

I CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE VISÃO SUBNORMAL



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
VISÃO SUBNORMAL

Relatores:

Dra. Maria Aparecida Onuki Haddad
Dr. Marcos Wilson Sampaio
Dr. Helder Alves da Costa Filho
Dra. Keila Miriam Monteiro de Carvalho
Dr. Alexandre Costa Lima Azevedo

I CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE VISÃO SUBNORMAL



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE
VISÃO SUBNORMAL**

Relatores:

Dra. Maria Aparecida Onuki Haddad
Dr. Marcos Wilson Sampaio
Dr. Helder Alves da Costa Filho
Dra. Keila Miriam Monteiro de Carvalho
Dr. Alexandre Costa Lima Azevedo

Sociedade Brasileira de Visão Subnormal

Rua Casa do Ator, 1117 - cj. 21 - Vila Olímpia

CEP: 04546-004 - São Paulo - SP

Tel.: (11) 3266.4000 Fax: (11) 3171.0953

E-mail: sbvsn@cbo.com.br

www.visaosubnormal.org.br

I Consenso da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal

Relatores:

Dra. Maria Aparecida Onuki Haddad

Dr. Marcos Wilson Sampaio

Dr. Helder Alves da Costa Filho

Dra. Keila Miriam Monteiro de Carvalho

Dr. Alexandre Costa Lima Azevedo

Projeto gráfico e diagramação:

Selles & Henning Comunicação Integrada

Revisão:

Juliana Temporal

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

I Consenso da Sociedade Brasileira de Visão
Subnormal. -- São Paulo : Sociedade Brasileira de
Visão Subnormal, 2010.

Vários relatores.

Bibliografia.

1. Baixa visão 2. Cegueira 3. Consenso da
Sociedade Brasileira de Visão Subnormal (1. :
2006 : São Paulo, SP) 4. Deficientes visuais
5. Deficientes visuais - Reabilitação 6. Oftalmologia
7. Visão - Distúrbios I. Sociedade Brasileira de
Visão Subnormal.

10-06269

CDD-617.706

Índices para catálogo sistemático:

1. Baixa visão : Reabilitação : Oftalmologia :
Medicina 617.706

ÍNDICE

Apresentação:	
Consenso: anuência, consentimento, acordo.....	07
Relatores.....	08
Introdução.....	09
Objetivos do I Consenso.....	09
Resumo das Discussões.....	10
<i>Terminologia e Definições.....</i>	<i>10</i>
<i>Dados da Prevalência da Deficiência Visual.....</i>	<i>16</i>
<i>Atuação do Oftalmologista na Área da Baixa Visão.....</i>	<i>17</i>
<i>Atuação Interdisciplinar.....</i>	<i>22</i>
<i>Ações a serem desenvolvidas pela Sociedade Brasileira de Visão Subnormal.....</i>	<i>23</i>
Lista de Participantes.....	24
Referência Bibliográficas.....	25

Consenso: anuência, consentimento, acordo.

É isto que se tirou do I Consenso da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, realizado em 2 de Dezembro de 2006, em São Paulo.

Dentre os temas abordados, um dos principais, versou sobre a terminologia a ser usada pelos médicos oftalmologistas para a realização de trabalhos e pesquisas, trocas de informações na nossa área.

Foram analisados, no I Consenso, os temas: a terminologia na área da deficiência visual, dados epidemiológicos da deficiência visual, a atuação oftalmológica na reabilitação da baixa visão, a atuação interdisciplinar e composição de serviços, e projetos a serem desenvolvidos pela Sociedade Brasileira de Visão Subnormal.

Além disso, ficou bem caracterizado a definição de visão subnormal segundo o CID-10 e o Decreto Lei 5296, da Presidência da República do Brasil, de dezembro de 2004, que classifica pessoas deficientes visuais como cegos e com visão subnormal ou baixa visão.

Foi de grande importância a discussão destes temas, pois o conhecimento dos mesmos pelos oftalmologistas, serão de suma importância para confecção de laudos médicos, nas ações afirmativas para os deficientes visuais, e na sua inclusão em sentido amplo nas áreas familiares, educacionais, profissionais e laborais.

O I Consenso contou com a presença de toda a diretoria da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, assim como de colegas e docentes de outros Estados, que proporcionaram a sua validade.

Espero que nos próximos Consensos como o que será realizado em 30 de julho de 2010, prevaleça este espírito de união, harmonia e troca de informações entre os colegas.

Dr. Alexandre Costa Lima de Azevedo

Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal

RELATORES: Maria Aparecida Onuki Haddad

- Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal - gestão 2005-2007 - Membro do Conselho Consultivo.
- Professora Colaboradora Doutora do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
- Médica Assistente do Serviço de Visão Subnormal do Hospital das Clínicas da FMUSP
- Coordenadora Clínica da Laramara - Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual

Marcos Wilson Sampaio

- Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal - gestão 2003-2005 - Membro do Conselho Consultivo
- Professor Colaborador Doutor do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
- Coordenador do Serviço de Visão Subnormal do Hospital das Clínicas da FMUSP

Helder Alves da Costa Filho

- Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal - gestão 2007-2009 - Membro do Conselho Consultivo
- Coordenador de Classificação Oftalmológica da Confederação Brasileira de Desportos para Cegos (CBDC). Membro da Federação Internacional de Esportes para Cegos - IBSA
- Responsável Médico Setor de Baixa Visão do Instituto Benjamin Constant

Keila Miriam Monteiro de Carvalho

- Professora Associada de Oftalmologia - Chefe do Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (FCM/UNICAMP)
- Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal - gestão 1996-1998. Membro do Conselho Consultivo
- Presidente do Centro Brasileiro de Estrabismo - gestão 1987-1989
- Coordenadora da Pós-Graduação em Oftalmologia da FCM/UNICAMP

Alexandre Costa Lima de Azevedo

- Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal gestão - 2009-2011
- Diretor Técnico da Fundação Dorina Nowill para Cegos
- Médico Colaborador do Serviço de Visão Subnormal do Hospital das Clínicas da FMUSP

1 - INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Visão Subnormal – SBVSN, filiada ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia e fundada em 3 de setembro de 1994, é uma associação de caráter científico e cultural, sem fins lucrativos.

Seus objetivos são:

- I.** Estabelecer critérios que possibilitem a atenção a pessoa com deficiência visual tanto na área clínica como reabilitacional, em defesa de suas necessidades;
- II.** Patrocinar e desenvolver atividades que incentivem o intercâmbio de conhecimentos e ensino nas escolas médicas e nos cursos de especialização em Oftalmologia;
- III.** Promover reuniões, grupos de estudo, seminários, conferências e outros eventos;
- IV.** Patrocinar publicações referentes à especialidade;
- V.** Assessorar e organizar programas nacionais de atuação conjunta com entidades governamentais e não governamentais voltadas à população com deficiência visual para acesso a recursos especiais necessários para capacitação de profissionais especializados;
- VI.** Representar os associados na defesa de seus direitos profissionais;
- VII.** Divulgar os avanços científicos na área da reabilitação visual, contribuindo para o incentivo à pesquisa e o aprimoramento dos associados;
- VIII.** Promover, patrocinar ou apoiar ações preventivas na área de oftalmologia;
- IX.** Incrementar o intercâmbio entre os diversos centros especializados nacionais e internacionais que atuam nesta área.

2 - OBJETIVOS DO I CONSENSO

A Sociedade Brasileira de Visão Subnormal reuniu-se no dia 2 de dezembro de 2006, em São Paulo, após convocação de seus associados oftalmologistas e no dia 26 de julho de 2007 após convocação de seu membros não médicos.

A iniciativa do I Consenso, entre outras ações desenvolvidas ao longo da gestão, foi da Diretoria da SBVSN (biênio 2005-2007), sob a presidência de Maria Aparecida Onuki Haddad.

A Reunião proposta teve como direcionamento a discussão de terminologia a ser adotada pelos profissionais da área de reabilitação da baixa visão e também de assuntos pertinentes a atuação de profissionais e serviços.

I CONSENSO foi realizado com base:

- Nos aspectos globais da deficiência visual;
- Nos aspectos e realidades locais;
- Na ética;
- Na legislação;
- Na literatura científica;
- Na prática diária de atuação dos profissionais;
- Na cooperação entre profissionais e serviços.

Os OBJETIVOS do I CONSENSO foram:

- Colaborar nas diretrizes de ações voltadas para a inclusão da pessoa com deficiência visual;
- Colaborar com a atuação profissional;
- Disseminar o “padrão –ouro” de atuação na área da baixa visão;
- Discutir a atuação interdisciplinar e papéis dos diversos profissionais;
- Melhoria da qualidade de serviços.

Pauta para discussão:

- Terminologia na área da deficiência visual;
- Dados epidemiológicos da deficiência visual;
- A atuação oftalmológica na reabilitação da baixa visão;
- A atuação interdisciplinar e composição de serviços;
- Projetos a serem desenvolvidos pela Sociedade Brasileira de VisãoSubnormal.

3.RESUMO DAS DISCUSSÕES

3.1 TERMINOLOGIA E DEFINIÇÕES

A terminologia na área da deficiência visual apresenta abordagens diferenciadas, de acordo com a proposição das classificações e definições desenvolvidas. Dessa forma, observam-se dificuldades de comunicação entre profissionais e serviços na área da reabilitação visual, uma vez que diferentes terminologias podem ser adotadas. Faz-se necessária uniformização de conceitos, definições e terminologias para me-

hora da comunicação entre profissionais e para investigação científica (que permita a comparação de estudos científicos mundiais, numa linguagem única). De acordo com a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), considera-se visão subnormal, ou baixa visão, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 (categorias 1 e 2 de graus de comprometimento visual) e considera-se cegueira quando esses valores encontram-se abaixo de 0,05 (categorias 3, 4 e 5). Os pacientes cujo campo visual se encontre entre 5° e 10° em torno do ponto central de fixação devem ser colocados no grau 3 e os pacientes com campo até 5° em torno do ponto central de fixação serão considerados na categoria 4, mesmo se a acuidade central não estiver comprometida.(OMS, 1993) A presente categorização baseia-se nas recomendações realizadas no ano de 1972 pelo Grupo de Estudo para a Prevenção da Cegueira da OMS e foram incluídas na 9ª revisão da Classificação Estatística das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde de 1975. (WHO,2003)

Acuidade visual com a melhor correção visual possível Graus de comprometimento visual	Máxima menor que	Mínima igual ou maior que
1	6/18 3.2/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200
2	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
3	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
4	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percepção de luz
5	Ausência da percepção de luz	
9	Indeterminado ou não especificado	

De acordo com a CID -10, teremos os seguintes códigos das categorias de deficiência visual:

- H54.0 Cegueira, ambos os olhos

Classes de comprometimento visual 3, 4 e 5 em ambos os olhos

- H54.1 Cegueira em um olho e visão subnormal em outro

Classes de comprometimento visual 3, 4 e 5 em um olho, com categorias 1 ou 2 no outro olho

- H54.2 Visão subnormal de ambos os olhos

Classes de comprometimento visual 1 ou 2 em ambos os olhos

Os serviços de atenção à baixa visão utilizam a seguinte definição, conhecida como **definição de Bangkok** e endossada pela reunião em Oslo (2004): “A pessoa com baixa visão é aquela que apresenta, após tratamentos e/ou correção óptica, diminuição de sua função visual e tem valores de acuidade visual menor do que 0,3 a percepção de luz ou um campo visual menor do que 10 graus de seu ponto de fixação; porém usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ou execução de uma tarefa”. (WHO, 1992; WHO, 1999) Justifica-se o uso dessa definição pelo fato de que a maior parte da população considerada cega (por alguma definição legal) tem, na verdade, baixa visão e é, a princípio, capaz de usar sua visão para realização de tarefas. (ISLVRR, 2005)

O **Conselho Internacional de Oftalmologia**, em abril de 2002, adotou algumas normas quanto às definições de deficiência visual adotadas do relatório “Visual Standards – Aspects and Ranges of Vision Loss, with emphasis on Population Surveys”, desenvolvido pelo Dr. August Colenbrander. O relatório pode ser obtido a partir do web site do Conselho Internacional de Oftalmologia: (www.icoph.org/pdf/visualstandardsreport.pdf) e apresentadas a seguir:

(A) Terminologia a ser adotada pela comunidade oftalmológica :

- **Cegueira** – a ser empregada para perda total da visão e para condições nas quais o indivíduo se utilize, de forma predominante, dos recursos de substituição da visão.
- **Baixa visão** – a ser empregada para níveis menores de perda visual, nos quais o indivíduo possa ser auxiliado, de forma significativa, por recursos para melhor resolução visual.

- **Deficiência visual** – a ser empregado quando a diminuição da visão é caracterizada por perda de função visual (como a acuidade visual, campo visual, etc) por alterações orgânicas. Muitas dessas funções visuais podem ser mensuradas quantitativamente.

- **Visão funcional** – a ser empregado para descrever as habilidades da pessoa no uso de sua visão para o desempenho de tarefas de sua vida diária. Essas atividades podem ser descritas de forma qualitativa.

- **Perda visual** – a ser empregado como termo genérico, tanto para perda total ou perda parcial, caracterizado pela deficiência visual ou por perda funcional.

(B) Para estudo populacionais de prevalência da perda visual e para pesquisa clínica recomenda-se o uso das orientações apresentadas em Kyoto, (1978). Descreve-se, de forma detalhada, a perda visual e a classifica (com base nos valores da acuidade visual):

- **Visão normal** ≥ 0.8

- **Perda visual leve** < 0.8 e ≥ 0.3

- **Perda visual moderada** < 0.3 e ≥ 0.125

- **Perda visual grave** < 0.125 e ≥ 0.05

- **Perda visual profunda** < 0.05 e ≥ 0.02

- **Perda visual quase total** (próximo à cegueira) < 0.02 e \geq NLP

- **Perda visual total**

Recomenda-se o emprego das categorias definidas na 9 e 10 Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde, na qual teremos:

- **Baixa visão** < 0.3 e ≥ 0.05

- **Cegueira** < 0.05

(C) Recomenda-se a referência **“Visual Acuity Measurement Standard”** (Kos, 1984),

- Onde o protocolo **ETDRS** do National Eye Institute, National Institutes of Health, USA, seja adotado como “padrão-ouro” para medida da acuidade visual nos estudos populacionais e pesquisa clínica.

A **Organização Mundial da Saúde, em setembro de 2003**, a partir de uma consultoria para o desenvolvimento de normas para caracterização de perda visual e funcionalidade visual, propôs o emprego combinado das classificações apresentadas na CID-10 e pelo Conselho Internacional de Oftalmologia, de acordo com a tabela II.

Na legislação brasileira, o **Decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004** regulamenta as **Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000**, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e **10.098, de 19 de dezembro de 2000**, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. No Art. 70, o art. 4o do **Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999**, passa a vigorar os termos relativos à deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

De acordo com as classificações apresentadas, recomenda-se que sejam adotadas, de acordo com a finalidade, as classificações como se segue:

- Para estudos populacionais e para pesquisa clínica: recomenda-se o emprego das definições propostas pela 10 Revisão da CID e quando maior detalhamento for necessário, empregar as categorias de perda visual propostas pelo Conselho Internacional de Oftalmologia;
- Para fins legais, na confecção de relatórios pelos profissionais da área médica, devem ser empregadas as classificações da CID- 10 e do Decreto 5296 (dezembro de 2004)
- Na avaliação da funcionalidade visual, com respeito às ações desenvolvidas para a reabilitação do indivíduo, a definição de Bangkok (1992) poderá ser empregada;
- As definições empregadas não poderão ser utilizadas para elegibilidade de um indivíduo ao atendimento em serviços de reabilitação visual. Devem ser considerados aspectos mais abrangentes, desde aspectos pessoais, de pesquisa de funções visuais (além da acuidade visual), de desempenho de suas atividades, de sua participação na sociedade e dentro de seu contexto pessoal, familiar e social.
- Considera-se para a prática profissional os valores de acuidade visual corrigidos. As orientações para uso da acuidade visual apresentada (que pode não ser corrigida)

justifica-se para estudos epidemiológicos e de prevalência da deficiência visual.

- O termo deficiência visual deverá ser empregado tanto para a população cega quanto para a população com baixa visão;
- O termo visão subnormal, por ser uma designação consagrada no nosso meio, poderá ser empregado de forma indiferente do termo baixa visão.

Acuidade visual com apresentada	Menor que	Igual ou maior que
Categorias		
Deficiência visual leve ou ausência de deficiência visual 0		6/18 3/10 (0.3) 20/70
Deficiência visual moderada 1	6/19 3.2/10 (0.3) 20/63	6/60 1/10 (0.1) 20/200
Deficiência visual grave 2	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
Cegueira 3	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
Cegueira 4	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percepção de luz
Cegueira 5	Percepção de luz	
9	Indeterminado ou não especificado	

TABELA II - Categorização da deficiência visual, de acordo com valores de Acuidade visual apresentada.

3.2 DADOS DA PREVALÊNCIA DA DEFICIÊNCIA VISUAL

A OMS, de acordo com dados baseados na população mundial do ano de 2002, estima que mais de 161 milhões de pessoas sejam portadoras de deficiência visual, das quais 124 milhões teriam baixa visão e 37 milhões seriam cegas. De maneira geral, para cada pessoa cega há uma média de 3,7 pessoas com baixa visão, com variações regionais de 2,4 a 5,8. As principais causas de cegueira, na população adulta, no mundo são: a catarata, o glaucoma e a degeneração macular relacionada à idade. (WHO, 2004; Resnikoff et al, 2004)

Estima-se que 90% dos casos de deficiência visual estejam nos países em desenvolvimento e a maior parte poderia ser evitada por prevenção ou tratamentos existentes. (West e Sommer, 2001) Na ausência de ações globais de prevenção à deficiência visual, a cegueira poderá atingir 76 milhões de pessoas no mundo no ano de 2020, em consequência ao crescimento e envelhecimento da população mundial. (Pizzarello et al., 2004)

Na América Latina, aspectos referentes à deficiência visual na infância são pouco conhecidos, uma vez que dependem de estudos populacionais ou de registros de casos, inexistentes nesta região. (Gilbert et al., 1994) Estudos de Kara-José et al (1988), Moreira et al (1991), Leal et al (1995), Carvalho et al (1996), Haddad et al (2000), Gilbert et al (1994), Muñoz et al (2002) têm contribuído para a reconhecimento do perfil da deficiência visual no nosso meio.

Pesquisas realizadas em 55 países, subdivididos em 15 subregiões, possibilitaram a obtenção de dados globais de deficiência visual. (WHO, 2004; Resnikoff et al, 2004) O Brasil compõe o grupo América B, no qual os dados de prevalência da deficiência visual são: cegueira na população menor de 15 anos de idade – 0,062%; cegueira na população entre 15 e 49 anos – 0,15%; população com mais de 50 anos de idade – 1,3%; prevalência de cegueira na população geral de 0,3% e prevalência de baixa visão na população geral de 1,7%.

De acordo com as informações apresentadas, a SBVSN recomenda:

- O emprego das estimativas preconizadas pela OMS (2004), na falta de estudos e

dados oficiais da prevalência da deficiência visual no nosso país;

- A continuidade de estudos regionais e de serviços, com o emprego de terminologia uniforme, para que diferentes aspectos regionais relativos ao quadro de deficiência visual sejam evidenciados;
- Que a SBVSN desenvolva pesquisa multicêntrica para estudo do panorama da deficiência visual no Brasil, com protocolo de pesquisa seguido pelos diversos serviços representados na reunião. Estudos populacionais são fundamentais para desenvolvimentos de ações de prevenção da deficiência visual e de colaboração à inclusão social do indivíduo com deficiência visual.

3.3 A ATUAÇÃO DO OFTALMOLOGISTA NA ÁREA DA BAIXA VISÃO

O oftalmologista, na sua prática médica diária, lida com uma grande variedade de situações de saúde que afetam a vida de seus pacientes. O foco de sua atuação é a intervenção imediata para cura dessas afecções. No entanto, apesar do pronto atendimento e dos recursos terapêuticos existentes, condições crônicas e deficiências permanentes podem existir e lidar com as suas conseqüências constitui-se numa parte da atuação médica denominada de medicina da reabilitação, na qual está incluída a oftalmologia. (Colenbrander e Fletcher, 2003)

A atuação do oftalmologista na área da baixa visão não é uma ação isolada; é parte de um trabalho conjunto de profissionais de diferentes áreas, com o objetivo da inclusão social do indivíduo com a deficiência visual. (Haddad et al., 2001) Segundo Fonda (1965) a prática do oftalmologista na área da baixa visão constitui-se numa simples extensão de sua rotina e é dificultada, muitas vezes, por falta de conhecimento e por informações equivocadas.

O oftalmologista é o agente catalisador do processo de reabilitação visual. A atenção oftalmológica à baixa visão permite o direcionamento de ações, desde o esclarecimento à família, tratamentos pertinentes, adaptação de auxílios para baixa visão até a referência a profissionais de outras áreas para subsídio no trabalho de habilitação ou reabilitação visual. A partir do conhecimento das características da resposta visual as ações tornam-se eficientes. (Haddad et al., 2001; Sampaio et al., 2001)

As estratégias de ações para habilitação e reabilitação visual são estabelecidas a partir das necessidades do indivíduo, de acordo com o impacto da deficiência visual sobre sua funcionalidade. A função visual é frequentemente estudada por meio de medidas de acuidade visual, campo visual, sensibilidade ao contraste, visão de cores e binocularidade . (Massof, 2002)

Até a década de 80, a acuidade visual era o principal dado de interesse na avaliação oftalmológica para uso em escalas psicométricas (para efeitos legais). (Rahi, 1998; Massof, 2002; Boer et al., 2004) Ao longo dos últimos 20 anos, profissionais da área clínica observaram que dados de medida da função visual isoladamente não refletiam, quanto à perspectiva do indivíduo com a deficiência visual, aspectos importantes de sua condição. Atualmente maior ênfase tem sido dada a aspectos da qualidade de vida relacionada à resposta visual . (Boer et al., 2004)

O atual conceito de prevenção enfatiza a preservação da visão e relaciona-se estreitamente à qualidade de vida do ser humano, na qual desempenha importante função a sua capacidade visual. (Temporini e Kara-José, 2004)

A OMS define qualidade de vida, dentre as diversas definições com perspectiva multidimensional (física, funcional e psicossocial), como uma percepção do indivíduo em seu contexto cultural e de valores e em relação a suas metas, expectativas, padrões e interesses, sendo saúde um estado de bem-estar físico, mental e social. (Boer et al., 2004; Massof e Fletcher, 2001; Parrish, 1996)

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proporciona base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições de bem-estar relacionadas à saúde em qualquer indivíduo. A funcionalidade indica os aspectos positivos da interação entre o indivíduo e seus fatores contextuais, enquanto que a incapacidade indica os aspectos negativos. A CIF integra conceitos do modelo médico e social de funcionalidade e incapacidade; sua abordagem é biopsicossocial.(OMS, 2001) O significado da condição visual para o indivíduo depende da sua interação com fatores sociais, ambientais, psíquicos, familiares, laborativos. (Green et al., 2002)

Das informações apresentadas, conclui-se que:

- Os objetivos da atenção à baixa visão são: minimizar as restrições nas participações em atividades; realizar, por meio de testes compatíveis com o desenvolvimento do indivíduo e aspectos culturais, a avaliação da função visual; avaliar o impacto da deficiência visual nas atividades diárias; disponibilizar auxílios ópticos de alta qualidade e custo acessível e que atendam às necessidades diferenciadas e assegurar que toda pessoa com baixa visão seja encaminhada a serviços de reabilitação e receba orientações adequadas dentro de um programa integrado.

- O oftalmologista deve ter conhecimento básico de atuação na área de baixa visão para indicação de recursos necessários para aumento da resolução visual e consequente impacto na funcionalidade do indivíduo;

- A capacitação do oftalmologista na área de baixa visão deve ser realizada, fundamentalmente, nos cursos de especialização em oftalmologia por meio de serviços de baixa visão, por meio de estágios supervisionados nos serviços de baixa visão sob orientação de oftalmologista membro da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal e/ou por meio do Curso de Imersão para Oftalmologistas da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, instituído na gestão do Prof. Dr. Marcos Wilson Sampaio no ano de 2003 (com base na experiência na capacitação de oftalmologistas na área da baixa visão no Serviço de Visão Subnormal da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no I Curso Nacional de Capacitação de Profissionais das áreas de Saúde e Educação para atuação junto ao ensino público do Ministério da Educação em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Dr. Gabriel Porto da Universidade Estadual de Campinas, Secretaria de Estado da Educação de São Paulo, Universidade Estadual Paulista - Marília, Laramara (Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual) e Fundação Dorina Nowill para Cegos;

- Compõem a avaliação oftalmológica: a anamnese, o exame oftalmológico (incluindo a refratometria), a pesquisa de funções visuais com uso de testes e pa-

ramentos específicos(acuidade visual, campo visual, sensibilidade ao contraste, glare, visão de cores), a prescrição de auxílios para baixa visão;

- Na pesquisa da condição de saúde e de bem-estar do indivíduo é fundamental que o oftalmologista pesquise os domínios apresentados pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, durante sua anamnese;
- O padrão ETDRS é recomendado como padrão a ser utilizado pelos serviços de baixa visão para pesquisa da acuidade visual;
- Na infância, os testes de resolução visual são empregados para pesquisa de acuidade visual na fase não verbal e testes com símbolos na fase verbal para pesquisa da acuidade visual;
- A acuidade de leitura e velocidade de leitura devem ser pesquisadas, principalmente durante o processo de adaptação de auxílios ópticos para perto;
- O campo visual poderá ser estudado por meios de testes de confrontação, tela tangente, perímetro de disco, perimetria manual e automatizada, de acordo com a capacidade de colaboração do indivíduo avaliado. O uso de tela de Amsler é também indicado;
- A visão de cores é pesquisada com testes que não permitam interferência de outras funções visuais, como testes de pareamento com peças de maior diâmetro que as convencionais (para visão normal);
- A sensibilidade ao contraste deverá ser pesquisada por testes que permitam a aplicação a indivíduos com acuidade visual reduzida;
- O papel do oftalmologista é avaliar a condição visual do indivíduo, compreender as necessidades específicas para a melhora do desempenho de atividades dependentes da melhor resolução visual, compreender outras necessidades da pessoa com baixa visão (dentro de seu contexto social), encaminhar a outros profissionais da área de reabilitação visual (por exemplo, profissional da área de

orientação e mobilidade, profissionais da área de intervenção precoce, psicologia) e indicar e prescrever auxílios ópticos para baixa visão (sejam correção óptica das ametropias quando necessárias e também auxílios ópticos especiais como, por exemplo, sistemas telescópicos e lupas); o oftalmologista, de acordo com as características das diversas funções visuais estudadas, indicará auxílios não ópticos (para modificação de materiais e do ambiente) e também auxílios de vídeo-ampliação e de informática;

- O uso funcional de auxílios ópticos e de vídeo-ampliação deve ser obtido por meio de orientações realizados por profissionais que atuam com o oftalmologista e sob sua responsabilidade. A prescrição óptica é papel do oftalmologista;

- Auxílios para baixa visão são não ópticos, ópticos, de vídeoampliação e de informática. Ressalta-se a dificuldade de acesso aos recursos ópticos, de vídeo-ampliação e de informática pelo custo incompatível com a população de baixa renda e pelas dificuldades de importação impostas pelo poder público;

- A avaliação da pessoa com baixa visão é um processo contínuo, de acordo com a progressão da doença ocular de base, com as modificações refracionais, com o desenvolvimento de cada indivíduo e com a modificação de seus interesses. A reavaliação oftalmológica deve, portanto, ser periódica, a critério do oftalmologista e dos serviços e de acordo com o quadro ocular;

- A prescrição de auxílios ópticos para baixa visão, que é baseada na condição funcional do indivíduo e na condição refracional, deve apresentar todas as características ópticas e de montagem possíveis. Para a prescrição de sistemas telescópicos são necessários dados relativos a: tipo de sistema, ampliação, diâmetro da objetiva, ajuste de foco, montagem (manual ou montado em armação), uso monocular ou binocular. Para as lupas manuais ou de apoio são necessários: dioptrias, diâmetro da lente, fonte de luz acoplada ou não. Para lentes convexas montadas em óculos são necessários: dados das dioptrias, uso de prismas, uso de lente fosca, tipo de armação.

- A confecção de laudos com finalidade legal deve seguir as recomendações da CID-10 e do Decreto 5296, descritas anteriormente. Não cabe ao oftalmologista definir a

obtenção de isenções e de ações afirmativas para o seu paciente que serão definidas pelos profissionais peritos designados pelas instituições públicas pertinentes.

3.4 ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR

Os serviços de baixa visão devem desenvolver ações conjuntas com outros serviços de atenção à deficiência visual na comunidade. É imperativo que seja fornecido atendimento oftalmológico em coordenação com ações educacionais e de reabilitação.

Os modelos de atenção podem ser: 1- primária baseada na comunidade com o objetivo de disseminar informações sobre a área de baixa visão, de triar, de detectar, de encaminhar e de fornecer orientações básicas na área de reabilitação; 2 - secundária baseada em consultórios oftalmológicos e hospitais regionais (objetivam o diagnóstico, tratamento, refração, avaliação da baixa visão, prescrição de auxílios para baixa visão e instrução para uso funcional dos mesmos) e também no sistema educacional (educação especial e centros de recursos para promover a inclusão do estudante na classe comum, por meio de recursos e orientações); 3-terciária baseada em serviços multidisciplinares providos por hospitais de grande porte ou centros especializados (oferecem gama maior de serviços: educação especial, treinamento em orientação e mobilidade, apoio psicológico e social, preparo para a empregabilidade e pesquisa).

De acordo com a discussão proposta, concluiu-se que:

- Os serviços de baixa visão serão compostos de acordo com a realidade local, de acordo com a população a ser atendida (população infantil, população adulta e população idosa) e o enfoque de atuação dos diversos serviços;
- A atuação interdisciplinar é fundamental na habilitação/ reabilitação da pessoa com baixa visão. O termo habilitação visual será empregado nos quadros de deficiência visual de 0 a 7 anos de idade. A denominação estimulação visual será empregada na faixa de 0 a 3 anos de idade. Os profissionais que geralmente compõem os serviços são: assistentes sociais, psicólogos, oftalmologistas, ortoptistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores e professores de orientação e mobilidade. Outros profissionais poderão integrar os serviços, de acordo com a complexidade dos mesmos;

• Recomenda-se não utilizar o termo “terapeuta em baixa visão”. Justifica-se essa orientação com base: 1- no processo de reabilitação da pessoa com deficiência visual que não tem caráter terapêutico e 2 – o termo pode gerar interpretações equivocadas quanto a atuação de cada profissional que integra o trabalho interdisciplinar. O conhecimento da área da reabilitação visual deve ser presente a todos os profissionais; porém, a atuação de cada área deve ser bem delineada, assim como é fundamental a interface entre as mesmas. Entende-se que, dessa forma, a interdisciplinaridade seja respeitada e melhor atuação dos profissionais ocorra e com conseqüente melhor qualidade dos serviços. Há indicação para uso do termo “especializado em deficiência visual” após a formação profissional (por exemplo: oftalmologista com subespecialidade em baixa visão, pedagoga especializada em deficiência visual, fisioterapeuta especializada em deficiência visual, ortoptista especializada em baixa visão). A especialização de cada área profissional deve seguir normas de seus respectivos Conselhos.

3.5 AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE VISÃO SUBNORMAL

De acordo com a discussão realizada durante o I CONSENSO DA SBVSN, recomendou-se o desenvolvimento de ações para promoção da inclusão social da pessoa com baixa visão.

As ações propostas foram:

1. realização de estudos multicêntricos, com abrangência nacional, quanto à epidemiologia da deficiência visual, quanto aos serviços existentes de atenção à deficiência visual e quanto à qualidade de vida da pessoa com baixa visão e cegueira;
2. colaboração para a capacitação de recursos humanos para atendimento à pessoa com baixa visão e desenvolvimento de uma rede nacional de atenção oftalmológica a este segmento da população;
3. colaboração para o acesso aos recursos ópticos (óculos para correção de ametropias e auxílios ópticos especiais) necessários ao indivíduo com baixa visão.

LISTA DE PARTICIPANTES

Alexandre Costa Lima Azevedo - SP
Candida Broxado Pereira Barbosa - GO
Cristiano Martins Chuva - RJ
Danilo Dimas Monteiro de Castro - SP
Edson Carvalho da Silveira - BA
Fernanda Santos Menezes Oliveira - RJ
Gilmar Paiva Furtado - RJ
Helder Alves da Costa Filho - RJ
Ines Eloisa da Silveira Isoldi - SP
João Prado Jr. - SP
Karla Ferreira Liparizi - SP
Keila Miriam Monteiro de Carvalho - SP
Laércio Motoryn - SP
Luciene Chaves Fernandes - MG
Marcos Wilson Sampaio - SP
Maria Aparecida Onuki Haddad - SP
Maria de Fátima Neri Góes - BA
Marta Hercog Batista Rebelo de Matos - BA
Mayumi Sei - SP
Mônica Ozório Tavares - RJ
Nilsicler Julieta Sguarezi - PR
Priscila Ciocler Froiman - SP
Ruth Cytrynbaum Cwajgenberg - RJ
Simone Boghossian Maranhão - RJ
Valdete Maia Teixeira Gonçaves Fraga - SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boer MR, Moll AC, Vet HCW, Terwee CB, Völker – Dieben HJM, Van Rans GHMB. Psychometric properties of vision – related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthal Physiol Opt.* 2004; 24:257-273
- Carvalho KM, Minguini N, Moreira Filho D, Kara-José N. Characteristics of a pediatric low-vision population. *J.Pediatr.Ophthalmol.Strabismus* 1996; 35: 162-5.
- Carvalho KMM, Freitas CC, Kimolto EM, Gasparetto MERF. Avaliação e conduta em escolares portadores de visão subnormal atendidos em sala de recursos. *Arq Bras Oftalmol* 2002;65:445-9
- Carvalho KMM, Venturini NHB, Melo HFR, Venturini TBP, Shiroma LO, Buono CL. Eficácia das condutas de um serviço de visão subnormal. *Arq. Bras.Oftal.* 1998;61:684-9.
- Colenbrander A, Fletcher D C. Low vision rehabilitation. A study guide and outline for ophthalmologists, residents and allied health personnel., Anaheim: JCAHPO, 2003.
- Faye EE - *Clinical Low Vision*. 2nd ed. New York, Little, Brown and Company, 1984.
- Fonda G. Management of the patient with subnormal vision. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1965.
- Foster A, Gilbert C. - Epidemiology of childhood blindness. *Eye* 1992; 6:173-6.
- Gilbert C, Canovas R, Canovas RK et al. Causes of blindness and severe visual impairment in children in Chile. *Dev Med Child Neurol* 1994 36:326-33
- Green J, Siddall H, Murdoch I. Learning to live with glaucoma: a qualitative study of diagnosis and the impact of sight loss. *Soc. Sci. Med.* 2002; 55: 257-267.
- Haddad MAO, Braga AP, Sei M, Sampaio MW, Kara-José N. Sistema telescópico de custo reduzido II. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Kara-José N. Auxílios para baixa visão. São Paulo: Laramara; 2001. p 49-52
- Haddad MAO, Sampaio MW, Kara-José N –Pediatric and adolescent population with visual impairment: study of 385 cases. *Clinics* 2006; 61:239-246
- Haddad MAO, Sampaio MW, Kara-José N. Baixa visão na infância. Manual Básico para oftalmologistas. São Paulo: Laramara; 2001.
- Haddad MAO, Sialyus MOC. Custo-benefício da reabilitação. In: Kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. P 197-201.
- Haddad MAO, Sampaio MW, Oltrogge E, Betinjane AJ, Kara-José N. População infantil com baixa visão secundária ao glaucoma congênito: resposta visual, correção óptica e auxílios ópticos. *Arq. Bras. Oftalmol.*2000; 63- supl: 42 (Apresentado no 14º Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira e Reabilitação Visual; 6 a 10 de setembro de 2000; Natal, Rio Grande do Norte . Resumos)
- Haddad MAO, Sei M, Braga AP, Sampaio MW, Kara-José N. Causes of visual impairment in childhood and adolescence: a retrospective study of 1917 cases. In: Stuen C, Arditi A, Horowitz A., Lang MA et al. *Vision Rehabilitation - Assessment, Intervention and Outcomes*, New York: Swets & Zeitlinger, 2000a: 371-5.
- Haddad MAO, Sei M, Sampaio MW, Kara-José N. Causes of visual impairment in children: study of 3210 cases. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus* 2007;44:232- 240
- Haddad MAO, Sei M, Sampaio MWS, Kara-José N. Retinopatia da prematuridade – Estudo de 210 casos com deficiência visual. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2003; 66(4 supl.): 74. (Apresentado no 32º Congresso Brasileiro de Oftalmologia. 10 a 13 de setembro de 2003. Salvador. BA. Resumo) International Council of Ophthalmology. Visual Standards – Aspects and ranges of vision loss. ICO Report. Sydney, 2002.

International Council of Ophthalmology. Low vision rehabilitation. Guidelines and Standards for Education of an Ophthalmologist: [cited 2006 jun 5] Available from: www.icoph.org/ed/res15lowvision.html

International Society for Low-vision Research and Rehabilitation . Toward a reduction in the global impact of low vision. Oslo: ISLVRR, 2005 .

Kara-José N, Alves MR. Problemas oftalmológicos mais freqüentes em escolares. In: Conceição JAN. coordenadora. Saúde ocular: a criança, a vida e a escola. São Paulo: Sarvier; 1994.p195-203

Kara-José N, Carvalho KMM, Pereira VL, et al. Estudo retrospectivo dos primeiros 140 casos atendidos na Clínica de Visão Subnormal do Hospital de Clínicas da Unicamp. Arq.Bras.Oftalmol. 1988, 51: 6.

Leal DB, Tavares SS, Ventura LO, Florencio T. Atendimento a portadores de visão subnormal: estudo retrospectivo de 317 casos..Arq.Bras.Oftalmol 1995; 58:439-47.

Massof RW, Fletcher DC. Evaluation of the NEI visual functioning questionnaire as na interval measure of visual ability in low vision. Vision Res. 2001; 41:397-413.

Massof RW. Thw measurement of vision disability. Optom. Vis. Sci. 2002; 78:516-552.

Moreira ATR, Moreira JR CA, Arana J. - Causas de Cegueira no Instituto de Cegos do Paraná. Arq.Bras.. Oftalmol. 1991, 54:275.

Muñoz B, West SK. Blindness and visual impairment in the Americas and the Caribbean. Br. J. Ophthalmol. 2002;86: 498-504.

Organização Mundial da Saúde - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde - Décima Revisão. São Paulo: Edusp, 1993.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

Rahi JS. Measuring the burden of childhood blindness. Br.J Ophthalmol. 1999; 83:387- 388.

Resnikoff S, Pascolini D, Etyaále D, Kocur I, Parajasegarm R, Pokharel GP, Mariotti SP. Global data on visual impairment in the year 2002. Bull. World Health Organ. 2004;82(11):844-51.

Sampaio MW, Haddad MAO, Kara-José N. Auxílios para baixa visão. São Paulo: Laramara; 2001.

Sampaio MW, Cibils CA. Visão Subnormal. In: Oliveira RCS, Kara-José N. Auxiliar de Oftalmologia. 1a ed. São Paulo: Roca, 2000. p323-33.

Sampaio MW, Haddad MAO. Baixa visão: manual para o oftalmologista. Rio de Janeiro: Cultura Médica e Guanabara Koogan; 2009. 176p.

Sampaio MW. Estímulo ao uso da visão residual. In: Kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. P 160-2.

Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica e Guanabara Koogan; 2010. 552p.

Temporini E, Kara-José N – A perda da visão – Estratégias de prevenção. Arq. Bras. Oftalmol., 2004;67(4):597-601

World Health Organization - Programme for the Prevention of Blindness - Management of low vision in children - Report of a WHO Consultation. Bangkok : WHO/PBL/93.27; 1992.

World Health Organization. Consultation on development os standars for characterization vo visual loss and visual functioning. Geneva: WHO/PBL/03.91;2003.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
VISÃO SUBNORMAL

Rua Casa do Ator, 1117 - cj. 21 - Vila Olímpia
CEP: 04546-004 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3266.4000 Fax: (11) 3171.0953
E-mail: sbvsn@cbo.com.br
www.visaosubnormal.org.br

Filiada:



**Conselho
Brasileiro de
Oftalmologia**

