

AVALIAÇÃO VISUAL NA CRIANÇA: DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL AO DOMICÍLIO¹

VISUAL EVALUATION IN THE CHILD: FROM THE NEONATAL UNITY TO THE DOMICILE

EVALUACIÓN VISUAL EN EL NIÑO: DE LA UNIDAD DE INTERNACIÓN NEONATAL AL DOMICILIO

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO ²

GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA ³

Estudo desenvolvido numa maternidade situada em Fortaleza – CE, no período de janeiro a maio/2003. Objetivou-se investigar alterações oculares em crianças com risco para desenvolver alterações na visão; realizar estimulação visual em crianças consideradas de risco internadas na unidade neonatal e enfermaria canguru, e realizar acompanhamento das crianças que apresentaram resposta visual alterada. A amostra constou de 21 bebês, fora do estado crítico de saúde, que se encontravam internados em unidades neonatais. Realizaram-se 86 sessões de estimulação visual, exame ocular externo e a avaliação da atividade visual, enfocando as respostas visuais básicas em todas as crianças. Ao exame ocular a alteração mais encontrada foi o nistagmo. Realizou-se visita domiciliar àquelas com respostas visuais alteradas. Através da avaliação e estimulação visual em crianças ainda internadas, pôde-se detectar distúrbios oculares e, uma vez identificados, devem ser tratados por especialistas em tempo hábil a fim de se evitar a cegueira na infância.

PALAVRAS- CHAVES: Estimulação luminosa; Saúde ocular; Recém-nascido.

This study was held in a maternity located in Fortaleza-CE, from January to May/2003. One aimed at investigating ocular disorders in children with the risk of developing visual disorders; performing visual stimulation in children taken into the neonatal unit and the kangaroo nursery in a risky state; and accompanying children who show disordered visual response. The sample was composed of 21 babies, out of critical health condition, who were taken into neonatal units. One held 86 sessions of visual stimulation, external ocular exam and evaluation of the visual activity, focusing on the basic visual responses in all the children. The commonest disorder was the nistagmo. There was domiciliary visit to the ones with disordered visual answers. Through the evaluation and visual stimulation in children taken into hospital, one can detect ocular disorders that, once identified, should be treated by specialists in time to avoid blindness in childhood.

KEYWORDS: Nursing; Photic stimulation; Eye health; Infant newborn.

Estudio desarrollado en una maternidad localizada en Fortaleza-CE en el período de enero a mayo de 2003. El objeto de estudio fue el de investigar las alteraciones oculares en niños con riesgo para desarrollar alteraciones en la visión; realizar estimulación visual en niños considerados de riesgo internados en una unidad neonatal y enfermería canguro y realizar acompañamiento de los niños que presentaron respuesta visual alterada. La muestra se hizo con 21 bebés – distantes de un estado de salud crítico – que estaban internados en unidades neonatales. Se realizaron 86 sesiones de estimulación visual, examen ocular externo y la evaluación de la actividad visual con énfasis en las respuestas visuales básicas en todos los niños. Al examen ocular la alteración más señalada fue la nistagma. Se realizó una visita a los domicilios de aquellos que tuvieron respuestas visuales alteradas. A través de la evaluación y estimulación visual en niños aún internados, se pudieron detectar disturbios oculares, los cuales una vez identificados, deben ser tratados por los especialistas en tiempo adecuado, para que se pueda evitar la ceguera en la niñez.

PALABRAS CLAVES: Enfermería. Estimulación Luminosa. Salud Ocular. Recién Nacido.

¹ Trabalho extraído do relatório de bolsista de Iniciação Científica/PIBIC/CNPq

² Doutora. Profa. Adjunta do Departamento de Enfermagem da FFOE/UFC. Coordenadora do Subprojeto Saúde Ocular da Criança/UFC/CNPq. E-mail: cardoso@ufc.br

³ Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFC. Integrante do Projeto de Pesquisa Saúde Ocular/UFC/CNPq. E-mail. grazielleroberta@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A importância da visão no crescimento e desenvolvimento da criança é um fato inquestionável, visto que as pesquisas desenvolvidas por vários profissionais atuantes na área mostram quais as interferências da privação desta no dia-a-dia do ser humano. Logo, verifica-se a importância de ações de cunho preventivo e estratégias que possam facilmente ser estendidas ao lar, como a valorização do estímulo visual desde o nascimento.

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

Crianças com baixo peso ao nascer são aquelas com peso inferior a 2.500 gramas. O baixo peso ao nascer pode decorrer da prematuridade, do retardo de crescimento intra-uterino ou da combinação de ambos, que indicam etiologias e conseqüências diferentes, o que predispõe as crianças a uma série de dificuldades. ⁽¹⁾

Crianças privadas de estimulação podem apresentar um atraso de aprendizagem. ⁽²⁾ A estimulação tem por objetivo promover o desenvolvimento da criança na área psicomotora, sensorial, afetiva e social. ⁽³⁾

Ressalta-se que, para maior eficácia na avaliação e estimulação visual da criança, principalmente nas unidades neonatais, a equipe multiprofissional deve ser engajada. A contribuição da equipe de Enfermagem, do pediatra, do oftalmologista, entre outros, é de fundamental importância.

Considerando a relevância dos estudos na área da saúde ocular, este estudo tem como objetivos:

- investigar alterações oculares em crianças de risco para desenvolvimento de alterações oculares;
- realizar estimulação visual em crianças consideradas de risco para desenvolvimento de alterações na visão, internadas na unidade neonatal e enfermagem canguru; e
- efetuar acompanhamento das crianças que apresentarem resposta visual alterada.

METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo exploratório-descritivo desenvolvido na Unidade de Internação Neonatal de uma maternidade situada em Fortaleza – Ceará. A população foi composta por bebês de risco que se encontravam internados em unidades neonatais de baixo e médio risco, além da Enfermagem Mãe-Canguru. Participaram da amostra 21 bebês de risco que estavam fora do estado crítico. Considerou-se bebê de risco aquele com história de hipóxia, prematuridade, baixo peso ao nascimento e os que utilizaram terapêuticas como oxigenoterapia e/ou fototerapia, independentemente da idade gestacional.

A coleta dos dados ocorreu no primeiro semestre de 2003. Inicialmente, a estratégia utilizada para a obtenção dos dados foi a realização de sessões de estimulação visual com as crianças, exame ocular externo e avaliação da atividade visual, enfocando as respostas visuais básicas, que são: reação à luz, ao reflexo palpebral e ao barulho, coordenação binocular e manutenção de contato visual. ^(4,5)

Neste estudo, foram utilizados três recursos desenvolvidos e aplicados desde 1999, que incluem duas pranchas retangulares de aproximadamente 15 cm de largura por 10 cm de altura, sendo uma com listras verticais com 1,5cm de largura, nos tons preto e branco, intercaladas, e outra com um círculo de 10 cm de diâmetro aproximadamente, com um desenho concêntrico alternando as tonalidades pretas e brancas. ⁽⁶⁻¹⁰⁾ Além dessas pranchas utilizou-se um móvel com três bolas pequenas de isopor nas cores vermelha, azul e amarela.

Nas respostas observadas, os bebês foram caracterizados como: a) não reagente- olha para o objeto, mas não demonstra interesse; b) pouco reagente-olha para o objeto mas não fixa o olhar durante muito tempo; c) reagente-olha para o objeto, fixa o olhar, mas não acompanha quando movimentado; d) intensamente reagente- olha para o objeto, fixa o olhar e acompanha seus movimentos.

Para registro dos dados desta etapa, utilizou-se um instrumento abordando a história do pré-natal, do parto e da vida neonatal, foram extraídos dos prontuários. Outro item enfocou o resultado do exame ocular externo e da atividade visual, o processo da estimulação visual e intervenções de Enfermagem.

Como estratégia para continuar o acompanhamento da visão daquelas crianças que apresentaram alterações durante exame ocular externo e/ou sessões de estimulação visual, optou-se pela visita domiciliar, visto que é uma maneira como o enfermeiro pode atuar efetivamente ante a realidade socioeconômica de cada família. Esta estratégia afirma a autonomia da profissão, na qual o cuidado ocorre de forma humana, científica e orientadora, com a arte de promover o desenvolvimento físico, mental, social e cultural do indivíduo ou família.⁽¹¹⁾ Nesse momento, foram registrados em diário de campo os achados durante o exame e a sessão de estimulação, bem como as intervenções de enfermagem.

Considerando-se o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Reguladoras que tratam de pesquisa com seres humanos, as mães ou responsáveis pelas crianças foram orientadas quanto aos objetivos e finalidades da pesquisa. Elas assinaram um termo de consentimento, autorizando a avaliação visual do seu filho e lhes foi garantido o total anonimato, assim como a possibilidade da desistência de participar do estudo, caso quisessem.

ANÁLISE DOS DADOS

Para obtenção dos dados referentes à história do pré-natal, do parto e da vida neonatal, foram realizadas investigações nos prontuários, porém, algumas das informações foram adquiridas das próprias mães, durante a estimulação visual.

Perfil das crianças

Participaram 21 crianças, quatro das quais nasceram de parto gemelar. As medidas antropométricas encontradas, em média, foram: peso-1622g; estatura-40cm; perímetro cefálico- 34cm e perímetro torácico- 26cm . A medida de APGAR variou de 2 a 9 no primeiro minuto e de 6 a 9 no quinto minuto de vida. Cerca de 71% (15) dos RNs foram classificados em pequeno para a idade gestacional (PIG) e aproximadamente 95,2% (20) eram pré-terminos. Cinco necessitaram de reanimação cardiorrespiratória na sala de parto. Em todos foi empregada a oxigenoterapia – em média cinco dias- e, em relação à fototerapia, 52,4% (11) foram alvo dessa terapêutica durante o período em

que estiveram internados, com uma média de cinco dias. Dentre os diagnósticos, 57,1% (12) apresentaram prematuridade e desconforto respiratório, 28,6% (6) estavam sem diagnóstico no prontuário e 9,5% (2) com hidrocefalia. Um dos RNs da amostra (4,8%) foi diagnosticado como portador de anoxia grave.

Exame ocular das estruturas externas

O exame ocular externo deve avaliar: 1) coloração, observando-se que as escleras, na maioria dos neonatos a termo, são brancas; 2) presença de hemorragias e edema; 3) conjuntivites e secreções, que podem ser provocadas por instilação de nitrato de prata ou por infecções por microorganismos; 4) presença de icterícia; 5) pupilas, verificando-se a simetria e se respondem à luz através da contração pupilar.⁽¹²⁾ A seguir mostra-se a tabela I, com as 23 alterações percebidas durante o exame ocular.

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES PERCEBIDAS AO EXAME OCULAR EXTERNO NAS CRIANÇAS INTERNADAS NAS UNIDADES NEONATAIS. FORTALEZA-CE, JANEIRO/2003 A MAIO/2003.

ALTERAÇÕES OCULARES	Nº DE RNS	%
Nistagmo	9	42,8
Estrabismo	7	33,3
Icterícia	3	14,3
Edema	2	9,5
Manchas hemorrágicas	1	4,8
Ausência de contração pupilar	1	4,8

O nistagmo apresentou-se em 42,8% (9) das crianças, duas das quais apresentaram movimentos muito intensos, ao passo que o estrabismo foi revelado em 33,3% (7). Icterícia foi a alteração mostrada em 14,3% (3) dos RNs, enquanto edema de pálpebra afetou 9,5% (2). Apenas 4,8%(1) apresentou manchas hemorrágicas na esclera e outro RN (4,8%) indicou ausência de contração pupilar.

A palavra nistagmo provém do grego *Nystagmo*, que faz referência aos lentos movimentos da cabeça, realizados por uma pessoa que adormece sentada. O nistagmo caracteriza-se por movimentos involuntários dos olhos, podendo ser causado por vários fatores, dentre os quais as doenças congênitas, lesões cerebrais e no labirinto, doenças here-

ditárias e manifestações medicamentosas. Existem vários tipos de nistagmo que variam conforme a idade, o sexo, a doenças associadas, entre outros.⁽¹³⁾

São muito comuns nos RNs, as hemorragias e edemas oculares, em virtude da pressão durante o parto.⁽¹²⁾ O estrabismo caracteriza-se pela perda do paralelismo dos olhos, que ficam como se estivessem trocados ou tortos. A imagem levada ao cérebro é dupla, proveniente dos dois olhos e, ao chegar ao lobo occipital, é fundida numa só. Isso não ocorre, porém, no estrabismo, visto que o organismo é obrigado a corrigir, suprimindo a imagem de um dos olhos. Merece menção especial, pois é uma das causas mais freqüentes de ambliopia, que pode ser definida como uma baixa de visão de um ou ambos os olhos. Este achado é considerado fisiológico até o sexto mês de vida.⁽¹⁴⁾

Estimulação visual

Realizou-se um total de 87 sessões de estimulação visual, com uma média de quatro sessões por criança. Vale ressaltar que todas as estimulações, exame ocular e intervenções de enfermagem foram registradas em prontuário.

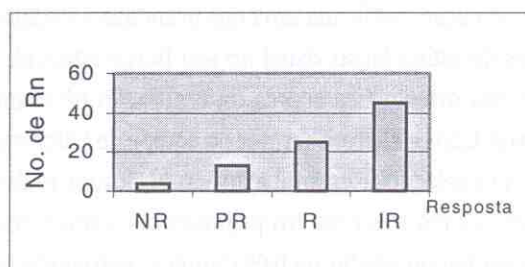


GRÁFICO I - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS CONFORME A RESPOSTA AOS ESTÍMULOS VISUAIS

Observa-se que, das 86 sessões de estimulação, foram obtidas 45 (51,8%) respostas como intensamente reagentes, nas quais o bebê olha para o objeto e o acompanha; em seguida 25 (28,7%), se enquadraram em reagentes, quando ele olha para o objeto, fixa o olhar, mas não acompanha quando movimentado; 13 (14,9%) tiveram como resposta visual pouco reagentes quando o olham, mas não o acompanham; e quatro (4,5%) se classificaram como não reagentes, quando olham para o objeto mas não fixam o olhar durante muito tempo. Em todas as sessões, utilizaram-se as pranchas, com alternância, e duas foram conciliadas com o móvel, porém não houve muito interesse por parte dos bebês para este.

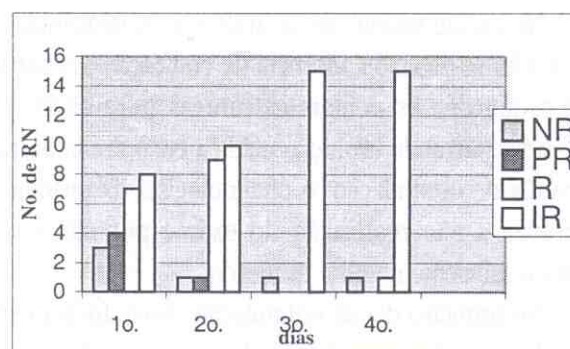


GRÁFICO II - DISTRIBUIÇÃO DOS RNS DE ACORDO COM RESPOSTA AOS ESTÍMULOS VISUAIS NO DECORRER DOS DIAS DE ESTIMULAÇÃO

O gráfico II mostra as sessões de estimulação em quatro dias, número que demonstrou a média de sessões para cada criança. Observa-se que a resposta intensamente reagente cresceu com o passar dos dias. A resposta mais encontrada foi intensamente reagente, porém houve um pequeno número de crianças não reagentes a estímulos visuais, mesmo com o decorrer das sessões.

Em relação às respostas visuais básicas apenas uma das crianças obteve respostas não esperadas no que concerne à reação à luz e sensibilidade a contraste.

Dos 21 bebês estimulados, três permaneceram não reagentes e/ou pouco reagentes aos estímulos, em todas as sessões. Assim, os bebês foram acompanhados e avaliados em sua saúde ocular através da visita domiciliar. Segue-se uma descrição de cada um. Como maneira de preservar as identidades reais dessas crianças, atribuímo-lhes nomes indígenas, que de maneira geral, têm os seus significados relacionados ao nascer de luz.

■ Umarama (= cheio de luz)

Criança, com quatro meses e dez dias de vida, sexo feminino, com hipóxia grave ao nascer, pré-termo extremo, pequeno para a idade gestacional, nascida de parto cesáreo. Como medidas antropométricas, foram encontrados: peso = 790g; estatura = 32 cm; perímetro cefálico = 24cm e perímetro torácico = 20 cm. Seu APGAR foi 4 no primeiro minuto e 6 no quinto. Foi reanimada na sala de parto e posteriormente entubada, permanecendo 84 dias em ventilação mecânica. Durante a internação, foram detectadas sepsis por fungos e *Enterobacter*. Foi devidamente medicada. A mãe de Umarama relatou que não fez uso de fototerapia, o que foi confirmado através de busca no prontuário pelas pesquisadoras.

No exame ocular, ao se avaliar a fotoreagência da pupila, não se detectou ausência de contração pupilar no olho esquerdo. As demais estruturas permaneceram inalteradas. Segundo evolução médica encontrada no primeiro dia de estimulação, o oftalmologista da instituição descreveu a não-realização do exame por não haver midríase suficiente no olho esquerdo.

No primeiro dia de estimulação visual, foram realizadas duas sessões, na primeira das quais se utilizou uma prancha circular durante três minutos e a criança mostrou-se pouco reagente. Já a segunda sessão durou três minutos e meio, tendo a paciente se mostrado pouco reagente aos estímulos visuais com a prancha listrada. No dia seguinte, após avaliação oftalmológica pelo especialista, identificou-se leve fibroplasia (retinopatia da prematuridade) que poderia estar em fase de regressão ou ainda a evoluir. A criança seria reavaliada posteriormente.

A retinopatia da prematuridade é uma doença vasoproliferativa que acomete a retina de crianças prematuras, sendo uma causa importante de cegueira na infância. Essa patologia ainda não tem etiopatogenia conhecida completamente, sabendo-se que é uma enfermidade multifatorial, que afeta principalmente o RN de baixo peso. Seu desenvolvimento relaciona-se com o uso do oxigenoterapia e outros fatores de risco que ainda não foram 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 que vão desde efeitos mínimos nos vasos retínicos até o descolamento total da retina, que tem como consequência a cegueira.⁽¹⁵⁾

Com um mês e treze dias, **Umarama** recebeu alta hospitalar. A mãe foi orientada quanto à importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do seu bebê, enfatizando-se a possível deficiência auditiva e visual detectada por especialistas durante o período de internação. Foram fornecidas também orientações quanto à continuidade da estimulação visual no lar e cuidados gerais com sua filha. A mãe mostrou-se indiferente e pouco cooperativa, embora se tenha enfatizado a importância da saúde ocular.

■ **Quaraçá (=raio de sol)**

Criança, com um mês e 15 dias de vida, sexo masculino, pré-termo, grande para a idade gestacional (GIG) nas-

cido através de parto cesáreo, com as seguintes medidas antropométricas: peso = 3970; estatura = 53cm; perímetro cefálico = 42,5cm e perímetro torácico = 33cm. Não foi necessária reanimação cardiorrespiratória; apresentou APGAR 7 no primeiro minuto e 9 no quinto minuto. Fez uso de oxigênio durante quatro dias, não tendo sido necessário fototerapia. A criança foi diagnosticada com hidrocefalia.

Ao exame ocular externo, apresentou pálpebras sem edema; córneas brilhantes e sem pontos hemorrágicos, conjuntivas sem sinais de inflamações e normocoradas; simetria ocular; cílios sem alterações; pupilas fotorregentes e movimentos oculares incoordenados e sugestivos de nistagmo intenso. Em relação às funções visuais básicas, apresentou reflexo palpebral; reação ao barulho, ao ar e à luz; apresentou sensibilidade aos contrastes.

Foi percebido pelas pesquisadoras, o fato de **Guaraçá** permanecer a maior parte do tempo isolado em um berço no canto da unidade e com os olhos abertos. Os profissionais se restringiam a realizar apenas os procedimentos técnicos.

Por esse motivo, as pesquisadoras procuraram alertar os enfermeiros para o isolamento desse RN. Atendida essa orientação, foi fixada uma das pranchas utilizadas nas sessões de estimulação visual no seu berço aquecido. Foram dadas orientações acerca da realização de estímulos auditivos, táteis e afetivos, através da equipe de Enfermagem.

Em relação à estimulação visual, foram realizadas seis sessões em três dias. No primeiro dia, foram três sessões com tempo médio de três minutos, entretanto, a criança apresentou-se não reagente em todas. Foi usada a prancha circular, em seguida a prancha listrada e, na última sessão, a prancha circular. No segundo dia, **Guaraçá** foi estimulado duas vezes: na primeira sessão, apresentou-se pouco reagente com prancha circular; já na segunda, foram usadas prancha listrada e móbile e a criança mostrou-se mais interessada, sendo sua resposta classificada como reagente. No terceiro dia, a estimulação durou um pouco mais de dois minutos, tendo-se utilizado prancha com listras junto com móbile: o RN pouco se interessou. Tal sessão foi rápida, pois estava sendo providenciada a transferência deste RN para serviço especializado, onde seria realizado tratamento cirúrgico da hidrocefalia.

Posteriormente, as pesquisadoras entraram em contato com a mãe, por telefone, quando ela relatou que

Quaraçá, com dois meses e dois dias, havia falecido há dois dias. Ele tinha ido a óbito antes da cirurgia, de modo que foram apenas realizados os exames. Segue a fala da mãe:

...foi um choque para mim porque não tinha ninguém da minha família perto de mim e por se tratar do meu primeiro filho... estou muito mal.... estou levando a vida sei lá como...

A morte é o ato final da vida; morrer marca o final da vida na Terra, tal como o nascimento assinala seu início. Não se trata, porém, de uma regra, e, quando a morte ocorre nos primeiros meses de vida de uma criança, faz a mãe sentir-se impotente, desesperada e com sentimento de fracasso.⁽¹⁶⁾ No momento do contato telefônico, foi dado suporte psicológico para que a mãe superasse a perda.

▪ **Endi(= brilho, luz)**

Criança, um mês e 23 dias de vida, sexo masculino, nascido de parto cesáreo com peso= 870g; estatura = 34 cm; perímetro cefálico = 25cm e perímetro torácico = 20cm e APGAR 2 no primeiro minuto e 7 no quinto minuto, classificado como pequeno para a idade gestacional (PIG) e prematuro extremo. Após o parto, permaneceu entubado durante 20 dias; fez fototerapia durante cinco dias. Seu diagnóstico médico foi hidrocefalia, associado a anoxia grave.

Ao exame ocular externo, apresentou pálpebras, conjuntivas e escleras com icterícia e nistagmo intenso. Em relação às funções visuais básicas, não houve alterações.

No primeiro dia de estimulação visual, foram realizadas três sessões. Na primeira, utilizou-se a prancha listrada e a criança mostrou-se pouco reigente aos estímulos. No segundo dia de sessão, mostrou-se também pouco reigente aos estímulos visuais com a prancha circular. Em todas as sessões, os movimentos oculares, que caracterizam o nistagmo, eram intensos.

Com um mês e 25 dias de vida, **Endi** foi transferido para unidade especializada para realização de tratamento cirúrgico da hidrocefalia. Quando completou dois meses, foi realizada a cirurgia, com sucesso, retornando para casa no dia seguinte.

Quinze dias após a cirurgia, foi realizada visita domiciliar à criança, durante a qual realizou-se exame ocular externo, percebendo-se movimentos sugestivos de nistagmo,

em alterações nas demais estruturas oculares. Na estimulação visual com prancha e móbile, a criança mostrou-se reigente, pois olhou, fixou, porém não acompanhou os objetos. A sessão durou quatro minutos. A mãe foi orientada quanto à importância da estimulação visual em casa, intervenção essa que já havia sido realizada pelas pesquisadoras, enquanto ela esteve na maternidade com seu filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participou da pesquisa um total de 21 crianças, das quais quatro nasceram de parto gemelar. Ao exame ocular das estruturas externas foram identificadas 42,8% (9) com nistagmo; 33,3% (7) com estrabismo; 14,3% (3) com icterícia; 9,5% (2) com edema; uma (4,8%) apresentou manchas hemorrágicas na esclera e uma (4,8%) foi identificada ausência de contração pupilar. Foram realizadas pelas pesquisadoras 86 sessões de estimulação visual, todas registradas no prontuário durante o período de internação na unidade neonatal juntamente com as intervenções de enfermagem referentes à saúde ocular dos pesquisados. As intervenções não se restringiram somente às crianças, pois as mães foram envolvidas e orientadas quanto à continuidade da estimulação no lar e cuidados gerais com o órgão da visão dos seus filhos. Entre as 21 crianças estimuladas, três permaneceram não reigentes e/ou pouco reigentes aos estímulos, em todas as sessões.

Portanto, através da avaliação e estimulação visual, podem ser detectadas precocemente as perturbações oculares, os clientes portadores, devem ser encaminhados a especialistas para evitar tais distúrbios e tratá-los em tempo hábil, inibindo perdas funcionais. À vista dessas razões, faz-se pertinente, oportuna e de enorme relevância a realização constante de estudos dedicados a essa temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL et al. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Rev. Saúde Pública* 2004 fev 4;38(1): 24-9.
2. Fonseca V. Educação especial: programa de estimulação precoce- uma introdução às idéias de Feustein. 2. ed. rev. aum. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 245p.

3. Rocha H. Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção, recuperação, reabilitação. Belo Horizonte: Fundação Hilton Rocha; 1987. 354p.
4. Bruno MMG. O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual: da intervenção precoce à integração escolar. São Paulo: Network;1996.
5. Klaus M, Klaus P. O surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. 141p.
6. Sousa KM, Pagliuca LMF Estimulação visual para recém-nascidos prematuros: intervenções de enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem 1998 abr/jun; 51(2):189-206.
7. Custodio EC, Cardoso MVLML L. Estimulação visual para crianças com deficiência visual: participação da família. [monografia]. Fortaleza(CE): Universidade Federal do Ceará; 1999.
8. Rodrigues LV, Cardoso MVLML. Percepção da família quanto à avaliação e estimulação visual da criança. [monografia]. Fortaleza(CE): Universidade Federal do Ceará; 1999.
9. Cardoso MVLML. O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao *todder*. [tese]. Fortaleza(CE): Universidade Federal do Ceará; 2001.
10. Lúcio IML. Percepção da mãe co-participante da estimulação visual: uma estratégia de cuidado aplicada ao recém nascido de baixo peso. [monografia]. Fortaleza(CE): Universidade Federal do Ceará; 2002.
11. Fechine BP, Pagliuca LMF. Mercado de trabalho em enfermagem e o cuidado domiciliar como um fazer significativo em saúde. Rev.RENE 2001 jan/jul;2(1):42-8.
12. Nettina SM. Prática de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 1998. v.3.
13. Stahl JS, Averbuch-Heller L, Leigh RJ. Acquired nystagmus. Arch Ophthalmol. 2000;118(4):544-9.
14. Fechine ADL, Cardoso MVLML Pagliuca, LMF. Prevenção e detecção de distúrbios oftalmológicos em escolares. Pediatr Atual 200 abr; 132(4): 21-5.
15. Waisman I, Larriestra A, Zabalo S, Mongiat M. Factores de riesgo en la retinopatía del prematuro. [citado em 2001 abr 7]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/jornal/99-11.12/artseconsull.html>.
16. Roper N W W et. al. Modelo de enfermagem. 3ª ed. Lisboa: MacGraw-Hill; 1995.

RECEBIDO: 19/05/2004

ACEITO: 21/07/2004