

## **Núcleo de Pesquisa e Extensão (Nupex)**

**Curso: Medicina**

**Equipe:**

Professor Coordenador: Maurício Borges Loureiro Celino

Alunos: Lílian Góis Gonçalves

Maria Eugênia Batista Gadelha de Oliveira

Maria Helena Vasconcelos de Almeida

Thaís Tenório Abreu

# **NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O TESTE DO OLHINHO**

**Relatório de Pesquisa**

**Campina Grande**

**2011**

**Maurício Borges Loureiro Celino**

## **NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O TESTE DO OLHINHO**

Relatório de pesquisa apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

**Campina Grande**

**2011**

## SUMÁRIO

1 – Introdução -----	pág. 04
2 – Justificativa -----	pág. 06
3 – Objetivos -----	pág. 07
4 – Fundamentação teórica-----	pág. 08
5 – Metodologia -----	pág. 13
6- Apresentação dos resultados -----	pág. 14
7- Conclusão -----	pág. 17
8 – Referências -----	pág. 14
9 – Anexos -----	pág. 15

## 1- Introdução

A visão é responsável pela captação da maioria das informações do meio ambiente pelo cérebro. A sua ausência, desde os primeiros dias de vida, causa grande prejuízo ao desenvolvimento neuropsicomotor global da criança, com perda importante na aquisição de conceitos básicos para as funções motoras, para a aquisição da linguagem e na integração social. Afeta, ainda, os aspectos psicológicos, com repercussão em todas as etapas da vida.

A cegueira da criança gera, também, ônus social e financeiro de alta complexidade, que intervém muito no orçamento familiar e público, ocasionando custos mais elevados que a cegueira no adulto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que haja no mundo cerca de 1,5 milhão de crianças cegas. A prevalência de cegueira em crianças pode variar segundo estimativas de 100/100.000 indivíduos no Quênia até 9/100.000 no Reino Unido ou Estados Unidos. A cada ano, aproximadamente, meio milhão de crianças fica cegas no mundo.

Nos países em desenvolvimento, a situação é mais preocupante: neles se encontram 80% dos casos de cegueira existentes no mundo; 66% são compostos de casos preveníveis ou curáveis.

O total de adultos cegos no mundo é maior do que o total de crianças cegas. Porém, o total de anos que um indivíduo ficará cego desde a infância é maior do que de uma pessoa adulta que adquiriu cegueira mais tardiamente.

O Brasil tem aproximadamente uma população de 190 milhões de habitantes, destes, 54 milhões (30%) são crianças (população com menos de 15 anos de idade). Trata-se de um país de economia intermediária com a prevalência de cegueira em torno de 0,6/1.000 casos, existindo 32 mil crianças cegas e 3 a 4 vezes este número de casos com baixa visão.

A prevalência e as causas da cegueira variam de acordo com aspectos socioeconômicos, com a presença de cuidados primários neonatais e pediátricos, com serviços hospitalares, recursos técnicos adequados e recursos humanos bem treinados.

A maioria das causas de cegueira é desconhecida ou idiopática, seguida de causas hereditárias da primeira infância e de causas perinatais. Muitas condições relacionadas à cegueira estão associadas ao aumento da mortalidade infantil, tais como prematuridade, sarampo, rubéola e toxoplasmose congênita. No Brasil, predominam a

toxoplasmose congênita, retinopatia da prematuridade e catarata. Estas últimas são responsáveis por aproximadamente 45% dos casos.

O teste do reflexo vermelho ou exame do olhinho faz parte das estratégias de prevenção da cegueira na criança. Trata-se do mais importante teste de triagem visual dos recém-nascidos para a detecção precoce principalmente das leucocorias (pupila branca), como também outras patologias que cursem com opacidade das estruturas oftalmológicas.

A leucocoria pode ocorrer na criança devido a várias causas, geralmente graves, como catarata congênita, glaucoma congênito, retinopatia da prematuridade, retinoblastoma (tumor maligno mais frequente da infância), persistência do vítreo primário hiperplásico e doença de Coats, que se não forem diagnosticadas e tratadas precocemente, contribuirão para um prognóstico visual bastante reservado.

## **2- Objetivos**

### *Objetivo Geral:*

Avaliar o nível de conhecimento das mães que deram à luz no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) a respeito do teste do olhinho,

### *Objetivos Específicos:*

Avaliar o nível de conhecimento sobre o teste do olhinho de acordo com a faixa etária materna;

Avaliar o nível de conhecimento sobre o teste do olhinho de acordo com o nível de escolaridade materna;

Avaliar o nível de conhecimento sobre o teste do olhinho de acordo com a profissão materna;

Verificar se existe relação entre os antecedentes familiares patológicos e as patologias preveníveis pelo teste do olhinho;

Relacionar os antecedentes peri e pré-natais com as patologias preveníveis pelo teste do olhinho;

### 3 – Justificativa

De acordo com a OMS a magnitude do problema da cegueira é calculada pelo número de crianças cegas estimadas, multiplicado pelos anos de expectativas de vida. Por exemplo, estima-se que haja no mundo cerca de 1,5 milhão de crianças cegas. Então, um e meio milhão de crianças cegas multiplicado por 50 anos de expectativa de vida tem-se um resultado igual a 75 milhões de anos de cegueira. Este resultado ocupa o segundo lugar em anos de cegueira, perdendo apenas para a catarata. Deste total de casos de cegueira, cerca de 100 mil encontram-se na América Latina.

Urgência nas intervenções de prevenção à cegueira na criança e de restabelecimento visual precoce, com diagnóstico e tratamento adequados são metas utopicamente desejadas por todos os oftalmologistas.

Apesar dos altos índices de cegueira há pouca mobilização para mudar essa realidade, a exemplo da não obrigatoriedade e divulgação do teste do olhinho que constitui um exame de rápida realização, baixo custo e que pode ser executado por qualquer profissional de saúde treinado. Portanto, diagnóstico e tratamento precoces não seriam utópicos com a realização desse teste ao nascimento.

Esta pesquisa foi realizada com o intuito de avaliar o nível de conhecimento das mães sobre o teste do olhinho para, futuramente, melhor informá-las sobre sua real importância. Além disso, difundir o fato de que a realização precoce do teste pode prevenir a cegueira.

### 4 - Fundamentação Teórica

A visão, entre os órgãos dos sentidos, é a de maior importância para a interação do ser humano. É um sistema altamente sofisticado e de grande complexidade que graças aos órgãos que o integram permite a percepção de imagens.

Conforme Kara (2009), uma criança é considerada cega pela OMS, *se tiver acuidade visual (AV) corrigida no melhor olho < 3/60 (20/400) ou campo visual central < 10°. Considerada como baixa visual grave se AV < 6/60 (20/200) no melhor olho.*”

Algumas causas de cegueira congênita podem ser diagnosticadas com o teste do olhinho. Durante esse teste é usada uma fonte de luz para se observar o reflexo que vem das pupilas. Para isso, deve-se usar um aparelho denominado oftalmoscópio direto que

permite ao médico visualizar o reflexo da luz incidida no olho da criança. A sala do exame deve ser escurecida e o oftalmoscópio deve ser posicionado a uma distância de aproximadamente 30 cm de cada olho do bebê. Vale salientar que a luz usada no aparelho tem baixa intensidade e não provoca nenhum dano para a criança que está sendo examinada.

Dada a importância do assunto, o Grupo Pet-Medicina da Universidade Federal do Ceará, por exemplo, iniciou um projeto para tentar tornar obrigatório o Teste do Olhinho naquele Estado. Ao discorrer sobre o tema, abordaram a seguinte situação:

*Quando as principais estruturas do olho da criança encontram-se normais em relação à sua transparência natural, dentre elas a córnea, o cristalino e o humor vítreo, o reflexo luminoso do olho apresenta-se normalmente vermelho, podendo variar pelo laranja ou amarelo dependendo da pigmentação da retina. Essa propriedade deve-se à capacidade da retina em refletir a luz incidida sobre ela. O princípio desse reflexo pode ser exemplificado quando fotografamos pessoas em momentos casuais e notamos que seus olhos apresentam-se vermelhos. Sua cor vermelha é explicada pela presença de inúmeros vasos sanguíneos nessa região do olho. Quando a transparência das estruturas oculares não está normal, geralmente não se observa o reflexo vermelho, ao invés disso verifica-se uma opacificação (mancha branca) do meio.*

O Teste do Olhinho é realizado em ambos os olhos e um importante fator é sua simetria. A comparação dos reflexos pode fornecer informações sobre outros problemas oculares como, por exemplo, diferenças de grau entre os dois olhos e também o estrabismo.

É recomendável que esse teste seja feito, de acordo com Kara (2009), *nos primeiros 3 meses de vida, visto que este é o período crítico do desenvolvimento sensorial da visão, sendo repetido em toda consulta pediátrica e oftalmológica. Pode ser realizado no berçário pelo neonatologista e pediatra e antes da alta da maternidade e pelo oftalmologista ou enfermeira capacitada em saúde ocular.* Segundo o referido autor atualmente, no Brasil, já existe legislação determinando a obrigatoriedade do teste

especificamente nos Estados do Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, no Distrito Federal e no Município de Porto Alegre.

A Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica marcou presença em Brasília na reunião no Senado realizada em setembro de 2007, com a proposta de esclarecer a importância do projeto de Lei que torna obrigatória a realização do teste do olhinho em toda criança do território nacional.

As principais doenças detectadas pelo teste do olhinho são:

#### **a) Catarata Congênita**

A catarata, definida por Kanski (2008),

*é uma opacificação do cristalino, lente natural transparente que possuímos dentro do olho com a função de focalizar os objetos. Essa alteração impede ou dificulta a chegada dos raios solares até a retina, o que prejudica a visão. Normalmente, essa deficiência pode ser amenizada, ou corrigida, com a realização de cirurgias, porém, quando acomete crianças, há o risco de esta disfunção tornar-se irreversível pelo desenvolvimento de ambliopia (desenvolvimento anormal da capacidade de enxergar sem que haja lesão orgânica proporcional à baixa visual), sendo necessário um urgente tratamento.*

As cataratas congênicas estão associadas a uma gama de doenças genéticas raras e de causas metabólicas, como: infecção congênita, genética, galactosemia, síndrome de Down, trauma, consideradas as mais comuns.

O principal sinal apresentado pela criança com catarata congênita é a leucocoria (reflexo pupilar branco), mas pode também manifestar-se pelo estrabismo, nistagmo (oscilações repetidas e involuntárias rítmicas de um ou ambos os olhos) e microftalmia (desenvolvimento anormal do globo ocular).



A maioria das cataratas congênitas é percebida em exame de rotina de neonatos saudáveis, quando não apresentam o reflexo vermelho ou quando apresentam, à oftalmoscopia - mancha densa no reflexo vermelho.

### **b) Glaucoma Congênito**

*Glaucoma Congênito é uma doença rara, de manifestação predominantemente bilateral, hereditária, caracterizada pelo aumento da pressão intraocular, com evolução muitas vezes assimétrica, que atinge com maior frequência indivíduos do sexo masculino é uma das principais causas de cegueira na infância. O reconhecimento precoce é essencial para evitar a cegueira permanente (KANSKI, 2008).*

A criança com glaucoma congênito costuma apresentar lacrimejamento, dificuldade em tolerar a claridade, perda do brilho da região da íris – que passa a aparentar uma coloração mais azulada e opaca - e aumento do volume do globo ocular.

O diagnóstico precoce, aliado ao tratamento adequado, são as únicas formas de preservar a visão e manter a qualidade de vida do portador de glaucoma congênito.

### **c) Retinopatia da Prematuridade**

A Retinopatia da Prematuridade é uma alteração no crescimento da retina, que está indiretamente ligada à idade gestacional e ao peso no nascimento do prematuro. Isto é, quanto mais prematuro e menor o peso de bebê, maior a probabilidade de aparecerem as alterações da prematuridade na retina.

*Além do nascimento pré-termo e da oxigenioterapia, incrementam o risco para a retinopatia da prematuridade fatores como displasia bronco-pulmonar, nutrição parenteral, transfusões sangüíneas, intubação precoce, duração da ventilação mecânica, hipotensão, hipoglicemia, infecções e baixo ganho de peso (KANSKI, 2008).*

Observa Kara (2009) que, *superada apenas pelo glaucoma congênito, a retinopatia da prematuridade assume o segundo lugar no ranking das principais oftalmopatias responsáveis pela cegueira infantil no Brasil.*

#### **d) Retinoblastoma**

O Retinoblastoma é um tumor intra-ocular maligno mais comum na infância e constitui-se de células embrionárias localizadas na retina. Esse tumor pode ser verificado em crianças independente de sexo ou de raça. À semelhança de outros tumores, ele tem como causa uma mutação, isto é, uma modificação errada e casual feita em nosso material genético.

Sobre esse aspecto, Kanski (2008) afirma o seguinte:

*Casos hereditários, geralmente ocorrem em indivíduos mais jovens e são bilaterais, com mais de um tumor no olho. A sua incidência é de cerca de 1 a cada 20.000 nascidos vivos. O retinoblastoma pode apresentar-se ao nascimento, mas a média de idade de apresentação é aos 8 meses para os casos com doença hereditária e aos 25 meses para os casos esporádicos; 90% dos casos apresentaram-se aos 3 anos de idade, sendo o tumor extremamente raro após os 7 anos de idade.*

A apresentação dá-se no primeiro ano de vida nos casos bilaterais e por cerca dos 2 anos de idade se o tumor for bilateral. Pode apresentar-se com: leucocoria, estrabismo, glaucoma secundário, inflamação da órbita, invasão orbitária com proptose e invasão óssea, doença metastática e pressão intracraniana elevada.

Quanto ao Retinoblastoma em si, conforme grande parte dos autores, é um tumor que pode não se restringir ao olho. Ele tem a capacidade de se espalhar, chegando a regiões do cérebro e aos ossos, onde prejudicará outros sentidos, a percepção da criança sobre o que se passa à sua volta e até o seu sistema locomotor.

#### **e) Persistência do Vítreo Primário Hiperplásico**

*Persistência hiperplásica do vítreo primitivo (PHVP) é um desenvolvimento anormal, afetando crianças, resultante da falha de regressão do vítreo primitivo (espaço entre o cristalino e a retina durante as quatro primeiras semanas de gestação) e dos vasos hialóides, com proliferação de tecido conectivo. A*

*PHPV pode ter três variações: uma anterior, outra posterior e uma terceira com a combinação das duas (KANSKI, 2008).*

A etiologia permanece desconhecida na maioria dos casos, porém a presença de alguns relatos em familiares sugere a possibilidade de herança autossômica dominante ou recessiva.

Clinicamente manifesta-se como uma leucocoria em um olho de dimensões reduzidas. Leucocoria, descolamento de retina, pregas retinianas e catarata podem confundir PHVP com outras afecções oculares que têm achados semelhantes.

#### **f) Doença de Coats**

Para Kanski (2008) a doença de Coats é uma *telangiectasia retiniana idiopática e não-hereditária, com exsudação intra-retiniana e sub-retiniana, e frequentemente com descolamento de retina exsudativo*. De acordo com este autor, *aproximadamente, 75% dos pacientes são do sexo masculino e ampla maioria tem envolvimento de apenas um olho*.

É uma condição em que há desenvolvimento anormal dos vasos que irrigam a retina. Os vasos ficam dilatados, e ocorre extravasamento do soro sanguíneo para a porção posterior do olho. A retina fica então edemaciada, podendo ocorrer o seu descolamento total ou parcial. Pode ter apresentação também como múltiplos aneurismas dos vasos retinianos, que causam degeneração dessa estrutura ocular.

A doença geralmente começa a se desenvolver aos 5 anos de idade, porém já foi diagnosticada em bebês de até 4 meses. É uma enfermidade progressiva, ou seja, desenvolve-se lentamente. Portanto, a detecção precoce é extremamente importante para que seja possível salvar a visão da criança. Se a doença avançar muito, ocorre perda total da visão. Em estágio final, a enucleação (retirada do olho) é um potencial desfecho.

## 5 – Metodologia

O presente estudo classifica-se como exploratório e descritivo. Exploratório porque, com base em Gil (2002), tem como objetivo *proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito*, além do aspecto de *aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições*. É descritivo porque, conforme este autor, destina-se *a descrever as características de determinada população*.

Este estudo foi realizado na cidade de Campina Grande, no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA que atende, além da população campinense, a população das áreas circunvizinhas.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (anexo 1) semi-estruturado e pré-codificado para processamento eletrônico. O referido questionário foi aplicado mediante entrevistas pessoais com as pacientes do ISEA após o parto, durante sua internação. A equipe de coleta de dados foi composta por quatro estudantes do nono período do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM-CG.

Estimando-se que o número anual de partos realizados no ISEA é de aproximadamente 4.500, foi dimensionada, com base em H. Arkin e R. Colton, no livro *Tables for Statisticians*, uma amostra de 367 parturientes com um nível de significância de 95,5% e de erro para mais ou para menos de 5%.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre os meses de janeiro de 2010 a março de 2011. Após o processamento os dados foram analisados e apresentados na forma tabular e gráfica.

Foram incluídas no projeto as parturientes que deram à luz no ISEA durante o período da pesquisa com filhos nascidos vivos e que aceitaram participar de maneira voluntária. E foram excluídas aquelas puérperas internadas na maternidade para outros procedimentos que não o parto ou aquelas que se opuserem a participar da pesquisa.

Antes da realização da entrevista as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2) exigido pelo comitê de ética.

A fim de favorecer sua análise, os dados foram agrupados em tabelas com a utilização de freqüências relativas.

## 6- Resultados/Conclusões

A apresentação dos resultados é feita considerando a ordem das perguntas formuladas, cujas respostas estão contidas em tabelas numeradas de 01 a 07 e apresentadas em anexo a este relatório.

São os seguintes:

A maioria das puérperas (60,2%) já ouviu falar sobre o teste do olhinho (Tabela 1) porém, questionadas sobre a serventia do teste, 56,9% das entrevistadas disseram que não sabiam para que serve o teste e 38,9% responderam de forma errada. Chama a atenção o fato de que somente 4,2% têm conhecimento da sua real importância (Tabela 2).

Pela maioria das respostas, 59%, a principal fonte de informação para conhecimento sobre o teste foram os meios de comunicação (Tabela 3). Outras fontes, como ISEA, PSF e outras, também foram apontadas. Ao se tentar estabelecer uma comparação com o teste do pezinho, pode-se constatar que todas as mulheres pesquisadas tinham conhecimento do teste do pezinho.

Na tabela 4 estão descritos os níveis de escolaridade das pesquisadas de onde se pode observar que a maioria é composta por mulheres que possuem o “curso fundamental incompleto”. Seguem essa indicação, com 19,1%, as puérperas que completaram o “ensino médio” e, com 12,8%, o “curso fundamental completo”. 10,4% são formados por mulheres com o ensino médio incompleto. O cruzamento das informações para verificar a relação entre nível de escolaridade e conhecimento sobre o teste do olinho sugeriu a inferência de que “quanto mais elevado o nível de escolaridade, menor o percentual de puérperas que desconhecem o teste”.

No tocante à profissão das entrevistadas, por incidência de frequência, a maioria (56,1%) é formada por puérperas desempregadas e/ou ocupadas com tarefas domésticas. Segue essa indicação, com 23,7%, as mulheres dedicadas à agricultura. As demais não alcançaram uma frequência relativa de maior significância (Tabela 5)

Na busca de se descobrir uma relação entre o conhecimento do teste do olinho e a profissão das parturientes, se chegou à conclusão de que “não existe relação entre o nível de conhecimento do teste do olhinho e a profissão das puérperas”.

Este estudo observou, também, que todas as puérperas com história familiar positiva de doenças que cursam com cegueira como catarata congênita (0,5%) e retinoblastoma (1,4%) já haviam ouvido falar sobre o teste (Tabela 6).

Por último, as puérperas foram questionadas a respeito da realização do pré-natal onde se obteve respostas relacionadas ao conhecimento do teste do olinho, cujas indicações sugerem a conclusão de que “não foi identificada relação entre a realização do pré-natal e o nível de conhecimento do teste”.

À guisa de conclusão chega-se à inferência de que, apesar de muitas puérperas já terem ouvido falar do Teste do Olhinho, poucas sabem realmente para que serve e por esse motivo não o cobra dos profissionais de saúde.

Para melhorar essa realidade, torna-se necessária maior divulgação do tema, acerca não apenas de sua existência como também de sua importância e necessidade de realização. Só assim as mães saberão da relevância do mesmo e passarão a solicitar sua realização com maior frequência prevenindo, dessa forma, muitos casos de cegueira infantil.

## 7 – Referências

1. GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.
2. KARA, Nilton José. **Saúde coletiva e prevenção ocular da cegueira**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009.
3. KANSKI, Jack. **Oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
4. SPALTON, David. **Atlas de oftalmologia clínica**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
5. Universidade Federal do Ceará. Grupo Pet-Medicina. **Teste do olinho**. Disponível em: < [http://www.testedoolhinho.ufc.br/informa/o\\_que\\_e\\_o\\_teste](http://www.testedoolhinho.ufc.br/informa/o_que_e_o_teste). >. Acessado em 06 abr. 2011.
6. VAUGHAM, Daniel. et all. **Oftalmologia geral**. 15.ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

## 8 - Anexos

### Anexo 1

#### PROTOCOLO PARA PESQUISA

Nº do prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_

#### Dados da Mãe:

1 - Idade: \_\_\_\_\_ 2 - Cor: \_\_\_\_\_ 3 - Naturalidade: \_\_\_\_\_

4 - Estado civil: \_\_\_\_\_ 5 - Escolaridade: \_\_\_\_\_

6 - Profissão: \_\_\_\_\_

7 - Local de residência: a.  Campina Grande b.  Outro Município

8 - Antecedentes Familiares: a. Catarata Congênita  b. ROP  c. Glaucoma Congênito  d. Retinoblastoma  e. Outros  f. Não sabe informar

9 - Se sim, qual o parentesco com a mãe: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Peri e Pré-natais

10 - A mãe ingere bebida alcoólica? a. Sim  b. Não  c. Às vezes

11 - A mãe fuma? a. Sim  b. Não

12 - A mãe utilizou algum medicamento durante a gestação? a. Sim  b. Não  c. Qual? \_\_\_\_\_

13 - A mãe fez pré-natal? a. Sim  b. Não  c. Número de consultas: \_\_\_\_\_

14 - A mãe tomou vacina para rubéola? a. Sim  b. Não

15 - A mãe teve rubéola durante a gravidez? a. Sim  b. Não

16 - Infecção na gravidez: a. Sim  b. Não  c. Qual? \_\_\_\_\_

17 - Gestações: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Natimorto: \_\_\_\_\_ Nascidos vivos: \_\_\_\_\_

18 - Tipo de parto: a. Vaginal  b. Cesáreo

19 - Complicação no parto: a. Sim  b. Não

#### Dados da Criança

20 - A termo  Pré- termo  Pós- termo

21 - Semanas ao nascimento: USG \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_\_

22 - Mal formação: \_\_\_\_\_

23 - Infecção ao nascer: \_\_\_\_\_

24 - A criança usou incubadora de oxigênio? a. Sim  b. Não ( )

25 - Quanto tempo: \_\_\_\_\_

26 - Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

27 - Sexo: a. M  b. F  28 - APGAR: a. 5m: \_\_\_\_\_ b. 10m: \_\_\_\_\_

29 - Já ouviu falar no teste do pezinho? a. Sim  b. Não

30 - Já ouviu falar no teste do Olhinho? a. Sim  b. Não

31 - Pra que serve? \_\_\_\_\_

32 - Como tomou conhecimento do teste? \_\_\_\_\_

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, cidadão brasileiro, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Nível de conhecimento sobre o teste do olhinho” sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a): Lílian Góis, Maria Eugênia Batista, Maria Helena Vasconcelos e Thaisa Tenório Abreu.

(O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informada pela pesquisadora, de que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de transmissão de informações sobre o teste do olhinho.
2. Seu objetivo é Avaliar o nível de conhecimentos a respeito do teste do olhinho, das mães que deram à luz no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).  
Os dados serão coletados através das seguintes técnica e instrumentos: perguntas objetivas através de questionários
3. Minha participação é voluntária, gratuita e sem remuneração, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
4. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais.
5. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone 88226973.
6. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.  
Os riscos e benefícios desta pesquisa serão: nenhum risco aos pacientes e benefício de informações/conhecimento sobre o teste do olhinho.
7. O sujeito da pesquisa poderá se recusar a responder alguma questão que lhe seja constrangedora.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador(a)



**Tabela 1 - Já ouviu falar no teste do olhinho?**

Respostas	n	%
<b>TOTAL</b>	367	100
<b>Sim</b>	220	60,2
<b>Não</b>	147	39,8

**Tabela 2 – Para que serve o Teste do Olhinho**

Respostas	n	%
<b>TOTAL</b>	220	100
<b>Não sabem</b>	125	56,9
<b>Responderam erroneamente</b>	86	38,9
<b>Responderam corretamente</b>	9	4,2

**Tabela 3 - Como tomou conhecimento sobre o teste?**

Respostas	n	%
<b>TOTAL</b>	220	100
<b>Meios de Comunicação</b>	130	59,0
<b>ISEA</b>	29	13,1
<b>PSF</b>	28	12,6
<b>Outros</b>	33	15,3

**Tabela 4 – Nível de escolaridade X Conhecimento do teste do Olhinho**

Escolaridade	Já ouviu falar no Teste do Olhinho?		Total
	SIM	NÃO	
<b>TOTAL (n: 367)</b>	100%	100%	100%
<b>Fundamental Completo</b>	14,5%	10,3%	12,8%
<b>Fundamental Incompleto</b>	47,1%	63,0%	53,4%
<b>Ensino Médio Completo</b>	21,7%	15,1%	19,1%
<b>Ensino Médio Incompleto</b>	12,7%	6,8%	10,4%
<b>Superior Completo</b>	1,8%	7%	1,4%
<b>Superior Incompleto</b>	5%	0,0%	3%
<b>Curso Técnico</b>	5%	0,0%	3%
<b>Analfabeta</b>	1,4%	4,1%	2,5%

**Tabela 5 – Profissão X Conhecimento do Teste do Olhinho**

Profissão	Já ouviu falar no Teste do Olhinho?		Total
	SIM	NÃO	
<b>TOTAL (n: 367)</b>	100%	100%	100%
<b>Do Lar/ Desempregada</b>	54,3%	58,9%	56,1%
<b>Agricultora</b>	23,1%	24,7%	23,7%
<b>Estudante</b>	3,2%	3,4%	3,3%
<b>Outras</b>	19,5%	13,0%	16,9%

**Tabela 6 – Antecedentes familiares X Conhecimento do teste do Olhinho**

Antecedentes Familiares	Já ouviu falar no Teste do Olhinho?		Total
	SIM	NÃO	
<b>TOTAL (n: 367)</b>	100%	100%	100%
<b>Nenhum</b>	95,9%	93,9%	95,1%
<b>Catarata Congênita</b>	5,0%	0,0%	3,0%
<b>Retinoblastoma</b>	1,4%	0,0%	8,0%
<b>Outras</b>	2,3%	6,2%	3,8%

**Tabela 7 – Realização do pré-natal X Conhecimento do teste do Olhinho**

<b>A mãe fez pré-natal?</b>	<b>Já ouviu falar no Teste do Olhinho?</b>		<b>Total</b>
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
<b>TOTAL (n: 367)</b>	100%	100%	100%
<b>Completo (6 ou mais consultas)</b>	79,2%	79,5%	79,3%
<b>Incompleto (menos de 6 consultas)</b>	19,5%	19,2%	19,3%
<b>Não fez</b>	1,4%	1,4%	1,4%

