

Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores

Eye health attention of children with developmental disorders in early intervention services: barriers and facilitators

Gabriela Cordeiro Corrêa do Nascimento¹, Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo²

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores que influenciam na detecção precoce de deficiência visual e o início da intervenção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento. **Métodos:** O estudo constituiu-se de levantamento, exploratório e descritivo, que contou com a aplicação de questionários com representantes institucionais, profissionais da equipe dos serviços de intervenção precoce e mães ou cuidadores das crianças atendidas. Os dados receberam tratamento estatístico através dos softwares Sistema de Análise Estatística SAS 9.3, *Wolfram Mathematica* e *Microsoft Excel*. A amostra constituiu-se de 434 sujeitos (19 representantes institucionais, 142 profissionais dos serviços e 273 mães/cuidadores das crianças atendidas). **Resultados:** A análise dos resultados revelou valores estatísticos de p -valor=0,0119 para a realização do teste do olhinho no que se refere ao início da intervenção precoce. A mãe recebe orientação quanto ao desenvolvimento da visão que obteve valores de p -valor=0,0106 para início da intervenção oportuna e valores de p -valor=0,0061 para primeira consulta ao oftalmologista. **Conclusão:** Realizar o teste do olhinho constituiu-se fator facilitador para o início da intervenção precoce e ter uma deficiência exclusivamente visual e frequentar instituição privada como barreira. A entrada tardia em serviço de intervenção precoce afeta negativamente a idade da primeira consulta oftalmológica. A mãe recebe orientação quanto ao desenvolvimento da visão que revelou-se fator facilitador para a primeira consulta ao oftalmologista e para início da intervenção oportuna. O campo da saúde ocular constitui-se demanda da saúde pública e requer ações e programas educativos direcionados aos familiares, profissionais e gestores institucionais.

Descritores: Saúde ocular; Intervenção precoce (Educação); Deficiências do desenvolvimento; Criança

ABSTRACT

Objective: To identify factors that influence on the early detection of visual impairment and in early intervention onset for children with developmental disorders. **Methods:** The study consisted of a exploratory and descriptive survey, which included the use of questionnaires with institutional representatives, professional team of early intervention and mothers or caregivers of children served in these services. The data received statistical analysis through software SAS Statistical Analysis System 9.3, *Wolfram Mathematica* and *Microsoft Excel*. The sample consisted of 434 subjects (19 institutional representatives, 142 professionals of the early intervention services and 273 mothers/caregivers of children served). **Results:** The results showed statistical values of $p=0.0119$ for the realization of eye test with regard to the beginning of early intervention. The mother receive guidance on the development of vision obtained values of p -value=0.0106 for early intervention start and values of $p=0.0061$ for the first visit to the ophthalmologist. **Conclusion:** Realise the eye test constitutes as a facilitating factor for the onset of early intervention and have an exclusively visual impairment and attend private institution as a barrier. Late entry into early intervention service adversely affects the age of first ophthalmologic consultation. The mother receive guidance on the development of vision showed as a facilitating factor for the first visit to the ophthalmologist and start of timely intervention. The field of eye health constitutes as public health demand and requires attention to actions and educational programs directed to families, professionals and institutional managers who provide services to children.

Keywords: Eye health; Early intervention (Education); Developmental disabilities; Child

¹ Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Paraná – Curitiba (PR), Brasil;

² Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil;

Instituição onde foi realizado o estudo: Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

¹O estudo está aninhado em uma pesquisa ampla que investigou a “Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento no município de Curitiba-PR”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM- UNICAMP), sob o parecer de nº 131.74 de outubro de 2012.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido para publicação em 18/05/2016 - Aceito para publicação em 27/07/2016

INTRODUÇÃO

A Organização mundial da Saúde (OMS) estima que 4,25% da população mundial (aproximadamente 285 milhões de pessoas) são acometidas por algum grau de deficiência visual, sendo que 80% dos casos de deficiência visual são evitáveis, podendo ser prevenidos ou curados⁽¹⁾. No Brasil, o Censo 2010 apontou que a deficiência visual severa foi a que mais incidiu sobre a população brasileira, chegando a 3,5% dos que declararam apresentar nenhuma capacidade ou grande dificuldade para enxergar⁽²⁾. No município de Curitiba (PR) a incidência de pessoas com algum grau de deficiência visual chegou a 15,3% da população total (aproximadamente 268 mil pessoas)⁽³⁾. Contudo, o mesmo levantamento não indica dados referentes a pessoas com múltiplas deficiências.

A ausência total ou parcial da visão na infância pode interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e na aquisição da linguagem da criança, que, por sua vez, são aspectos fundamentais para o processo de independência do indivíduo⁽⁴⁾.

Assim, a necessidade de reconhecer o campo da saúde ocular como uma demanda de saúde pública é descrita por diversos autores⁽⁵⁻⁸⁾, principalmente devido aos profundos impactos que as alterações visuais acarretam na vida da pessoa, da família e da sociedade⁽⁶⁻⁸⁾.

As práticas de saúde ocular buscam a disseminação de conhecimentos fundamentais com vistas ao fortalecimento tanto em nível individual quanto coletivo, sendo necessária postura participativa da população, “conduzindo à construção de práticas transformadoras do quadro atual”⁽⁹⁾. Os autores concluem que, envolvendo conhecimentos multidisciplinares acerca da área da saúde ocular e colocando-os ao alcance da população, expande-se o horizonte de construção de novas políticas públicas de promoção da saúde ocular, bem como de novos conhecimentos e novas práticas.

Considerando os impactos das alterações visuais no desenvolvimento e na aprendizagem do indivíduo, destaca-se a necessidade de prevenção dessas alterações, da identificação precoce e da intervenção oportuna^(10, 11).

Ventura et al.⁽¹²⁾ afirmam que a associação da deficiência visual a outras deficiências é frequente. Sabe-se que a incidência dessas alterações em pessoas com múltiplas deficiências é alta, ocorrendo em maior proporção quando comparadas a outras pessoas^(13,14).

A falta de atenção à saúde ocular de pessoas com múltiplas deficiências pode estar relacionada à falsa impressão de que, se comparado ao quadro geral, a saúde ocular não ocupa lugar de importância. A dificuldade em detectar alterações oculares nesse grupo de pessoas unem-se a fatores como: a pouca informação da família sobre a importância do acompanhamento oftalmológico para essas pessoas; a dificuldade de acesso aos serviços especializados; a dificuldade de realizar os exames e em obter respostas visuais desse grupo de pessoas⁽¹⁴⁾. Estudos têm referido que um número expressivo de pessoas com deficiência nunca passaram ou passaram tardiamente por exames oftalmológicos⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Assim o estudo teve como objetivo identificar fatores que influenciam na detecção precoce de deficiência visual e no início da intervenção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento.

MÉTODOS

A pesquisa constituiu-se de estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, constituindo-se de um levantamento. A coleta de dados foi realizada no município de Curitiba (PR) entre fevereiro e julho de 2013, nas dependências das instituições que prestam serviço de intervenção precoce a crianças com alterações no desenvolvimento que aceitaram participar do estudo. A participação dos sujeitos se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa contou com três grupos de sujeitos: *a*) representantes das instituições que atendem crianças com alterações no desenvolvimento e que possuam serviço de intervenção precoce do município de Curitiba (PR); *b*) profissionais da equipe do serviço de intervenção precoce; e *c*) mães ou cuidadores das crianças atendidas nesse serviço.

Foram incluídos no grupo *a* os responsáveis institucionais que soubessem responder questões referentes à instituição e aos serviços prestados. No grupo *b* os profissionais membros da equipe de intervenção precoce, de ambos os sexos, das áreas da saúde, educação ou assistência social. No grupo *c* foram incluídas as mães ou cuidadores mais próximos das crianças atendidas no serviço de intervenção precoce que pudessem responder questões referentes ao histórico e às características da criança. A amostra constituiu-se de 434 sujeitos (19 representantes institucionais, 142 profissionais dos serviços e 273 mães/cuidadores das crianças atendidas).

Os instrumentos de coleta de dados foram três questionários estruturados - um para cada grupo de sujeitos - que continham com questões referentes à instituição, às práticas dos profissionais e às características das mães/cuidadores e das crianças atendidas, elaborados com base nos dados que se pretendia obter e na literatura correlata. Os instrumentos passaram por fase de pré-teste, em projeto piloto, passando por modificações para se constituírem como instrumentos finais de coleta de dados.

Os questionários 1 e 2 eram autoaplicáveis e foram entregues, juntamente com orientações para o preenchimento, sendo posteriormente recolhidos. O Questionário 3, referente às mães ou cuidadores das crianças, foi aplicado diretamente com os sujeitos pelas pesquisadoras ou por colaboradores voluntários devidamente treinados.

Os dados obtidos com a aplicação dos questionários foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007 e receberam tratamento estatístico através dos softwares Sistema de Análise Estatística SAS 9.3, *Wolfram Mathematica* e *Microsoft Excel*. Os testes utilizados para a análise foram o Teste T-Student e o Teste Exato de Fisher. O índice de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Na análise de associação entre os fatores relacionados à instituição, aos profissionais e às mães/cuidadores e o início na Intervenção Precoce (idade de interesse) foi ajustado um modelo de Regressão Linear Normal. Após serem eliminados os fatores não significativos (idade da mãe, natureza da instituição, tipo de deficiência e idade da consulta ao oftalmologista) obteve-se os fatores que influenciaram na idade de início da intervenção precoce (Tabela 1).

Tabela 1
Influência dos fatores na idade de início da intervenção precoce após seleção de covariáveis

Fatores	Estimativa	Valor da estatística T	Valor de p
Grupo de referência	9,53	11,92	<0,0001
Receber orientação sobre o desenvolvimento da visão	-2,27	-2,57	0,0106
Fazer o teste do olhinho	-2,29	-2,53	0,0119
Instituição Privada	6,61	3,70	0,0003
Deficiências exclusivamente visuais	5,96	3,41	0,0007

Conforme observado na estimativa a análise apontou que crianças que frequentam uma instituição de natureza privada apresentam em média uma idade de início na intervenção precoce 6,61 meses **maior** do que aquelas que frequentam uma instituição pública ou do terceiro setor; crianças que realizaram o teste do olhinho iniciam a intervenção precoce com uma idade média 2,29 meses **menor** do que aquelas que não o fizeram; crianças que apresentam deficiência exclusivamente visual iniciam a intervenção precoce com uma idade média 5,96 meses **maior** do que aquelas que apresentam outras deficiências; e crianças cujas mães foram orientadas sobre o desenvolvimento da visão tendem a iniciar a in-

tervenção precoce com uma idade média 2,27 meses **menor** do que aquelas cujas mães não foram orientadas.

Seguindo a mesma lógica, na análise de associação entre a idade da primeira consulta ao oftalmologista (idade de interesse) com os fatores relacionados à instituição, aos profissionais e às mães/cuidadores, novamente foi necessário ajustar um Modelo de Regressão Linear. Eliminando-se os fatores que não mostraram-se significativos (idade da mãe, natureza da instituição, tipo de deficiência e realização do Teste do Olhinho) obtiveram-se os dados apresentados na tabela 2, evidenciando os fatores que influenciam na idade da primeira consulta com o oftalmologista.

Tabela 2
Influência dos fatores na idade da primeira consulta ao oftalmologista após seleção de covariáveis

Fatores	Estimativa	Valor da estatística T	Valor de p
Grupo de referência	5,05	7,17	< 0,0001
Idade no início da intervenção precoce	0,34	6,18	< 0,0001
Receber orientação sobre o desenvolvimento da visão	-2,19	-2,70	0,0061

Cabe destacar que inicialmente buscou-se a relação da idade de interesse com os fatores: proporção de profissionais que realizam encaminhamento ao oftalmologista; proporção de profissionais que participaram de algum curso complementar sobre habilitação ou reabilitação de pessoas com deficiência visual; proporção de profissionais que realizam alguma ação no campo da promoção da saúde ocular infantil; e proporção de profissionais que realizam alguma ação no campo da prevenção de deficiências visuais. Porém verificou-se que as proporções definidas não se constituíram como variáveis explicativas. Acredita-se que isto decorre do fato de que o tamanho da amostra de profissionais que declararam realizar as ações citadas apresentou-se expressivamente baixo.

Com base nos dados da estimativa é possível afirmar que: cada mês a mais na idade de entrada no serviço de intervenção precoce resulta em 10,2 dias (0,34 meses) a **mais** na idade da primeira consulta; e as crianças cujas mães receberam orientação quanto ao desenvolvimento da visão tendem a ter sua primeira consulta em uma idade média de 2,19 meses **menor** que aquelas cujas mães não receberam tal orientação.

DISCUSSÃO

A partir da análise conjunta dos fatores e o tipo de influência que estes exercem sobre a idade de entrada na intervenção precoce, foi possível identificar que frequentar uma instituição de natureza privada e ter uma deficiência exclusivamente visual são fatores que atuam como barreiras para o início o mais cedo possível neste tipo de serviço, podendo dificultar ou prejudicar o

tratamento e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança. De acordo com esta análise também foi possível estabelecer que realizar o teste do olhinho e a mãe receber orientação quanto ao desenvolvimento da visão são fatores que agem como facilitadores de um início mais precoce nesse tipo de serviço, podendo facilitar e otimizar o tratamento e o desenvolvimento da criança.

A diferença de idade de entrada das crianças no serviço de intervenção precoce para aquelas que frequentam instituição privada mostrou-se significativa, chegando a acontecer 6 meses mais tarde do que as crianças que frequentam instituições de outra natureza. Buscando interpretar esse resultado levantam-se algumas hipóteses: o encaminhamento da clientela a instituições privadas é tardio; a demanda de procura ou encaminhamento para instituições dessa natureza é maior causando uma espera para efetiva entrada das crianças nesse serviço; ou a clientela procura instituições privadas apenas depois de buscarem por serviços públicos e não obterem atendimento ou vaga. No entanto, não foram encontrados referenciais teóricos científicos para explicar ou justificar as hipóteses levantadas. Por outro lado, é necessário ponderar dois aspectos: as instituições privadas identificadas neste estudo, em sua maioria, se caracterizam como instituições sem fins lucrativos; e a natureza das instituições foi classificada por seus representantes. A denominação da natureza de instituições de primeiro, segundo e terceiro setor e onde instituições privadas sem fins lucrativos se encaixam ainda é um assunto conflituoso. Apesar da divisão aparentemente clara entre Primeiro Setor (Estado), Segundo Setor (Iniciativa Privada) e Terceiro Setor (Sociedade Civil) - adotada para elaboração dos instrumentos deste estudo - os equívocos quanto ao tema

decorrem principalmente das confusões conceituais e teóricas acerca deste último. Segundo Ferreira e Ferreira⁽¹⁷⁾ um dos aspectos responsáveis por essa situação advém da utilização de diversas denominações das instituições que pertencem ao terceiro setor, dentre elas: organizações não governamentais (ONGS), organizações da sociedade civil (OSC'S), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP'S) e organizações sem fins lucrativos (OSFL'S).

Apresentar deficiência exclusivamente visual mostrou-se uma barreira, visto que a idade de entrada da criança nos serviços de intervenção precoce acaba sendo quase 6 meses maior do que crianças que não possuem deficiências exclusivamente visuais. Ao abordarem os sentimentos experienciados pela família ao nascimento de um filho com deficiência visual, Gagliardo et al.⁽¹⁸⁾ apontam que esses sentimentos podem levar a família a retardar a procura por um serviço de habilitação priorizando a busca da cura, de uma “solução médica imediata” ou de um diagnóstico mais favorável. Segundo as autoras, esse período pode acarretar em consequências para o desenvolvimento da criança como um todo e fazer com que os pais não recebam o apoio e as orientações necessárias nesse período de desenvolvimento. Apesar da ampla discussão a respeito da importância da intervenção precoce em crianças com algum grau de deficiência visual, estudos têm mostrado uma lacuna entre o diagnóstico e o início da intervenção⁽¹⁹⁾. Em estudo com pais de crianças com baixa visão, a média de idade das crianças no momento da identificação do problema visual foi de 2,8 meses (variando de 0 a 6 meses), no entanto, o início do tratamento de estimulação visual ocorreu, em média, aos 13,4 meses (variando de 1 a 33 meses)⁽¹⁹⁾.

A realização do teste do olhinho mostrou-se um facilitador da entrada mais cedo nos serviços de intervenção precoce, isto pode estar relacionado ao fato de que o teste, segundo a legislação estadual vigente, deve ser realizado ainda na maternidade⁽²⁰⁾, podendo levantar precocemente indícios de patologias que podem levar a prejuízos no desenvolvimento, necessitando de tratamento e intervenção precoces. Entretanto, não foram identificados referenciais teóricos que pudessem ratificar ou contrapor essa hipótese. Cabe apontar que a realização do teste do olhinho configura-se como uma das principais ações de prevenção a agravos para saúde ocular⁽²¹⁾.

A orientação à mãe ou outros cuidadores quanto ao desenvolvimento da visão mostrou-se um facilitador. Obter informações quanto ao desenvolvimento da criança e quais fatores podem interferir no desenvolvimento da mesma configura-se como uma ação de educação em saúde, função endereçada à todos os profissionais que atuam com essas crianças⁽²²⁾. Autores destacam a importância de disseminar à população informações quanto à saúde ocular entendendo que o prognóstico oftalmológico, com frequência, depende do conhecimento da presença da alteração ocular e da conduta apropriada frente à afecção⁽²³⁾. Os benefícios de informação e orientação adequadas vão desde a capacidade de enfrentar os problemas e dificuldades até a participação ativa dos pais e cuidadores no tratamento e acompanhamento das crianças^(4,22,24).

Além dos aspectos positivos ao desenvolvimento global da criança proporcionados pelos serviços de intervenção precoce, descritos por diferentes autores⁽²⁵⁻²⁷⁾, Fiamenghi et al.⁽²⁴⁾ apontam também os benefícios da participação dos pais nesses programas ao afirmarem que “[...] auxiliam no incremento de informações e dos recursos de enfrentamento e adaptação, gerando a possibilidade de compartilhar suas vivências com outras pessoas que convivem com uma realidade parecida”⁽²⁴⁾. Nesse sen-

tido, em um estudo que buscou analisar a eficácia de um programa de intervenção precoce para famílias de crianças com deficiência, concluiu-se que programas desse tipo podem ser de grande valia para a adaptação dos pais, em especial nos primeiros 18 meses de vida da criança, destacando que, em relação ao grupo controle, o grupo de pais que participou de um programa de intervenção precoce teve sintomas de *stress* emocional, depressão e ansiedade amenizados e apresentou melhor adaptação à situação da deficiência da criança⁽²⁸⁾.

Em pelo menos dois dos principais objetivos da intervenção precoce citados por Franco⁽²⁶⁾ pode-se compreender a orientação aos pais, familiares e cuidadores como ferramenta imprescindível, a saber: “[...] criar as condições mais facilitadoras do bom desenvolvimento e que permitam eliminar ou diminuir o risco; [...] reforçar as boas relações e competências familiares através da promoção de uma boa base emocional de suporte [...]”⁽²⁶⁾. As crianças com alterações no desenvolvimento, ou em risco de desenvolvê-las, devem receber suporte de equipes multiprofissionais em centros de referências objetivando a detecção e intervenção precoces⁽²⁹⁾, portanto o papel da equipe multidisciplinar neste contexto é fundamental e torna-se crucial o entendimento dos profissionais em relação ao seu papel de promover o conhecimento e entendimento dos pais e demais cuidadores⁽²²⁾.

Ao analisar de forma conjunta que tipo de influência os fatores exercem sobre a idade com a qual a criança realiza sua primeira consulta com o oftalmologista, foi possível identificar que começar a frequentar a intervenção precoce com idade mais avançada constituiu-se em uma barreira para o acompanhamento precoce com o oftalmologista, podendo prejudicar ou dificultar a atenção à saúde ocular em tempo oportuno. Foi possível apontar a orientação à mãe sobre o desenvolvimento da visão como um agente facilitador para a ida ao oftalmologista precocemente, promovendo a atenção à saúde ocular propícia, podendo otimizar o desfecho no desenvolvimento visual e global da criança.

O fato de a idade de entrada em um serviço poder se constituir em uma barreira para a chegada precoce a um oftalmologista pode estar relacionado a alguns fatores. Ser inserido em um programa de intervenção precoce pode exigir ou levar a mãe ou o cuidador a buscar um diagnóstico mais completo ou levantar as possibilidades de seu filho ter uma alteração visual e assim, conseqüentemente, chegar a um oftalmologista. Outro aspecto que pode atrasar a chegada da criança a um serviço de intervenção precoce, postergando a ida a um oftalmologista, pode estar relacionado a um período de aceitação do quadro da criança pela família. Considerando as crianças com múltiplas deficiências o fato pode estar relacionado a uma busca inicial por resolver problemas clínicos, considerados mais urgentes, atrasando a busca por intervenção precoce e, conseqüentemente, a ida ao oftalmologista, ou colocar a consulta com esse profissional em segundo plano^(15, 18). No estudo de Gato et al.⁽¹⁶⁾ os autores concluíram que crianças com diagnóstico de paralisia cerebral são encaminhadas tardiamente para o oftalmologista, o que diminui as possibilidades do pleno desenvolvimento da visão.

A orientação à mãe quanto ao desenvolvimento da visão novamente se mostrou um facilitador. Essa orientação pode levantar informações acerca da possibilidade de crianças com outras alterações no desenvolvimento também poderem apresentar alterações visuais, levando à busca por esse especialista. Neste sentido, Nobre e Gagliardo⁽¹⁵⁾ afirmam que a chegada a um serviço de estimulação visual ocorre tardiamente no caso de

crianças com múltiplas deficiências. As autoras atribuem esse acontecimento, dentre outros motivos “[...] à gravidade neurológica dos casos, dificuldade de acesso aos centros especializados, dificuldade para se definir o diagnóstico [...]”⁽¹⁵⁾.

Nobre et al.⁽⁴⁾ descreveram em sua pesquisa que a maior parte da população estudada (31%) foi atendida pela primeira vez no serviço de visão subnormal entre os 7 e 12 meses de idade, seguidas das faixas etárias entre 13 e 18 meses (22%); entre 1 e 6 meses (15%); entre 19 e 24 meses (12%); e acima de 25 meses (8%). Os mesmos autores afirmam que essa intervenção deve ter início no primeiro ano de vida a fim de aprimorar não só o funcionamento visual, mas o desenvolvimento global da criança. Embora o estudo não traga dados sobre a idade em que foi realizada a primeira consulta ao oftalmologista, salienta a importância do acolhimento e orientação das mães, considerando seu papel na identificação dos problemas e como facilitadoras do desenvolvimento da criança, acarretando um sentimento de competência em relação aos cuidados com seu filho.

Com vistas à detecção precoce das alterações visuais, autores destacam a importância dos profissionais e da família^(15, 25) e enfatizam que os serviços prestados às famílias devem proporcionar os conhecimentos, as habilidades e o suporte necessário na defesa dos direitos e necessidades das crianças⁽²⁵⁾.

Remígio et al.⁽¹⁴⁾ afirmam que a escassez de informação aos familiares quanto à importância do acompanhamento oftalmológico pode ser uma das causas de uma quantia considerável das crianças do estudo nunca terem passado por consulta com um oftalmologista. Ventura et al.⁽³⁰⁾ destacam a relevância de orientações mais incisivas aos pais, principalmente em relação à importância do acompanhamento oftalmológico especializado em crianças com alto risco de desenvolvimento de alterações oculares.

Embora a visão se desenvolva até os 7 anos de idade⁽²¹⁾, diferentes autores e estudiosos do desenvolvimento destacam que o primeiro ano de vida é período crucial para o desenvolvimento visual⁽¹⁵⁾. Assim, a detecção precoce de alterações visuais e a intervenção precoce são decisivas no desenvolvimento das crianças, minimizando as consequências dessas alterações^(15, 21).

CONCLUSÃO

O estudo das relações obtidas entre os dados das instituições, dos profissionais, das mães e das crianças possibilitou identificar que tais fatores agem de maneira diversificada, influenciando ou não, na idade de entrada das crianças nos serviços de intervenção precoce e na idade da primeira consulta com o oftalmologista. Assim, segundo o presente estudo, concluiu-se que realizar o teste do olhinho e a mãe receber orientação quanto ao desenvolvimento da visão são fatores que agem como facilitadores do início oportuno nos serviços de intervenção precoce. Ter uma deficiência exclusivamente visual e frequentar uma instituição privada são fatores que agem como barreira para a entrada oportuna nesse tipo de serviço. A orientação à mãe sobre o desenvolvimento da visão é um agente facilitador para a ida ao oftalmologista precocemente e a entrada tardia em um serviço de intervenção precoce afeta negativamente a idade da primeira consulta com este profissional.

O campo da saúde ocular, além de constituir-se como sendo uma demanda de saúde pública, merece atenção particular com a clientela estudada em decorrência do alto índice de associação de alterações visuais em crianças com outras alterações

no desenvolvimento. Neste sentido, é necessário direcionar ações, esforços e recursos para medidas educativas e de formação nesta área de conhecimento aos profissionais que estão diretamente ligados à prestação de serviços a essa clientela. Considerando as ações de saúde ocular como sendo de atenção primária, cabe destacar a importância de ações preventivas e de promoção da saúde ocular serem realizadas pelas equipes profissionais de serviços que prestam cuidados iniciais e de monitoramento infantil, como as unidades básicas de saúde.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem às instituições que permitiram a realização do trabalho bem como aos profissionais e mães ou cuidadores que aceitaram participar voluntariamente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Visual Impairment and Blindness 2010-Fact Sheet Global Data 2010 [Internet]. [cited 2015 Aug 1]. Available from: www.who.int/blindness/data_maps/VIFACTSHEETGLODAT2010full.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares de amostra. Comunicação social, 16 de Novembro de 2011. IBGE. [citado 2012 Fev 18]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@ [Internet]. IBGE. [citado 2012 Fev 15]. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pr
4. Nobre MI, Montilha R, Figueiredo M, Maciel DP, Carvalho KM. Atendimento de terapia ocupacional em serviço de visão subnormal: caracterização dos usuários. Rev Benjamin Constant. 2009; 43.
5. Vargas MA, Rodrigues ML. Perfil da demanda em um serviço de Oftalmologia de atenção primária. Rev Bras Oftalmol. 2010; 69(2):77-83.
6. Zin AA, Verçosa I, Ventura LM de O, Graziano R. Causas da baixa visão e cegueira nas diferentes faixas etárias. Sessão A - Causas de baixa visão e cegueira durante a gestação, parto e no recém-nascido. In: Kara-José N, Rodrigues ML, editores. Saúde ocular e prevenção da cegueira: Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009: p. 38-54.
7. Salomão SR, Mitsuhiro MR, Belfort Jr R. Visual impairment and blindness: an overview of prevalence and causes in Brazil. An Acad Bras Ciênc. 2009; 81(3):539-49.
8. West S, Sommer A. Prevention of blindness and priorities for the future. Bull World Health Org. 2001; 79(3): 244-8.
9. Sperandio AMG, Souza TF de, Breno E, Mendes LC, Pereira ARS, Machado AC, et al. A Universidade colaborando na construção de um projeto de promoção da saúde: relato de experiência de um grupo de alunos de Medicina da Unicamp - Campinas, SP, Brasil. Rev Bras Educ Med. 2006; 30(3): 200-8.
10. Endriss D, Ventura LM, Diniz JR, Celino AC, Toscano J. Doenças oculares em neonatos. Arq Bras Oftalmol. 2002; 65(5):551-5.
11. Costa E de PF, Höfling-Lima AL. Desenvolvimento da Visão. Como a visão se desenvolve. In: Kara-José N, Rodrigues M de LV (ed). Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira: Tema oficial do XXXV Congresso Brasileiro de Oftalmologia - 2009. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009: p. 9-14.
12. Ventura R, Ventura L, Brandt C, Ferraz D, Ventura B. Experiência em projeto: “Enxergando através das mãos”. Arq Bras Oftalmol. 2007;70(5):823-6

13. Jorge PA, Ventura LM, Teló CR, Sarmento AG, Rego PR. Características clínicas e oftalmológicas de indivíduos com necessidades especiais institucionalizados no estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Oftalmol.* 2011; 70(2):93-8.
14. Remígio MC, Leal D, Barros E, Travassos S, Ventura LO. Achados oftalmológicos em pacientes com múltiplas deficiências. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69(6): 929-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n6/a25v69n6.pdf>
15. Nobre MI, Gagliardo HG, Carvalho KM, Botega MB, Sampaio PR. Múltipla deficiência e baixa visão. *Rev Neuroc.* 1998; 6(3):11-3.
16. Gato MI, Teixeira E, Pereira KM, Gagliardo HG. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações neurológicas: relevância da avaliação oftalmológica. *Temas Desenvolv.* 2008; 16(93):100-13.
17. Ferreira MM, Ferreira CH. Terceiro setor: um conceito em construção, uma realidade em movimento. *Anais da Semana do Contador de Maringá [Internet].* 2006 [citado 2014 Nov 7]. Disponível em: www.dcc.uem.br/semana2006/anais2006/Anais_2006_arquivo_30.pdf
18. Gagliardo HG, Nobre MI. Intervenção precoce na criança com baixa visão. *Rev Neuroc.* 2001; 9(1):16-9.
19. Lamas FM, Sampaio PR, Rehder JR. Características e percepções de pais de lactentes portadores de baixa visão. *Pediatria (São Paulo).* 2010; 32(3):173-6.
20. Paraná (Estado). Secretaria Estadual de Saúde-SESA. Resolução nº 367 de 24 de agosto de 2009. Regulamenta a realização do Exame de diagnóstico clínico de Catarata Congênita através de Reflexo Vermelho” (Teste do Olhinho).
21. Sperandio AM. Promoção da saúde ocular e prevenção precoce de problemas visuais nos serviços de saúde pública. *Rev Saúde Pública.* 1999; 33(5):513-20.
22. Vieira NG, Mendes NC, Frota LM, Frota MA. O cotidiano de mães com crianças portadoras de paralisia cerebral. *RBPS.* 2008; 21(1):55-60.
23. Temporini ER, Kara-José N, Gondim EL, Dantas FJ. Conhecimentos sobre saúde ocular entre profissionais de um hospital universitário. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2002; 35(1): 53-61.
24. Fiamenghi Jr GA, Messa AA. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicol Cienc Prof.* 2007; 27(2): 236-45.
25. World Health Organization - UNICEF. Early childhood development and disability: a discussion paper. [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 8]. Available from: www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/75355/1/9789241504065_eng.pdf
26. Franco V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação Psicol.* 2007; 11(1):113-21.
27. Franco V, Melo M, Apolonio A. Child's development problems and early intervention. *Educ Rev.* 2012; (43):49-64.
28. Pelchat D, Lefebvre H. A holistic intervention programme for families with a child with a disability. *J Adv Nurs.* 2004; 48(2):124-31.
29. Miranda LP, Resegue R, Figueiras AC. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79(1):33-42.
30. Ventura LM, Travassos S, Ventura AG, Trigueiro L, Marques S. Um programa baseado na triagem visual de recém-nascidos em maternidades Fundação Altino Ventura 2000. *Arq Bras Oftalmol.* 2002;65(6):629-35.

Autor correspondente:

Gabriela Cordeiro Corrêa do Nascimento
Av. Lothário Meissner, nº 632
Universidade Federal do Paraná
Campus Botânico, Bloco Didático II,
Departamento de Terapia Ocupacional – Jardim Botânico
CEP 80210-170 – Curitiba (PR), Brasil
E-mail: gabriela.correa@ufpr.br