra).*

*...não esquecer da visão...Importante porque ele enxerga, ainda não totalmente bem...aí vai treinando a visão... e quando tiver maiorzinho a gente ensina as coisas e os nomes das cores dos objetos (Andréia).*

*Se tiver aqueles probleminhas que tem no manual, deve levar a criança para fazer consulta. Para saber se tem algo errado com ela (Andréia).*

*...o que ele vê. Que tipo de coisa vê... Porque ele ficou no oxigênio muito tempo lá... E aí pra ficar olhando se ele realmente vê direitinho, se não tá doentinho...nunca deixar de levar no médico se aparecer algo diferente (Amanda).*

*Que ele enxerga, já dentro da barriga da gente. Antes eu não sabia nada dessas alterações...agora eu sei... Assim quando ele for crescendo, vai ficando normal. Senão ficar é porque tem algo errado (Ana).*

*Usar uns brinquedinhos coloridos, não muito perto nem muito longe. Porque ele enxerga mais ou menos a essa distância e depois é que vai melhorando, até ficar olhando normal como a gente (Alice).*

*A gente vê que a criança já pode enxergar desde a barriga...assim de maneira gradual até enxergar igual aos adultos. ...quando ele tá na escola é que as tias e a gente percebe que eles não enxergam direito. Pode até ser algo mais sério... Pode ser por causa da UTI, a luz, o capacetinho pra respirar direito (Ângela).*

*...às vezes a gente pode ter alguma coisa que pode na gravidez fazer mal e afetar a visão (Alcione).*

*Que tem que estimular a visão porque ele ficou na luz, com os olhinhos tapados. E tem que estimular (Aurora).*

*Além da estimulação, eu vi que é importante conhecer as partes do olho, que a criança enxerga (Adriana).*

Segundo as mães percebiam, após a leitura, juntamente com a prática educativa na enfermaria mãe-canguru, elas tinham adquirido um novo conhecimento, até então classificado como déficit.

A meta da educação em saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para poderem fazer escolhas mais saudáveis, e a promoção da saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se escolhas mais fáceis (MILIO; KATZ, 1983).

A aprendizagem é uma das formas de aquisição de conhecimentos que pode ou não gerar uma construção de conhecimento. Este, distintamente da aprendizagem, só é possível se houver interação entre o sujeito que conhece e o objeto que é conhecido (FRANCO, s/d). Portanto, a ação é o ponto de partida e a possibilidade de todo o conhecimento (PIAGET, 1978). Nesta perspectiva, as mães puderam, por meio da leitura, enquanto ação, modificar uma realidade anteriormente desconhecida.

Podemos observar, a partir dos relatos, alguns indicativos dos assuntos abordados no manual em relação à anatomia e desenvolvimento visual, como a presença do reflexo pupilar no feto; a relação entre as doenças no período gestacional e a visão do bebê; a participação dos pais na saúde ocular; a estimulação visual no lar; a detecção precoce de distúrbios e a busca de acompanhamento especializado.

Além desses assuntos relatados, chamaram-nos a atenção os depoimentos de Ângela e Aurora sobre alguns fatores passíveis de se relacionar a distúrbios visuais, como a

fototerapia, chamada de “banho de luz”, e a oxigenoterapia, na sua modalidade HOOD, denominada de “capacinho”. A fototerapia é compreendida como tratamento por meio da luz, e se constitui na terapia inicial da icterícia neonatal. Já a oxigenoterapia se constitui na terapêutica mediante administração de oxigênio ao paciente em uma concentração maior que a encontrada na atmosfera.

No caso de bebês internados em unidade de internação neonatal, geralmente se utilizam algumas tecnologias, como terapêuticas medicamentosas, alimentação enteral, traqueostomia, oxigenoterapia, fototerapia, monitores de apnéia, além de outras condutas destinadas à manutenção da saúde da criança. Entretanto, as mães de crianças que fazem uso destes aparatos terapêuticos devem receber orientações especiais (SCOCHI, 2000).

Particularmente no relacionado à visão, as mães também devem ser orientadas sobre as possíveis alterações visuais advindas de fatores como a oxigenoterapia e a fototerapia, conforme exteriorizado nas falas. No uso do oxigênio, deve-se levar em conta seus efeitos tóxicos, capazes de provocar lesões cerebrais, pulmonares e oculares no recém-nascido. Os profissionais, portanto, devem utilizá-lo com cautela (TAMEZ; SILVA, 1999). No que concerne ao tratamento fototerápico, alguns efeitos indesejáveis podem advir desta terapêutica, como queimaduras, hipertermia e lesões na retina (CARDOSO, 2003). Muitas condutas são recomendadas para os bebês. Todavia, existem falhas quanto à orientação às mães sobre as conseqüências destas para a visão da criança.

No contexto da saúde ocular, faz-se necessário um cuidado cada vez mais minucioso, além de orientações precisas em face do potencial para o surgimento de alterações visuais nas crianças que apresentaram baixo peso ao nascer, nos prematuros, no bebê com hipóxia grave, nos usuários de oxigênio e fototerapia, conforme alertado por Graziano e Leone (2005).

Como demonstrado por Piaget (1995), o conhecimento não é de fato uma cópia do real, e sim é construído a partir de reordenamentos, muitas vezes provocados pelo real, mas sempre sob as coordenações do próprio sujeito. Ou seja, as mães, a partir do déficit de conhecimento, puderam “reordenar” sua percepção em relação à temática saúde ocular da criança.

De acordo com os relatos das mães, o manual de estimulação visual ajudou-as a aperfeiçoar os primeiros cuidados que elas devem ter com o prematuro. Em decorrência do tempo que passa na UTI, e por se tornar mais vulnerável, a criança prematura requer atenção especial. Neste intuito, a valorização do estímulo visual trará benefícios, com reflexos no bom desenvolvimento da criança.

Quanto à estimulação, vale ressaltar a verbalização sobre os objetivos nela e os objetos utilizados, e frisados pelas entrevistadas. Desde a gestação, a mãe deve preocupar-se com a saúde da criança, pois algumas patologias, como gonorréia e rubéola, podem afetar diretamente a visão da criança. Esta preocupação ultrapassa o período gestacional, e estende-se até a infância, na qual, muitas vezes, se observa alguma deficiência visual. Esses foram os aspectos expostos pelas entrevistadas.

Na nossa opinião, com essa tecnologia o enfermeiro poderá abordar o assunto fundamentado em uma metodologia de atuação diferenciada, oferecendo seu conhecimento sobre a saúde ocular.

### TEMA 3: Estrutura do manual

Nesse tema as mães foram objetivas e sucintas quando instadas a opinar sobre a estrutura do manual. Em virtude do manual já ter sido avaliado por especialistas, se basear na estrutura pertinente e seguir normas quanto à elaboração, optamos, dentro do tema, por questionar as mães apenas sobre os textos, como linguagem escrita, e os desenhos e as cores, para o recebimento de mensagens educativas. Três categorias surgiram neste tema: A linguagem escrita; A recepção de mensagens educativas por meio de desenhos e cores; e Comunicação visual- ênfase na linguagem escrita e pictórica.

#### Categoria 1: A linguagem escrita

A percepção das mães sobre os textos do manual foi identificada na categoria intitulada a linguagem escrita. Nessa categoria cada uma pôde versar sua compreensão da leitura.

*Muita coisa legal (Aline).*

*Deu pra entender direitinho. Eu li e entendi (Andréia).*

*...eu gostei. Tá bom o texto... nem muito nem pouco (Ângela).*

*Teve uma parte difícil. ...Que tem os meses ...Porque tem muita informação... e tem que ler com atenção (Amanda).*

*Não achei extenso. Não pra ler. Foi fácil e não ficou muita coisa. Ficou bom (Alessandra).*

*Fundamental, achei bom, nem muito nem pouco (Aurora).*

*Deu pra ler direitinho ...eu entendi (Angélica).*

*Eu li tudo. Ficou bom..Eu entendi (Adriana).*

Como retratado nas falas, as mães acharam o texto fácil. Aurora e Ângela referiram que a quantidade de texto existente no manual foi suficiente. Quanto mais simples e concisa for a mensagem a ser transmitida, mais fácil assimilá-la, será de ser assimilada, porém não se deve suprimir informações para diminuir o texto.

Os textos de materiais impressos para a saúde devem ser objetivos e afirmativos. Recomenda-se não usar frases nem parágrafos longos e com aspectos negativos. Além disso, o texto deve ser dividido em subtítulos para resumir e reforçar os tópicos tratados em cada seção (BRASIL, 1998). Assim as mães de certa forma verbalizaram este aspecto e consideraram o conteúdo do texto satisfatório.

Ao criar material para aprendizagem por escrito, devemos utilizar uma linguagem simples. Muitos adultos são capazes de ler e entender com mais facilidade textos escritos de forma acessível para pessoas cujo nível de escolaridade situa-se abaixo do último ano escolar. Assim alguns especialistas recomendam o uso de materiais educativos redigidos em linguagem correspondente ao quinto ano do ensino fundamental (HOHLER, 2005), conforme o nível do público a que se destina.

O nível de escolaridade das mães variou da sexta série do ensino fundamental ao ensino médio completo. Este fato, juntamente com a linguagem acessível usada no manual, facilitou a leitura do material.

Para alcançar a transmissão de conhecimento, não basta fornecer informações. É preciso valorizá-las, adaptá-las ao momento e à linguagem utilizada pelo meio. Só assim a informação vai ser transformada em conhecimento, possibilitando uma mudança na mentalidade e, como consequência, também na atitude (WERNECK, 1999).

Diferente dos demais depoimentos, Amanda afirma que houve uma parte do texto difícil de ser compreendida. Seu nível de escolaridade foi o mais baixo entre as mães entrevistadas, a saber, o primeiro ano do ensino fundamental. Além disso, durante as

atividades realizadas na enfermaria ela se mostrava muito preocupada com a família, que morava em uma cidade no interior do estado. A nosso ver este fato, somado à sua escolaridade, pode ter contribuído para a não compreensão total do texto. O conteúdo que ela não entendeu é o mais extenso, e versa sobre o desenvolvimento da visão da criança desde o nascimento até o primeiro ano de vida. Portanto, assim é preciso mais atenção à leitura e condições de entendê-la.

### Categoria 2: A recepção de mensagens educativas por meio de desenhos e cores

Nessa categoria encontramos as falas das mães entrevistadas referentes aos desenhos e cores contidos no manual sobre estimulação visual. Seguem as falas:

*Gostei... porque estava bonito (Aline).*

*Lindinhos! Bem coloridos, ficou muito bonitinho (Ângela).*

*Bonitinhos... (Adriana).*

*Ficou muito bonito, lindo. As mães lá ficaram legal....Senão fica chato só ler (Amanda).*

*Nem muito, nem pouco (Ana).*

*Interessante, porque tinha o desenho de cada coisa que tinha lá.(Alcione).*

*Achei muito bom importante também....foi melhor com desenhos (Aurora).*

As ilustrações devem ser utilizadas não só para captar a atenção, mas também para facilitar a compreensão e a memorização da mensagem, sendo essenciais para exemplificar procedimentos, como a estimulação visual. Os desenhos, como ilustrações, podem direcionar melhor a mensagem (BRASIL 1998).

Neste aspecto do manual, as mães foram muito objetivas, e afirmaram ter gostado dos desenhos. A mãe Ângela verbalizou o colorido dos desenhos. Segundo Brasil (1998), estes são mais aceitos quando são coloridos, porém, conforme a gravura, nem sempre é preciso usar cores. Pagliuca (1996) define a cor como sendo a sensação visual que deriva da incidência da luz. Dessa forma, ao se desenvolver materiais educativos, aqueles desenhos mais importantes para a compreensão da mensagem, preferencialmente, devem ser coloridos.

Aurora nos reporta para a necessidade da existência de desenhos em materiais impressos. Na opinião dela, com eles o entendimento se torna mais fácil. Esta situação enfatiza mais uma vez que ao se elaborar materiais educativos deve-se também considerar a função do desenho.

Além disso, materiais com cunho comunicacional precisam incluir a adequação com criatividade e individualização do seu uso. Desenhos, imagens, palavras, entre outras, são instrumentos importantes na eficácia das condutas propostas na educação para a saúde e devem ser adotados e estimulados pelos profissionais de saúde (LOPES; SILVA, 2004).

### Categoria 3: Comunicação visual - ênfase na linguagem escrita e pictórica

Consideramos como comunicação visual o resultado da junção dos textos escritos aos desenhos com o objetivo de transmitir mensagens às mães que leram o manual. Assim, a partir das falas, conforme percebemos, a existência dos desenhos complementou a estrutura visual do manual, emitindo para as mães de forma clara o conteúdo abordado.

*Complementou a leitura í não ficou chato... Aí lendo e vendo cada um, ia dizendo sobre o assunto (Alice).*

*Achei ótimo, é bom um manual com desenhos porque a gente não só lê, a gente vê também (Andréia).*

*Ajudou a ler... eu ia olhando o desenho e depois lia (Amanda).*

*Tudo que eu ia lendo tinha do lado o desenho (Amélia).*

*Ia lendo e vendo cada um, ia dizendo sobre o assunto (Adriana).*

*Bom, porque a gente ia lendo e ficava olhando a figurinha do lado.  
Assim ia clareando a mente (Ana).*

Entre as características da elaboração de materiais educativos, a comunicação está inserida neste processo, implicando participação, troca de mensagens, emissão e/ou recepção de informação. Toda comunicação se processa por meio de signos, com os quais um indivíduo procura atuar sobre as atitudes, as práticas e os comportamentos do outro, mediante estímulos para modificá-los. Resulta também no intercâmbio de experiências socialmente significativas, interativas e produtivas, denotando um esforço para a convergência de perspectivas, reciprocidade de pontos de vista e uma ação conjugada ou de cooperação (BRASIL 1996).

Nos olhos, do nervo óptico ao cérebro, o processo de visualização é condicionado pela existência da luz (OLIVEIRA, 2002). Desse modo, para facilitar a comunicação visual do manual, foram utilizadas letras na cor preta, de tamanho sugerido pelas normas da ABNT (2003), com desenhos coloridos na sua maioria e impressos em papel branco para facilitar a luminosidade recomendada.

De acordo com os depoimentos das mães, houve uma comunicação favorável e agradável. Acreditamos que a comunicação visual, ou seja, os textos escritos, juntamente com desenhos, conseguiram transmitir as mensagens propostas.

Tanto a clientela quanto o profissional são sujeitos que compartilham decisões, isto é, desenvolvem sua autonomia, trazendo para o exercício da profissão de enfermagem o desafio de uma nova postura na qual se insere a clientela, com outros profissionais, entre si, enfim, na relação com o outro (NIETSCHE, 2000).

#### TEMA 4: Promoção da saúde ocular

Nesse tema analisaremos a prática da estimulação visual na enfermaria mãe-canguru, bem como a participação dos pais na identificação de alterações oculares e na estimulação visual, conforme as três categorias sugeridas, quais sejam: Prática da estimulação visual na enfermaria mãe-canguru; Participação dos pais na identificação de alterações oculares; e Participação dos pais na estimulação visual.

##### Categoria 1: Prática da estimulação visual na enfermaria mãe-canguru

Nessa categoria as mães mostraram-se surpresas e bastante interessadas durante a prática da estimulação visual na enfermaria mãe-canguru, como mostram as falas.

*Aqui você fazia com a gente. Ele arregalava os olhos e olhava bem e seguia (Aline).*

*Achei muito interessante (Andréia).*

*Você aqui fazendo, ajudando a visão da criança (Adriana).*

*Muito legal e importante (Ana).*

*Acho que até dá pra fazer umas pranchinhas dessas (Amanda).*

*Você fazia e, além disso, tirava as dúvidas... A gente falava da visão e entendia mais ainda, saber o que tem lá escrito...ficava ainda mais claro (Ângela).*

*Ajudar o bebê a ver melhor e depois ajudar ele a crescer bem, a visão também (Aurora).*

*E isso ajuda na visão, ajuda ele a crescer (Alcione).*

Segundo as mães perceberam a visão é um assunto não abordado com elas pelos profissionais da instituição. Na nossa opinião, isto ocorre devido o estado crítico de saúde

das crianças, principalmente aquelas que estão internadas em Unidades de Terapia Intensiva neonatais, o que leva os profissionais a colocar este assunto em segundo plano. Porém, segundo o Ministério da Saúde (2002), existe a necessidade de se investigar a visão de crianças de riscos, que estão ou estiveram internadas durante longo período em unidades neonatais. Logo, os enfermeiros têm obrigação de saber e transmitir conhecimentos a respeito da visão da criança, assim como as mães precisam ser orientadas neste aspecto. Vários trabalhos vêm sendo desenvolvidos com a aquisição de conhecimento sobre a saúde ocular (CAMPOS, 2003; LÚCIO; CARDOSO, 2004; CARDOSO; SILVA, 2004). Entretanto esta temática no âmbito da saúde da criança ainda requer ser valorizada e ampliada na assistência de enfermagem.

Quando estas crianças chegam à enfermaria mãe-canguru, as mães são orientadas e estimuladas pela equipe de enfermagem a participarem dos cuidados. Nessa enfermaria, outros profissionais também podem cuidar e abordar assuntos voltados à promoção e treinamento em saúde (FERREIRA; VIEIRA, 2003). Dessa forma, a prática da estimulação visual pode ser realizada pela enfermeira, após devidamente treinada, e conseqüentemente a mãe pode ser orientada quanto à sua existência e a possível realização no âmbito institucional e domiciliar.

Assim a saúde ocular também fará parte das orientações e intervenções de enfermagem nesta enfermaria onde a criança já passou pelo estado de risco de vida eminente e a mãe apresenta-se bem próxima do filho. Conforme nossa vivência vem mostrando, as mães-cangurus são muito receptivas às orientações sobre a saúde dos seus filhos, e esta enfermaria é o local propício para tal e para a atuação como campo de pesquisa.

Vale ressaltar que a atuação do pesquisador não pode se restringir a coletar dados em seu trabalho de pesquisas. Segundo Carvalho (2004), assim como nas atividades

de assistência e de ensino, na pesquisa também se tem como esfera central o cuidar. Nela este tem prioridade diante de outras esferas relacionadas à atuação da profissão.

Sobre este assunto, evidenciamos o quanto foi importante a presença da pesquisadora no campo, não só na coleta de dados mas de maneira efetiva na assistência de enfermagem, quando prestou cuidados voltados à promoção à saúde ocular, no caso, a estimulação visual, e outros cuidados como orientações sobre amamentação, higiene, vacinação, crescimento e desenvolvimento infantil, entre outros. Esta condição foi encontrada nos depoimentos das falas das mães. Assim, como podemos verificar, a saúde da criança não se restringe à saúde ocular, foco do nosso estudo, mas também à observância do ser em seu aspecto holístico.

É necessário observar o sujeito em sua totalidade, envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e culturais, para tornar possível atingir maior efetividade em termos da mudança de conduta (GAZZINELLI et al., 2005).

Além disso, a pesquisadora esteve atenta para abordar as mães em um momento apropriado, denominado por Hohler (2005) de momento de aprendizagem ideal. Este deve ocorrer quando o paciente tem maior facilidade para aprender. Mas não podemos ensinar nada ao paciente se ele se apresentar cansado, com dor ou distraído. Neste caso, será permitido ao paciente processar cada vez mais o que ele deve assimilar, aprendendo no seu próprio ritmo.

Portanto, por estar presente na enfermaria por tempo suficiente para interagir com as atividades diárias, a pesquisadora soube o momento ideal para abordar os sujeitos, bem como realizar a estimulação visual. Momento este em que as crianças se encontravam em estado de alerta e não estavam necessitando de cuidados maternos.

Durante esse período, procedemos à estimulação da criança junto à mãe, incluindo-a nessa prática. Houve discussões referentes à visão da criança, mas somente após a leitura do manual. Segundo Hohler (2005), com o objetivo de valorizar o que o paciente aprendeu e determinar a necessidade de um novo aprendizado, é importante se fazer perguntas e pedir que o paciente explique ou demonstre o que foi aprendido.

Algumas mães relataram os objetivos da estimulação visual, bem como os objetos utilizados. Aline mostrou o que comumente acontece quando esta prática é realizada pela primeira vez. Geralmente, conforme observamos, as mães ficam admiradas e orgulhosas ante a capacidade dos filhos em acompanhar as pranchas utilizadas.

Embora a educação, sozinha, não tenha forças para possibilitar a saúde desejável à população, pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis (BRASIL,2002).

### Categoria 2: Participação dos pais na identificação de alterações oculares

As mães enfatizaram sua participação para a detecção e identificação de sinais sugestivos de alterações visuais. Seguem as falas que retrataram tal situação:

*...é o que os pais que ficam direto com ele ficam sabendo se ele pode ou não ter problemas(Ângela).*

*Os pais e a gente tem que ficar sempre olhando para os olhos do bebê, prestando atenção, se tem algo diferente, errado com ele... Se tiver algo diferente, o médico tem que ver logo para ele ficar bem (Alessandra).*

*Assim os pais ficam olhando durante o dia-a-dia se no olho vão aparecer aquelas alterações que tem lá ...Sabendo que ele já enxerga a gente fica prestando atenção se ele tá desenvolvendo bem...porque pode logo descobrir e fazer um tratamento(Angélica).*

*...ficar atentos para ver se eles acompanham objetos. E se não vai aparecer nada de errado nos olhos (Alcione).*

Como observado, trabalhos publicados no Brasil mostram inúmeras afecções oculares em crianças que demoram a ser diagnosticadas e encaminhadas para o oftalmologista. É preciso lembrar a importância do estímulo visual adequado na infância, cuja privação pode levar à baixa da acuidade visual permanente (MANICA; CORREA; MARLON, 2003).

Nessa perspectiva, as mães verbalizaram a importância dos pais se enquadrarem no papel de observar o desenvolvimento visual dos filhos, com o intuito de evitar complicações futuras.

No Brasil, a prevenção e a detecção precoce de alterações no desenvolvimento infantil são práticas pouco aplicadas. No caso das deficiências sensoriais, essa preocupação justifica-se pela possibilidade de antecipação do processo de intervenção logo no início de vida da criança, garantindo a estimulação necessária em todos os aspectos fundamentais para seu desenvolvimento global. Nessa área, os procedimentos de triagem são utilizados por se caracterizarem como instrumentos de baixo custo, de simples aplicação e comprovada eficiência (LIMA et al.,2004).

Na nossa opinião, a estimulação visual pode se enquadrar nos procedimentos de triagem, como exteriorizou a mãe Alcione. No âmbito domiciliar, conforme enfatizamos, os

pais, de forma geral, por permanecerem mais tempo com seus filhos, poderão, após ter adquirido conhecimento da existência de alterações, atuar de maneira a tornar precoce o diagnóstico, pois podem identificar alterações na saúde do filho, independente de saber o que elas representam.

Proporcionar saúde significa não apenas evitar doenças e prolongar a vida, mas assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, capazes de influenciar nas escolhas (BUSS, 2000). Práticas emancipatórias, geradoras de autonomia, são fundamentais para poderem os indivíduos se tornar cuidadores da própria saúde a partir da conscientização.

Conscientização, de acordo com Freire (1980), no sentido de estratégia voltada a uma aproximação crítica da realidade, valorizando o conhecimento como possibilidade de autonomia, para que cada sujeito possa criar sua existência com o meios que a vida lhe oferece.

### Categoria 3: Participação dos pais na estimulação visual

Nessa categoria encontramos as falas das entrevistadas referentes à importância da participação materna e dos demais familiares na estimulação visual da criança.

*Agora eu sei que é para fazer... usar coisinhas com preto e branco, contrastante. Brinquedos, capas de xuquinhas...(Andréia).*

*Os pais são importantes, porque estimulam a visão, podem botar brinquedo pra ele... Que a gente em casa tem que cuidar dele...podem fazer essas figurinhas para ele ver (Amanda).*

*...de brincar com ele, olhar pra ele e conversar (Ana).*

*É importante, porque a gente brinca e cuida, ajudando a visão dele (Alessandra).*

*...dá até pra fazer sozinha, se quiser (Aurora).*

*Dá pra fazer em casa. Os pais podem estimular a criança... (Adriana).*

A conscientização para a estimulação visual, adquirida pelos pais, tornou-os aptos ao desenvolvimento dessa prática. Educar para a saúde consiste em prover os indivíduos e as comunidades dos meios necessários para poderem adotar um estilo de vida saudável. Para alcançar um nível adequado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas precisam identificar e satisfazer suas necessidades básicas, em termos de saúde. Devem ter capacidade para adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças (BRASIL, 1998).

Conforme as mães revelaram, a estimulação é considerada como brincadeira para a criança. Tal situação também foi encontrada por Lúcio e Cardoso (2003) ao realizarem a prática com mães de crianças de baixo peso, as quais julgaram os recursos utilizados como acessíveis e como brinquedos para o recém-nascido.

Todas mostraram sua admiração na comunicação com seus filhos durante a estimulação visual. Na nossa opinião, elas acharam o contato com o filho muito importante para o estabelecimento do vínculo afetivo. Ademais, esta interação mãe-filho pode ser facilitada, principalmente quando a estimulação é realizada pelas próprias mães.

A possibilidade de realizar a prática sozinha também foi exteriorizada pelas mães. Diante disto, compreendemos que elas se sentem capazes para promover a saúde dos seus filhos. Como ressaltam Furlan, Scochi e Furtado (2003), se oferecermos a essa clientela a oportunidade de atividades pedagógicas direcionadas à orientação materna acerca do cuidado com a criança, poderemos otimizar a assistência prestada.

Quanto aos materiais informativos, eles têm grande responsabilidade na orientação acerca da promoção e prevenção junto às mães internadas em unidades hospitalares. Como elas não sabiam quase nada sobre a visão do recém-nascido, esta prática é de suma importância. De acordo com Lenzi e Coura (2004), é essencial que as orientações venham ao encontro de problemas cotidianos, e que nesses materiais se encontrem respostas às dúvidas mais frequentes, de forma correta e precisa.

No âmbito domiciliar, os pais poderão exercer a liberdade referente a essa prática educativa, após a leitura da tecnologia criada. A liberdade compreende as ações e decisões segundo a própria determinação dos sujeitos, originada de conhecimentos adquiridos. O exercício da liberdade também se constitui num poderoso componente importante do processo de emancipação das pessoas e, por sua vez, deve ser incluído nas proposições tecnológicas emancipatórias (NIETSCHE, 2000).

No referente às sete tecnologias classificadas por Nietzsche (2000), identificamos cinco que tiveram correlação com a aplicação do manual às mães na enfermagem mãe-canguru. São elas: tecnologia de concepções, tecnologias de processos de comunicação, tecnologias do cuidado, tecnologias de modos de conduta e tecnologias de educação.

Consideramos o manual como uma **tecnologia de concepção**, pois o material surgiu de uma percepção vivenciada a partir de problemáticas reais, foi validado por três especialistas e posteriormente aplicado, configurando-se como uma apreciação da realidade das mães, juntamente com a pesquisadora.

O manual também se enquadra como uma **tecnologia de processos de comunicação**, pois a nosso ver este tipo de recurso educativo favorece a comunicação entre enfermeiro e mãe, podendo atuar como um meio de comunicação terapêutica.

Ainda na terminologia de Nietzsche (2000), podemos classificar a tecnologia criada em uma **tecnologia do cuidado**, porquanto o manual poderá facilitar a assistência dos profissionais de enfermagem e a das mães quando a assistência prestada envolver a visão das crianças.

Além disso, o manual é entendido com uma **tecnologia de modos de conduta**, visto que a aplicação do material às mães tem o intuito de orientar sua participação no cuidado com a criança. Isto visa a participação do profissional no aprimoramento da assistência no relacionado à saúde ocular.

Também verificamos que o material educativo pode ser configurado como uma **tecnologia de educação**, com enfoque no cuidado da saúde, pelo fato do manual oferecer às mães conhecimentos sobre a saúde dos seus filhos, a partir da sua leitura e implementação da estimulação visual, com vistas à autonomia.

Como afirma Nietzsche (2000), a autonomia relativa considera a capacidade dos seres humanos em autogovernarem-se, atuando de forma racional a partir de uma apreciação pessoal das futuras possibilidades em função dos seus próprios valores.

Ao produzirem tecnologia, os enfermeiros precisam preocupar-se com as possíveis conquistas dela advindas, não só do ponto de vista técnico, da eficácia do ato da sua competência profissional, mas das suas conseqüências na vida do sujeito. Na nossa opinião, o manual sobre estimulação visual propicia às mães mudança de comportamento quanto à promoção à saúde da criança. Isto nos faz considerá-lo como tecnologia principal e central na aplicação do material e método em saúde ocular, como tecnologia de educação no cuidado à saúde, enquanto as demais são complementares a ela.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura consultada, os recursos educativos voltados à orientação à mãe em relação à saúde ocular não foram encontrados. Diante disto, tornou-se ainda mais pertinente a realização desse estudo.

Ao optarmos por este tipo de trabalho nossa finalidade foi atuar mais próximo ao binômio mãe-filho. Além disso, a aplicação e criação de recursos são pouco exploradas pelos enfermeiros. Dessa forma, a metodologia mostrou-se adequada, de fácil compreensão e condução para atender aos objetivos propostos.

Quanto à participação dos especialistas para a avaliação da tecnologia criada, a julgamos de indispensável importância, pois a pesquisadora não direcionou o material para um conhecimento individualizado, ou seja, abordar apenas o próprio conhecimento referente à saúde ocular. Todas as sugestões advindas dos especialistas foram acatadas.

Sobre o conteúdo do manual, este, de modo geral, foi satisfatório, e particularmente o uso de linguagem acessível e a redução de termos técnicos possibilitaram melhor observação de conhecimento por parte das entrevistadas. Estas puderam expressar a opinião sobre a leitura e a satisfação com o material exposto. Conforme concluímos, a aplicação deste trabalho proporcionou a expansão do conhecimento sobre estimulação visual nas mães participantes do estudo

Segundo inferimos, o manual para mães de crianças com riscos para alterações visuais representa um tipo de tecnologia emancipatória, por entender que esta prática educativa ainda não é uma atividade realizada em unidades hospitalares. Após a leitura do material, a mãe poderá compreender e realizar a estimulação visual no lar, além de aprender sobre possíveis alterações visuais durante o desenvolvimento do seu filho.

Na nossa opinião, o manual objeto de análise constitui uma tecnologia emancipatória pela classificação de Nietzsche (2000), por sugerir a possibilidade do seu uso na prática de enfermagem, visto que, segundo a própria autora, este tipo de tecnologia busca uma maior participação do indivíduo, ao induzi-lo a tomar as próprias decisões. Deste modo, podemos tornar a mãe, e os demais familiares mais autônomos para promover a saúde ocular dos recém-nascidos.

Ao mencionar os componentes contemplados pela tecnologia emancipatória, a saber: o exercício da consciência crítica, a cidadania, a liberdade e a autonomia, afirmamos que cada um deles esteve presente na aplicação do manual sobre estimulação visual. Portanto, o manual, bem como a prática junto às mães, podem ser considerados tecnologia emancipatória.

Na aplicação do manual, como método, na enfermaria mãe-canguru, houve interesse por parte das mães em participar da leitura do material. Porém, para que elas fossem motivadas a lê-lo em tempo hábil, foi necessária a presença diária da pesquisadora na enfermaria.

A enfermaria mãe-canguru é um ambiente propício para a prática da educação em saúde. Trata-se de um lugar onde mãe e filho permanecem sempre juntos. A criança já passou da fase crítica de vida e a mãe sente-se mais segura e mais aberta para as atividades de cunho educativo. No entanto, o excesso de profissionais e atividades realizadas no período da manhã impossibilitou a realização do estudo neste período. Sugerimos que ao serem desenvolvidos trabalhos em qualquer instituição se leve em conta a rotina de cada uma delas, para evitar a interferência do pesquisador e com vistas a se alcançar as metas e objetivos propostos.

Podemos afirmar que a comunicação surgiu no desenvolvimento desse trabalho, vista pelas mães como um elemento essencial no vínculo afetivo. Em relação ao manual, este pode ser considerado como um meio de comunicação para promover a saúde, pois não

só lançamos informações, mas durante a prática educativa ensejamos as trocas. Segundo Pauleto, Pereira e Cyrino (2004), é preciso substituir modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional e dogmática, com o foco na transmissão de informação, pela discussão e reflexão.

O enfermeiro, como profissional de saúde, precisa ser capaz de identificar os níveis das suas ações no processo educativo, refletindo a necessidade de se desvincular das rotinas institucionais. Deve-se colocar também como um educador. Todavia, é preciso lembrar, ele não é dono do saber e sim um cooperador desse processo transformador.

Esperamos que o manual, como nova estratégia criada para a assistência de enfermagem, seja um instrumento facilitador de orientações, estendido a todas as mães de filhos com riscos para alterações oculares. Incluímos aqui não só os prematuros e/ou crianças submetidas a terapêuticas passíveis de afetar a visão, entre outras, mas também aquelas crianças já acompanhadas em núcleos de estimulação precoce, visto que este recurso educativo pode agir como uma motivação aos pais para a realização de estimulação visual no lar.

Na nossa opinião, o manual é uma tecnologia válida para ser aplicada por profissionais de saúde. Portanto, que este conhecimento possa, efetivamente, contribuir para a adoção de medidas destinadas à melhoria na saúde ocular da criança.

No decorrer do desenvolvimento do trabalho, propusemos uma atenção voltada para a saúde ocular e como resultado a busca da saúde da criança de maneira integral, com ênfase na proposta de cuidar da visão, sem esquecer que ela constitui um sentido associado com todo o corpo.

O conhecimento não é estático. Diante desta dinâmica, propomos revisões periódicas do manual à medida que ele fosse utilizado. Além disso, há a necessidade de reproduzi-lo para disponibilizá-lo em serviços como maternidades e núcleos de

estimulação. Se possível, devemos doá-lo às mães no intuito de estimulá-las seu papel de cuidadoras. Com esta finalidade, buscaremos recursos financeiros.

Com este trabalho propomos também a continuidade na assistência às mães no cuidado de bebês prematuros, possibilitando, desta forma, melhor enfoque na qualidade de vida dessas crianças.

## 7 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS-ABNT. Disponível em: < <http://www.abnt.org.br/> >. Acesso em: 12 ago. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS-ABNT. **NBR 6023**: informação e documentação: referência-elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 22 p.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY; AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS; AMERICAN ASSOCIATION OF CERTIFIED ORTHOPTISTS; COMMITTEE ON PRACTICE AND AMBULATORY MEDICINE SECTION ON OPHTHALMOLOGY. Eye examination in infants, children, and young adults by pediatricians: organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. **Ophthalmology**, v. 110, n. 4, p. 860-865, Apr. 2003.

ANDRADE, I. S. N. de; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v. 5, n. 1, p.61-69, 2005.

ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I. Jogos educativos - instrumentos para retomada da discussão sobre dengue. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn/Seção SP, 1996. p. 439.

ARTHUR, V. A. Written patient information: a review of the literature. **J. Adv. Nurs.**, n. 21, p. 1081-1086, 1995.

BACELAR, S.; GALVÃO, C. C.; ALVES, E. et al. Expressões médicas errôneas: erros e acertos. **Acta Cir. Brás**, v. 19, n. 5, p. 582-584, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA-MIRANDA, J. E.; DARBEY, M.; NELLY, M.; BAUER, S. Entorno, información al paciente y organización en una Unidad de Urodinamia Pediátrica. **Arch. Esp. Urol.**, n. 48, p. 15-22, 1995.

BAUMAN, A. The comprehensibility of asthma educational materials. **Patient Educ. Couns.**, supl 1, n. 32, p. 51-59, 1997.

BECKER, D. **No seio da família:** amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. 117 p. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa–CONEP. Resolução nº 196/96, 1996. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru.** Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Guia de produção e uso de materiais educativos.** Brasília, 1998.

BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego:** uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

BROWN, Y. Learning projects of mother of preterm and low birth weight infants. **Nursing Paper/Perspectives en Nursing**, v. 18, n. 3, p. 5-16, 1986.

BRUM, E. H. M. de; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

BRUNO, M. M. G. **O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual:** da intervenção precoce à integração escolar. São Paulo: Newswork, 1993. 144 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n. 5, p.163-177, 2000.

CAMPOS, A. do C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p.606-613, 2004.

CAMPOS, A. do C. S. **O significado de ser mãe de recém nascido sob fototerapia: uma abordagem humanística**. 2003. 154 p. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARDOSO, M. V. L. M. L. **O conviver dos familiares de crianças com deficiência visual**. 1997. 88 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

\_\_\_\_\_. **O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao *todder***. 2001. 158 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; SERPA, A. N. Estimulação visual-importância da família nos casos de abandono. **Pediatria Atual**, v. 12, n. 8, p. 33-40, 1999.

CARDOSO, M. V. L. M. L., PAGLIUCA, L. M. F. **Caminho da luz: a deficiência visual e a família**. Fortaleza: FCPC, 1999.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; SILVA, G. R. F da. Avaliação visual na criança: da unidade de internação neonatal ao domicílio. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 68-74, 2004.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; LÚCIO, I. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Co-participant mothers' perception of the stimulation offered to newborns. In: INTERNATIONAL FAMILY NURSING CONFERENCE, 7<sup>th</sup>, 2005, Victoria, BC. **Proceedings...** Victoria, BC: [s. n.], 2005.

CARE for your eyes: a visão de bebês. Disponível em:<<http://www.portuguese.careforeyes.com/article2038-260.html>>. Acesso em: 15 out. 2004.

CHUNG, V.; HOROWITZ, A. M.; CANTO, M. T.; SIRIPHANT, P. Oral cancer educational materials for the general public:1998. **J. Public. Health Dent.**, n. 60, p. 49-52, 2000.

CASTRO, A. M.; VILLALOBOS, M. G. P. La protección de leche materna a los recién nacidos. **Rev. Mexicana de Pediatría**, v. 70, n. 1, p. 27-31, 2003.

CARVALHO, K. M. M.; GASPARETO, M. E. R. F.; VENTURINI, N. H. B. **Visão subnormal**. Campinas: Ed. UNICAMP, 1992

CARVALHO, M. R.; PROCHNIK, M. **Método mãe canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDES; 2001.

CARVALHO, V. de. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 806-815, 2004.

COLE, R. The understanding of medical terminology used in printed health education materials. **Health Educ.**, n. 38, p. 111-121, 1979.

COLLIÈRE, M. F. **Promover à vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Damaia/Lisboa: Printipo; 1989.

COSTA, E. M. **Avaliação de tecnologia de educação em saúde ocular para crianças**. 2004. 90 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

CREASY, R. K. Preterm birth prevention: where are we? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, n. 168, p.1223-1230, 1993.

CUSTÓDIO, E. C. **Estimulação visual para crianças com deficiência visual: participação da família**. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

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

DIAMANTE, A.; CYPEL, S. **Neurologia infantil**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

ENDRISS, D.; VENTURA, L. M.; DINIZ, José Ricardo et al. Doenças oculares em neonatos. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 65, n.5, p. 551-555, 2002.

ESTIMULAÇÃO visual. Disponível em: <http://www.ilitc.org.br/Programas/EstVisCI.html> >. Acesso em: 11 out. 2004.

FANGMAN, J. J. et al. Prematurity prevention programs: an analysis of success and failures. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, n. 170, p. 744-750, 1994.

FANTZ, R. L. The origins of form perception. In: MUSSEN, P. H.; CONGER, J. J.; KAGAN, J. (Org.). **Readings in child development and personality**. New York: Harper & How, 1965. p. 72-84.

FECHINE, A. D. L.; CARDOSO, M. V. L. M.; PAGLIUCA, L. M. F. Prevenção e detecção de distúrbios oftalmológicos em escolares. **Pediatria Atual**, v. 132, n. 4, p. 21-25, 2000.

FRANCO, S. R. K. **Aprendizagem e construção do conhecimento**. Mimeo.

FREEMANTLE, N.; HARVEY, E. L.; WOLF, F.; GRIMSHAW, J. M.; GRILI, R.; BERO, L. A. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 2, p. 120-125, 2000.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

FERREIRA, L.; VIEIRA, C. S. A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 41-50, 2003.

FERREIRA, O. M. de C.; SILVA JUNIOR, P. D. da. **Recursos audiovisuais para o ensino**. São Paulo: EPU, 1986. 144 p.

FITZMAURICE, D. A.; ADAMS, J. L. A systematic review of patient information leaflets for hypertension. **J. Hum. Hypertens.**, v. 14, p. 259-262, 2000.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p.183-190, 2004.

FURLAN, C. E. F. B.; SCOCHI, C. G. S.; FURTADO, M. C. de C. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 44, p 444-452, 2003.

GARRUD, P.; WOOD, M.; STAINSBY, L. Impact of risk information in a patient education leaflet. **Patient Educ. Couns.**, v. 43, p. 303-306, 2001.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C. dos et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GLANZ, K.; RUDD, J. Readability and content analysis of print cholesterol education materials. **Patient Educ. Couns.**, v. 16, p. 109-118, 1990.

GOMES, P. G. (Org.). **A comunicação em debates**. São Paulo: Paulinas, 1994.

GRAZIANO, R. M.; LEONE, C. R. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual de pré-termo extremo. **Jornal de Pediatria**, v. 81, supl., 2005.

GRUNAUER, N. et al. Retinopatia del prematuro: casuística de los años 1995-2001. **An. Pediatr.**, v. 58, n. 5, p. 471-477, 2003.

HARVEY, H. D.; FLEMING, P.; CREGAN, K.; LATIMER, E. The health promotion implications of the knowledge and attitude of employees in relation to health and safety leaflets. **Int. J. Environ. Health Res.**, v. 10, p. 315-319, 2000.

HOHLER, S. E. Consejos para enseñar mejor a sus pacientes. **Nursing.**, v. 23, n. 5, p.31, 2005.

HOYT, C. S.; NICKEL, B. L.; BILLSON, F. A. Ophthalmological examination of the infant: developmental aspects. **Surv. Ophthalmol.**, v. 26, p. 177-189, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA–IBGE. **Censo demográfico 2001**. Rio de Janeiro, 2002.

JACKSON, C.; LINDSEY, S. Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. **Br. Dent. J.**, v. 179, p. 163-167, 1995.

JOHN, S.; STAHL, L.; AVERBUCH-HELLER, R.; LEIGH, J. Nystagmus. **Arch. Ophthalmol.**, v. 118, p. 544-549, 2000.

LENZI, M. de F.; COURA, L. C. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 37, n. 4, p. 343-350, 2004.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann 7 Affonso, 2001. 375 p.

KLAUS, M. H.; BARNETT, C. R.; LEIDERMAN, P. H.; GROBSTEIN, R. Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation. **Pediatrics**, v. 45, p. 197-205, 1970.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Parent-infant bonding**. St. Louis: Mosby, 1982.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais e bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KUBBA, H. An evidence-based patient information leaflet about otitis media with effusion. **Clin. Perform. Qual. Health Care**, v. 8, p. 93-99, 2000.

LADDEN, M. The impact of preterm birth on the family and society part 2: transition to home. **Pediatr. Nurs.**, v. 16, n. 6, p. 620-626, 1990.

LEITE, A. C. **Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos**. 2003. 141 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

LIMA, M. C. M. P. et al. Observação do desenvolvimento de linguagem e funções auditiva e visual em lactentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 1, n. 38, p. 106-112, 2004.

LOPES, M. J. M.; SILVA, J. L. A. da. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 683-688, 2004.

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente no cuidado ao adulto hospitalizado**. 2004. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

LÚCIO, I. M. L. **Percepção da mãe co-participante da estimulação visual: uma estratégia de cuidado aplicada ao recém nascido de baixo peso**. 2002. 25 p. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

\_\_\_\_\_. **Método de avaliação visual aplicado ao recém-nascido**. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

LÚCIO, I. M. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Estimulação visual com o recém - nascido de baixo peso: percepção da mãe. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 278-285, 2003.

LÚCIO, I. M. L.; CAMPOS, A. C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Contribuição do estímulo visual para o recém-nascido de risco. **Revista de Pediatria do Ceará Soc. Cearense de Pediatria**, v. 3, n. 1, p. 18-25, 2002.

MACFARLANE, J. T.; HOLMES, W. F.; MACFARLANE, R. M. Reducing reconsultations for acute lower respiratory tract illness with an information leaflet: a randomized controlled study of patients in primary care. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 47, p. 719-722, 1997.

MALDONADO, M. T. **Como cuidar de bebês e crianças pequenas**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 1993, 121 p.

MANICA, M. B.; CORREA, Z. M. S.; MARCON, Í. M. et al. O que os pediatras conhecem sobre afecções oculares na criança? **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 66, n. 4, p. 489-492, 2003.

MATTOS, J. V. de. **Método mãe-canguru**. Disponível em:<<http://www.federativo.bndes.gov.br/dicas/F07%20-%20pro.htm>>. Acesso em: 20 out. 2004.

MEIO, M. D. B. B.; LOPES, C.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 311-318, 2003.

MILIO, N.; KATZ, M. Promoting health through public policy. **Journal of Health Politics Policy and Law**, v. 8, n. 1, p.176-177, 1983.

MILTERSTEINER, A. R.; MILTERSTEINER, D. R.; RECH, V. V. et al. Respostas fisiológicas da Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 3, n. 4, p.447-455, 2003.

MIURA, E. e col. **Neonatologia: princípios e práticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MONTEIRO, T. M. T.; SILVA, L. M. S. da; SILVA, M. V. S. da. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. **Cogitare Enferm.**, v. 7, n. 1, p.36-42, 2002.

MUMFORD, M. E. A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. **J. Adv. Nurs.** , n. 26, p. 985-991, 1997.

MUNIZ, R. M.; SANTANA, M. da G. **Humanizando o cuidado da doença crônica**. Pelotas: EGUFpel, 2002.

MURPHY, B.; SCHOFIELD, H.; HERMAN, H. Information for family caregivers: does it help? **J. Public Health**, v. 19, p. 192-197, 1995.

NAKAHANA, E. E.; FURTADO, R. S. de A. S.; BRAGA, A. P. B. **Estudo de crianças de 5 à 14 meses portadoras de visão subnormal atendidas na laramara de janeiro de 1995 à maio de 1999.** Disponível em: <<http://www.icevi.org/publications/icevix/wshops/0368.html#Top>>. Acesso em: 14 jun. 2005.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 3.

NEWTON, J. T. The readability and utility of general dental practice patient information leaflets: an evaluation. **Br. Dent. J.**, v. 178, p. 329-332, 1995.

NEWTON, L. H.; HALL, S. M. A survey of health education material for the primary prevention of congenital toxoplasmosis. **Commun. Dis. Rep. CDR Rev.**, v. 5, p. 21-27, 1995.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória:** possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem? Ijuí, RS: Ed. UNIJUÍ, 2000. 360 p.

NIETSCHE, E. A.; DIAS, L. P. M.; LEOPARDI, M. T. Tecnologias em Enfermagem: um saber em compromisso com a prática. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10., 1999, Gramado. **Anais...** Brasília: Aben-Nacional; Porto Alegre: Aben-RS, 1999.

NISIOKA, M. S. Retinopatia da prematuridade. Disponível em: <<http://mnsioka.sites.uol.com.br/oftalmo/fibroplasia/fibroplasia.html>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

OJEDA, C. C.; QUIROZ, F. G.; SOLARI, F. M. Estudio de los factores de riesgos de ceguera infantil y la participación del pediatra en su manejo. **Rev. Paediatrica**, v. 5, n. 1, p. 21-24, 2003.

OLIVEIRA, M. E. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 2, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista.html>>. Acesso em: 11 maio de 2005.

OLIVEIRA, M. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cenário distintos na assistência ao recém-nascido de baixo peso: da unidade de terapia intensiva à enfermaria mãe- canguru. **Rev. RENE**, v. 3, n. 2, p. 91-97, 2002.

OLIVEIRA, H. M. de; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Brás. Enferm.**, v. 6, n. 57, p. 761-763, 2004.

PAELE, S. O.; SILVA, M. J. P. da. Análise da comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomias por câncer de intestino em grupo focal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p.46-51, 2005.

PAGLIUCA, L. M. F. A arte da comunicação na ponta dos dedos - a pessoa cega. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, p. 127-137, 1996. N. Especial.

PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES M. L. Métodos contraceptivos comportamentais: tecnologia educativa para deficientes visuais. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 147-153, 1998

PALMEIRA, I. L. T.; SILVA, R. M. da; LOPES, M. V. de O.; FERNADES, A. F. C. Tecnologia audiovisual como instrumento de apoio na orientação para o auto-exame de mama. **Rev. RENE**, v. 5, n. 1, p. 62-67, 2004.

PARRA, N.; PARRA, I. C.da C. **Técnicas audiovisuais de educação**. 6. ed. rev. ampl. São Paulo: Pioneira, 1985. 203 p.

PAUL, C. L.; REDMAN, S.; SANSON-FISHER, R. W. Print material as a public health education tool. **Aust. N. Z. J. Public Health**, v. 22, p. 146-148, 1998.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.121-130, 2004.

PIAGET, J. **Abstração reflexionante**: relações lógico-aritméticas e ordem das relações espaciais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

PIAGET, J. **A epistemologia genética**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1978.

PINTO, J. B. Ação educativa através de um método participativo. In: Encontros de experiência de educação e saúde da região Nordeste. Natal. **Anais...** Brasília, Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1987.

RIBEIRO, P. de J.; AGUIAR, L. A. K. de; TOLEDO, C. F. de et al. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p.415-421, 2004.

RODRIGUES, L. V. **Percepção da família quanto à avaliação e estimulação visual da criança.** Monografia (Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará, 1999.

ROLIM, K. M. C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada.** Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

ROLIM, K. M. C.; CAMPOS, A. do C. S.; OLIVEIRA, M. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Sensibilizando a equipe de Enfermagem quanto ao binômio mãe-filho. **Enfermagem Atual**, n. 21, p. 30-33, 2004.

ROLIM, K. M. C.; ALENCAR, A. J. C. . O Cuidado ao binômio mãe e filho: um enfoque humanístico. **Revista de Pediatria do Ceará**, v. 4, n. 2, p.48-51, 2003.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Humanização na Unidade de Internação Neonatal: relato de experiência. **Pediatria Atual**, v. 16, n. 1/3, p. 12-14, 2003.

ROZEMBERG, B.; SILVA, A. P. P.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 18, p. 1685-1694, 2002.

RYAN, G. W.; MARTINEZ H.; PELTO G. H. Methodological segues for elevating local signs, symptoms, ill terms associated with a cute respiratory illness. **Arch. Med. Resp.**, v. 27, n.3, p 359-365, 1996.

SÃO PAULO. Secretaria de Educação. **O deficiente visual na classe comum.** São Paulo: SE/CENP, 1993.

SAWADA, N. O. **A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória.** Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

SCHAFFER, H. R. Acquiring the concept of the dialogue. In: BORNSTEIN, M. H.; KESSEN, W. (Org.). **Psychological development from infancy: image to intention.** New York: Wiley, 1979. p. 279-305.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro:** bases teóricas para o cuidado de enfermagem. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. BRUNNER,.; SUDDARTH, . **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002, v. 1, p.34-43.

SPALLICI, M.D.B. et al. Estudo de algumas variáveis maternas relacionadas com a prematuridade. **Rev. Med. HU-USP**, v. 10, n. 1, p. 10-14, 2000.

SILVA, G. R. F. **Manual educativo:** promovendo a saúde ocular da criança através da estimulação visual. Monografia (Graduação)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SILVA, G. R. F da.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores que intervêm o uso de óculos por escolares. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 19, p. 31-35, 2004.

SILVA, V. M.; LOPES, M. V. de O.; ARAUJO, T. L. de Validación de un recurso lúdico para educación en salud cardiovascular. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 20, n. 3, p. 2-8, 2004.

SNIR, M.; FRILING, R.; WEINBERGER, D.; SHERF, I.; AXER-SIEGEL, R. Refraction an keratometry in 40 week old premature(corrected age) and term infants. **Br. J. Ophthalmol.**, v. 88, p. 900-904, 2004.

SOLA, A. et al. Retinopatía de la prematuridade y oxigenoterapia: una relación cambiante. **An. Pediatr.**, v. 62, n. 1, p. 48-63, 2005.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual de follow-up do recém-nascido de alto risco: rotinas.** Rio de Janeiro: Nestlé, 1990.

SOUSA, R. A. **A saúde sexual e reprodutiva para surdos: análise de um modelo educativo.** 2002. 153 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Ceará, 2002.

SOUZA, K. M.; PAGLIUCA, L. M. F. Estimulação visual para recém-nascidos prematuros: intervenção de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 2, p. 189-206, 1998.

SOUZA, W. A. de; BOAS, O. M. G. da C. V. Orientação sobre o uso de vitamina A na saúde escolar: comparação de técnicas pedagógicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 183-190, 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.

STEFANELLI, M. **Comunicação com paciente teoria e ensino.** São Paulo: Ed. Robe, 1993.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. P. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto-risco.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1999.

TERAPIAS atuais na promoção da saúde-TAPS. Disponível em: <<http://www.taps.org.br>>. Acesso em: 20 jan. 2005.

TOMA, T. S. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl 2, p. 233-242, 2003.

TORRES, H. de C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p.1039-1047, 2003.

TOURIGNY, J. Les effects dune intervention educative preoperative surla conduits de parents defangs de trios a six ans peres duns le cadre dune chirurgic dun jour. **Can. J. Nurs. Res.**, v..30, p.135-159, 1998.

VAZ, F. A. C.; CECCON, M. E. J.; DINIZ, E. M. A. Infecção por *Chlamydia trachomatis* no período neonatal: aspectos clínicos e laboratoriais. Experiência de uma década: 1987-1998. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 45, n. 4, 1999.

VENÂNCIO, S. I.; ALMEIDA, H. de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 5(supl), p. 173-180, 2004.

ZAKRZEWSKA, J. M.; LEESON, R. M.; MCLUSKEY, M.; VICKERS, M. The development of patient information leaflets. Care of the mouth after radiotherapy. **Gerodontol.**, v. 14, p. 48-53, 1997.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S **Enfermagem obstétrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

ZIN, A. **Retinopatia da prematuridade**. Disponível em:<<http://www.cbo.com.br/cbo/sociedades/subnormal/artigos/cmtrat09.htm>>. Acesso em: jun. 2002.

WAISMAN, I.; LARRIESTRA, A.; ZABALO, S.; MONGIAT, M. **Factores de riesgo en la retinopatia del prematuro**. 2001. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/jornal/99-11.12/artseconsull.html>>. Acesso em: 7 maio 2005.

WERNECK, C. Meios de comunicação: a educação da inclusão e o deficiente. **Adolescente Latino-Americana**, v.1, n. 4, p. 1-5, 1999.

WINETT, R. A.; ANDERSON, E. S.; MOORE, J. F.; TAYLOR, C. D.; HOOK, R. J.; WEBSTER, D. A. et al. Efficacy of a home-based human immunodeficiency virus prevention videos program for teens and parents. **Health Edu.**, v. 3, n. 20, p. 555-567, 1993.

WRIGTH, K. W.; SPIEGEL, P. H. **Pediatric ophthalmology and strabismus**. 1<sup>st</sup> ed. St Louis: Mosby; 1999.

# APÊNDICES



## APÊNDICE B

**TERMO DE ESCLARECIMENTO(MÃES)**

Eu, Grazielle Roberta Freitas da Silva, enfermeira, venho por meio desta convidar você a participar de um estudo. Neste estudo iremos conversar um pouco sobre a visão do seu bebê.

Após a sua aceitação de participar deste estudo irei conhecer seu filho e você aqui mesmo neste hospital. Para isso irei preencher um formulário com sua idade, seu estado civil, onde e com quem mora.

Em seguida, irei explicar o que é a estimulação visual e como pode ser feita em casa por você ou outra pessoa que cuide do seu bebê. Após explicar o que é a estimulação lhe darei um manual sobre este assunto e você me dirá sua opinião sobre este material. Você irá me contar se pelo manual dá pra entender como faz a estimulação visual em casa. Para isso farei algumas perguntas e gravarei nossa conversa. Dessa maneira será muito importante sua participação neste estudo.

Caso aceite fique claro que seu nome não será revelado, você poderá deixar de participar deste estudo no momento que você desejar e ainda poderá ter acesso às informações relacionadas ao estudo. Não haverá risco pra você e sua participação não será remunerada.

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: *Estimulação visual: prática educativa com mães na enfermaria mãe-canguru*.

Fortaleza,        de        de 2004.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

**GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA**  
**RUA FAGUNDES VARELA, nº 725**  
**BAIRRO MARAPONGA CEP 60710-270**  
**FONES: 495-4637/8803-4866**

O comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação a sua participação no referido estudo.

COMEPE-(85)3288-8388

## APÊNDICE C

### TERMO DE ESCLARECIMENTO(ESPECIALISTA)

Eu, Grazielle Roberta Freitas da Silva, enfermeira, aluna regular do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, venho por meio deste lhe convidar a participar de um estudo intitulado: Estimulação visual: prática educativa com mães na enfermaria mãe-canguru. Trata-se da minha dissertação que objetiva avaliar a aplicação de um manual como recurso para educação em saúde ocular com ênfase na estimulação visual no lar para mães de crianças prematuras.

Após a sua aceitação em participar deste estudo irei entregar-lhe um manual sobre estimulação visual e um instrumento para que este recurso seja avaliado como material educativo.

Dessa forma será muito importante sua participação neste estudo, pois o manual será reformulado segundo suas sugestões, para posteriormente ser aplicado junto às mães internadas na enfermaria mães-canguru de duas maternidades públicas da cidade de Fortaleza.

Será garantido-lhe enquanto sujeito da pesquisa:

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 após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: *Estimulação visual: prática educativa com mães na enfermaria mãe-canguru*.  
Fortaleza, de de 2004.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

**GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA**  
**RUA FAGUNDES VARELA, nº 725**  
**BAIRRO MARAPONGA CEP 60710-270**  
**FONES: 495-4637/8803-4866**

O comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações em relação a sua participação no referido estudo. **COMEPE-(85)3288-8388**

APÊNDICE D  
INSTRUMENTO /ESPECIALISTAS

Nº \_\_\_\_\_

**1. Identificação**

Nome:

Cargo na instituição:

Idade:                      Sexo:

Titulação: Doutorado( ) Mestrado( ) Especialização ( )

Tema da tese: Tecnologia( ) Saúde Ocular( ) Outro( ) \_\_\_\_\_

Tema da dissertação: Tecnologia( ) Saúde Ocular( ) Outro( ) \_\_\_\_\_

Publicação de pesquisa envolvendo que temática? Tecnologia( ) Saúde Ocular( )

Participação em grupos de pesquisa? Tecnologia( ) Saúde Ocular( )

**2. Avaliação do manual**

Instrução: Gostaria que o Sr.(a) inicialmente lesse o manual e em seguida avaliasse os seguintes aspectos:

a) O material proporciona as informações de maneira clara e adequada?

( )Sim ( )Não ( )Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

b) O material possui informações cientificamente corretas?

( )Sim ( )Não ( )Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

c) Falta alguma informação na capa, contracapa, índice e/ou agradecimentos?

( )Sim ( )Não ( )Em parte

Qual?: \_\_\_\_\_

d) Existe seqüência do conteúdo proposto?

( )Sim ( )Não ( )Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

e) Cada tópico tem tamanho adequado?

( )Sim ( )Não ( )Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

f) A ortografia e a concordância estão corretas?

( )Sim ( )Não ( )Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

g) O texto é claro?

Sim  Não  Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

h) o vocabulário é objetivo?

Sim  Não  Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

i) As ilustrações são adequadas e suficientes?

Sim  Não  Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

j) O material (papel, impressão ) é apropriado?

Sim  Não  Em parte

Sugestão: \_\_\_\_\_

l) O número de paginas é adequado?

Sim  Não  Em parte

Sugestões: \_\_\_\_\_

m) Referente à temática central (estimulação visual) faltou ser abordado algum item?

Sim  Não  Em parte

Qual?: \_\_\_\_\_

OUTRAS SUGESTÕES:

--

APÊNDICE E  
INSTRUMENTO/MÃES

Nº \_\_\_\_\_

**1. Identificação**

Nome:

Idade:

Grau de instrução:

**2. Avaliação do manual?**

- a) O que achou deste manual?
- b) O que achou do texto?
- c) O que achou dos desenhos?
- d) Esse manual foi importante para você entender como fazer a estimulação visual?
- e) Você tem algo a mais para falar sobre este material?