

II CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE VISÃO SUBNORMAL



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
VISÃO SUBNORMAL

SÃO PAULO, 30 DE JULHO DE 2010

Relatores:

Dr. Alexandre Costa Lima Azevedo

Dr. Marcos Wilson Sampaio

Dra. Maria Aparecida Onuki Haddad

Dra. Mayumi Sei

Dra. Keila Miriam Monteiro De Carvalho

II CONSENSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE VISÃO SUBNORMAL



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE
VISÃO SUBNORMAL**

SÃO PAULO, 30 DE JULHO DE 2010

Relatores:

Dr. Alexandre Costa Lima Azevedo

Dr. Marcos Wilson Sampaio

Dra. Maria Aparecida Onuki Haddad

Dra. Mayumi Sei

Dra. Keila Miriam Monteiro De Carvalho

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

II Consenso da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal

Relatores:

Dr. Alexandre Costa Lima Azevedo

Dr. Marcos Wilson Sampaio

Dra. Maria Aparecida Onuki Haddad

Dra. Mayumi Sei

Dra. Keila Miriam Monteiro de Carvalho

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

| | |
|--|----|
| Apresentação: | 07 |
| Relatores | 08 |
| Introdução | 09 |
| Objetivos do II Consenso | 10 |
| Resultados das Discussões | 11 |
| <i>A. Formação do oftalmologista na área da reabilitação da pessoa com baixa visão</i> | 11 |
| <i>B. Aspectos éticos e legais referentes ao processo de adaptação de auxílios especiais para baixa visão e prescrição óptica realizada pelo médico oftalmologista</i> | 17 |
| <i>C. Acesso da população com deficiência visual a serviços de reabilitação</i> | 19 |
| Lista de Participantes | 24 |
| Referência Bibliográficas | 25 |

Nossos Agradecimentos

O esforço da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, e de seus associados, que se dedicaram à elaboração do presente documento, só pode ser operacionalizado graças ao reconhecimento de sua importância pelas empresas que apoiaram esta iniciativa. São elas:

Essilor Pró Vista Segment

Como Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, coube-me a apresentação do II Consenso da nossa Sociedade que foi realizado no Anfiteatro da Oftalmologia da FMUSP, no dia 30 de julho de 2010 às 19h30min, após um dia de aulas e palestras coordenadas pelo serviço de Visão Subnormal da Clínica Oftalmológica da Universidade de São Paulo, por ocasião dos Cursos Integrados da USP.

Tivemos como relatores do II Consenso os Doutores Marcos Wilson Sampaio, Maria Aparecida Onuki Haddad, Keila Miriam Monteiro de Carvalho, Alexandre Costa Lima de Azevedo e Mayumi Sei, que também foi responsável pela Ata.

Como no I Consenso, foi mostrada a importância do médico oftalmologista com capacitação em visão subnormal junto à equipe interdisciplinar na inclusão da pessoa com deficiência visual na sociedade, em sentido amplo.

Demos subsídios para a elaboração do Currículo Mínimo na capacitação do médico oftalmologista em visão subnormal, conforme solicitação da Comissão de Ensino do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Com base no novo Código de Ética Médica, e nas considerações que buscamos junto ao Dr. Mauricio Rhein Felix, do Departamento Jurídico do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, discutimos os aspectos éticos e legais da prescrição e adaptação dos recursos ópticos pelo médico oftalmologista.

Tecemos considerações quanto à política pública para a reabilitação da população com baixa visão, sobre como os gestores poderiam melhorar e agilizar o atendimento do deficiente visual pelo Sistema Único de Saúde, de acordo com a realidade local apresentada pelos participantes do II Consenso.

Por fim, nosso II Consenso foi muito proveitoso, uma vez que teve como base a realidade do nosso trabalho, os obstáculos encontrados na prática, e a discussão e apresentação de normas e sugestões para a promoção de maior impacto dos serviços.

Acreditamos, ainda, que o III Consenso não tardará, uma vez que a nossa subespecialidade tem apresentado importante desenvolvimento na última década, dentro do panorama brasileiro e mundial.

Agradeço a todos os membros que participaram ativamente de mais essa importante jornada, em especial aos colegas que vieram de outros Estados e contribuíram com as discussões até o final dos trabalhos.

Até o próximo Consenso!

Dr. Alexandre Costa Lima de Azevedo

Presidente da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal.

RELATORES: 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

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

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

Mayumi Sei

- Membro da Diretoria – Tesoureira – gestão 2009-2011
- Médica Colaboradora do Serviço de Visão Subnormal do Hospital das Clínicas da FMUSP
- Médica oftalmologista da Laramara – Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual

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

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.

A Sociedade Brasileira de Visão Subnormal reuniu-se no dia 30 de julho de 2010, no Anfiteatro do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na cidade de São Paulo, após convocação de seus associados oftalmologistas pelo Presidente Dr. Alexandre Costa Lima de Azevedo.

OBJETIVO:

Assim como o I Consenso, o II Consenso da SBVSN teve como objetivos gerais:

- 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;
- Melhoria da qualidade de serviços.

O I Consenso da SBVSN teve como direcionamento a discussão referente a terminologia na área da deficiência visual, a 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. De forma complementar, o II Consenso promoveu a discussão e a apresentação de propostas referentes aos seguintes temas:

- capacitação/formação do médico oftalmologista para atuação na área da reabilitação da pessoa com baixa visão;
- aspectos éticos no processo de adaptação de auxílios especiais para a pessoa com baixa visão e na prescrição óptica;
- acesso da população com deficiência visual a serviços de baixa visão no sistema público de saúde.

O II CONSENSO TAMBÉM FOI DESENVOLVIDO 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.

A. FORMAÇÃO DO OFTALMOLOGISTA NA ÁREA DA REABILITAÇÃO DA PESSOA COM BAIXA VISÃO

De acordo com Sampaio e Haddad (2009), a atenção ao paciente com baixa visão deve ser incorporada pelo oftalmologista, na sua prática diária, como extensão dos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e refracionais. Atualmente, atenção à baixa visão é oferecida em diversos modelos de serviços: hospitais, clínicas, consultórios, instituições, organizações não governamentais e serviços de residência médica em oftalmologia. Cada serviço apresenta características próprias quanto à complexidade e dinâmica de trabalho. O médico oftalmologista pode atuar nos diversos modelos de serviços, os quais serão formatados de acordo com os objetivos propostos:

- Nos serviços de atenção primária à deficiência visual (nível 1). O oftalmologista poderá fornecer orientações básicas na área de reabilitação e poderá atender a maior parte das demandas de seus pacientes com condutas e prescrições não tão complexas. Os pacientes que mais terão benefícios com esta atuação são os que apresentam deficiência visual leve a moderada (valores de acuidade visual próximos do normal até 20/70). Encaminhamentos a outros serviços especializados, muitas vezes, não são necessários.
- Nos serviços de atenção secundária à deficiência visual (nível 2). Há demanda de recursos mais específicos para avaliação e conduta no consultório ou hospitais. Requer também maior capacitação de recursos humanos. Muitos pacientes necessitarão de orientações de outros profissionais de reabilitação (orientação e mobilidade, intervenção precoce, apoio educacional à inclusão escolar). Necessitam da atenção secundária, na maior parte das vezes, pacientes com deficiência visual moderada a grave (20/70 a 20/200).
- Nos serviços de atenção terciária à deficiência visual (nível 3). São serviços mais complexos e que oferecem serviços especializados na área de reabilitação (desde intervenção precoce até programas de inclusão no mercado de trabalho). Atenderão, principalmente, as necessidades dos indivíduos com deficiência grave a pro-

funda (20/200 a 20/1000). O oftalmologista será membro especializado de uma equipe multidisciplinar, em hospitais ou instituições, e deverá constituir o serviço médico com todos os paramentos necessários para atender toda gama de necessidades dos indivíduos com deficiência visual grave a profunda. A atenção poderá ser direcionada à população infantil e/ou adulta que podem apresentar outras deficiências associadas.

Os protocolos de atendimento diferem, de acordo com a estrutura necessária para cada tipo de atuação. De forma genérica, para a implantação de um serviço de oftalmologia especializada em baixa visão, alguns aspectos devem ser considerados:

- Necessidades regionais de serviços. Podem influenciar o modelo de atendimento a ser proposto;
- Recursos humanos necessários e capacitação;
- Protocolos e registros de avaliação, prescrição, atendimentos, orientação e acompanhamento;
- Serviços da comunidade para os quais os pacientes possam ser referenciados;
- Adequação da estrutura física do serviço quanto a acessibilidade arquitetônica (barreiras arquitetônicas, iluminação, contraste do ambiente, sinalização);
- Materiais para avaliação e prescrição oftalmológica;
- Modelos de laudos médicos para atendimento de aspectos legais e comunicação com outros profissionais da área de reabilitação;
- Materiais educacionais e informativos aos pacientes e à comunidade.

No consultório oftalmológico, de forma paralela aos modelos de serviços apresentados, a atuação do oftalmologista na atenção à baixa visão poderá ser: básica, intermediária e avançada (Brown, 2007).

- Atuação básica - o oftalmologista reconhecerá as necessidades específicas de seu paciente com baixa visão, fornecerá orientações quanto ao quadro visual e encaminhará a serviços especializados.
- Atuação intermediária – o oftalmologista fará a adaptação de recursos ópticos simples e fornecerá orientações básicas para melhora da funcionalidade (auxílios não ópticos). Fará também encaminhamentos a serviços especializados para atendimentos mais complexos.
- Atuação avançada – o consultório deverá estar preparado para atender as ne-

cessidades do paciente quanto à adaptação de auxílios ópticos (casos difíceis e recursos mais complexos), quanto à indicação de auxílios de tecnologia avançada (sistemas eletrônicos de vídeo-ampliação e da área de informática) e deve dispor de facilidades para agendamento com demais profissionais da área de reabilitação (profissionais de intervenção precoce, orientação educacional, orientação/mobilidade, psicologia, por exemplo) que farão parte da equipe do serviço ou desenvolverão uma parceria de trabalho). O oftalmologista, nesse tipo de atuação necessitará maior capacitação na área da baixa visão.

De acordo com o relatório do I Consenso da SBVSN (2010):

- 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.

A Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, após discussão entre seus membros, apresenta, a seguir, subsídios para um currículo mínimo para a capaci-

tação do médico oftalmologista na área da reabilitação da pessoa com baixa visão (visão subnormal) durante a residência médica ou em cursos de especialização em oftalmologia e que estão em concordância com orientações do Conselho Internacional de Oftalmologia (2010):

Nível básico de conhecimentos (Residente do 1º Ano)

- 1)** Conhecimento das doenças que causam impacto na reabilitação para baixa visão nas diversas faixas etárias (epidemiologia da deficiência visual) no país e globalmente. Conceitos de deficiência visual: visão subnormal e cegueira.
- 2)** Definir os diferentes tipos de auxílios para visão subnormal.
- 3)** Conhecimento da estrutura óptica básica dos auxílios para baixa visão.
- 4)** Desenvolver sensibilidade para os aspectos psicológicos e emocionais da deficiência visual.
- 5)** Reconhecer as dificuldades que a pessoa com deficiência visual comumente deve enfrentar.
- 6)** Conhecimento da indicação de terapias de reabilitação e auxílios adequados para ajudar o paciente a alcançar suas metas (p.e. magnificação, iluminação). Auxílios ópticos e não-ópticos, e suas principais indicações nos tipos clássicos de baixa visão (defeito de campo central, restrição de campo periférico e opacidade de meios).
- 7)** Definir as implicações funcionais das distintas patologias e doenças do sistema visual. Conhecimento das formas de avaliação funcional da visão em pacientes com baixa visão (tabelas ETDRS, avaliação de contraste, senso cromático, campo visual e ofuscamento). Uso dos diversos tipos de tabelas para medir acuidade visual para longe e perto nas diversas faixas etárias.
- 8)** Conceituar os tipos de auxílios ópticos para perto e longe com suas principais indicações e limitações.
- 9)** Conhecimento das técnicas possíveis para melhorar o campo visual em pacientes com as diversas formas de restrição do mesmo.
- 10)** Conhecimento das técnicas para refração adequadas aos pacientes com baixa visão.
- 11)** Conhecimento da legislação brasileira sobre deficiência visual e sua aplicabilidade na confecção de laudos médicos.

Recomenda-se que o residente participe do atendimento de ao menos 40 casos novos de baixa visão nesta fase.

Nível Intermediário (Residente do 2º Ano)

- 1) Reconhecer de forma sistemática as doenças associadas importantes que causam impacto na reabilitação para baixa visão nas diversas faixas etárias. Peculiaridades regionais.
- 2) Analisar de forma crítica as técnicas de avaliação das funções visuais e sua aplicabilidade nas diversas patologias e faixas etárias.
- 3) Reconhecer e definir os distintos auxílios ópticos e não ópticos de ajuda para baixa visão.
- 4) Aplicar a óptica básica dos auxílios para baixa visão para longe e perto.
- 5) Indicar, adaptar e prescrever terapias de reabilitação e auxílios ópticos e não ópticos básicos para ajudar o paciente a alcançar suas metas.
- 6) Conhecimento e aplicação das técnicas possíveis para melhorar o campo visual, sensibilidade ao contraste, ofuscamento e orientação em problemas com senso cromático em pacientes com baixa visão.
- 7) Reconhecer e indicar necessidade de orientação para uso funcional dos auxílios ópticos e não ópticos. Encaminhamentos pertinentes para equipe multidisciplinar em reabilitação visual.
- 8) Aplicação da legislação pertinente relativa à deficiência visual e sua aplicabilidade na confecção de laudos médicos com vistas aos direitos do deficiente quanto ao trabalho, estudo e acessibilidade em geral. Níveis de incapacidade.
- 9) Conhecimento dos principais centros regionais de apoio à deficiência visual para encaminhamentos específicos.

Recomenda-se que o residente participe ao menos do atendimento de 40 casos novos de baixa visão em seu estágio.

Nível avançado (Residente do 3º Ano)

- 1) Com o conhecimento adquirido nas outras áreas da oftalmologia, avaliar as necessidades de tratamento e acompanhamento da patologia de base, planejando as necessidades de avaliações para o seguimento adequado para o paciente e atendimento de suas necessidades.
- 2) Conhecimentos da avaliação em baixa visão de grupos especiais tais como deficiência visual associada à múltipla deficiência e surdez-cegueira.
- 3) Definir as indicações para os dispositivos mais complexos de ajuda para baixa visão

e cegueira. Auxílios ópticos com montagens especiais, sistemas de videomagnificação e conhecimento dos auxílios de substituição da visão e necessidades especiais.

4) Avaliar as necessidades e planejar as terapias de reabilitação e os dispositivos ópticos mais complexos para ajudar o paciente a alcançar suas metas.

5) Aptidão para conceber necessidade de ações integradas com profissionais da equipe multidisciplinar e planejamento das mesmas.

Recomenda-se nesta fase que o residente participe do atendimento de ao menos 40 casos novos de deficiência visual (baixa visão e cegueira).

Estágio de complementação especializada em Baixa Visão (fellow em subespecialidade)

Recomenda-se que tenha a duração de 1 ano, após a complementação da residência ou especialização, e seja realizado em serviço de Visão Subnormal anexo a serviço de Oftalmologia reconhecido como residência médica pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Devem ser oferecidos ao menos 3 ambulatórios médicos semanais dedicados à área (12 horas semanais), com atenção oftalmológica para todas as faixas etárias. O serviço deve oferecer também acesso a equipe multidisciplinar. O médico deve participar do atendimento de, ao menos, 300 pacientes com deficiência visual no período.

A SBVSN sugere o seguinte conteúdo programático a ser desenvolvido durante a residência médica, curso de especialização e estágio de complementação especializada:

- 1)** O Papel do Oftalmologista na Reabilitação da Pessoa com Baixa Visão;
- 2)** Contexto Global da Deficiência Visual;
- 3)** Deficiência Visual: Definições;
- 4)** Aspectos Legais da Deficiência Visual e Confecção de Laudos Médicos;
- 5)** A Avaliação Oftalmológica do Indivíduo com Baixa Visão;
- 6)** A Relação Médico-Paciente na Promoção da Reabilitação Visual;
- 7)** Estudo das Funções Visuais;
- 8)** A Refração na Baixa Visão;
- 9)** Correlação Clínico-Funcional e a Adaptação de Auxílios para Baixa Visão;
- 10)** Ampliação da Imagem Retiniana;

- 11) Auxílios Ópticos para Perto;
- 12) Auxílios Ópticos para Longe – Sistemas Telescópicos;
- 13) Auxílios para Relocação e Condensação da Imagem Retiniana;
- 14) Auxílios Ópticos para Controle da Iluminação;
- 15) Auxílios Não-Ópticos;
- 16) Ampliação Eletrônica da Imagem – Sistemas de Videoampliação;
- 17) Orientações para Uso Funcional do Auxílio Óptico;
- 18) Recursos de Informática para a Baixa Visão;
- 19) A Criança com Baixa Visão;
- 20) Atenção à Baixa Visão no Consultório Oftalmológico.

B. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS REFERENTES AO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DE AUXÍLIOS ESPECIAIS PARA BAIXA VISÃO E PRESCRIÇÃO ÓPTICA REALIZADA PELO MÉDICO OFTALMOLOGISTA

Segundo Sampaio (2009), a maior funcionalidade visual é um dos principais objetivos do atendimento oftalmológico do paciente com baixa visão. Através da modificação da imagem retiniana, de materiais e das condições ambientais, a maior resolução visual é obtida. Os auxílios utilizados podem ser: ópticos, que utilizam uma lente ou um sistema óptico posicionado entre o observador e o objeto a ser observado (de acordo com suas características ópticas proporcionam filtração seletiva do espectro visível da luz, ampliação, condensação ou reposicionamento da imagem retiniana); não ópticos, também denominados de funcionais adaptativos, que modificam as características ambientais e o material a ser observado por meio não óptico; eletrônicos que integram sistemas ópticos para ampliação da imagem em vídeos e recursos da informática especializados. A adaptação de auxílios para baixa visão não é empírica e aleatória: todo um protocolo de atendimento deve ser seguido para que exista efetividade no uso do recurso indicado. A avaliação oftalmológica permite o diagnóstico e tratamento de doenças oculares, que podem muitas vezes ser subestimadas e ignoradas quando somente a ampliação é testada, de forma a comprometer ainda mais a saúde ocular do paciente. A avaliação oftalmológica especializada fornece subsídios para a indicação dos auxílios mais adequados. Nesse processo são importantes dados referentes às funções visuais e às necessidades do paciente.

De acordo com o Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas:

- no seu art. 39. É vedado às casas de óptica confeccionar e vender lentes de grau sem prescrição médica, bem como instalar consultórios médicos nas dependências dos seus estabelecimentos.
- No seu art. 40. É vedado às casas que comercializam artigos de ortopedia ou que os fabricam, vender ou aplicar aparelhos protéticos, contensivos, corretivos ou imobilizadores, sem a respectiva prescrição médica.

A prescrição de óculos e adaptação de lentes de contato são atribuições eminentemente medico-oftalmológicas, tendo o legislador dos Decretos nºs 20.931/32 e 24.492/34, definido estes atos como médicos. Uma vez atendidos todos os pressupostos e requisitos legais para o exercício da Medicina é garantida aos profissionais regularmente habilitados a exclusividade no tratamento à prevenção da saúde dos pacientes, ao diagnóstico e a terapia de suas moléstias.

De acordo com o Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM Nº 1931, de 17 de setembro de 2009) em vigor a partir de 13/4/2010, dentre os princípios fundamentais, ressaltamos que:

- A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza;
- O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;
- Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão;
- Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;
- A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio;

- O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência;
- No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas;
- Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

De acordo com as considerações apresentadas e com base na assessoria jurídica do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, prestada pelo Dr. Maurício Rhein Felix, a Sociedade Brasileira de Visão Subnormal define:

- **A adaptação de auxílios para baixa visão, que engloba a avaliação oftalmológica especializada, a indicação do auxílio pertinente ao quadro, a orientação para uso funcional e o acompanhamento, é de responsabilidade medico- oftalmológica;**
- **No processo de adaptação de auxílios especiais para baixa visão, não deve haver nenhum vínculo comercial do médico oftalmologista com as empresas fabricantes ou fornecedoras de recursos especiais.**

C. ACESSO DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA VISUAL A SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

No Brasil, o Censo Demográfico de 2000, com a assessoria técnica da Coordenadoria Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiência (CORDE), adotou um conceito ampliado de deficiências, que incluiu a percepção das pessoas pesquisadas em relação às alterações provocadas pela deficiência na sua capacidade de realização, comportamento e participação social (conceito compatível com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde). Por meio desta metodologia, declararam-se como portadoras de algum tipo de deficiência um total de 24,5 milhões de pessoas, o equivalente

a 14,5% da população brasileira. Do total de 24,5 milhões de pessoas com deficiências no Brasil, 48,1% são portadores de deficiência visual; 22,9% de deficiência motora; 16,7% de deficiência auditiva; 8,3% de deficiência mental e 4,1% de deficiência física. O alto índice de deficiência visual pode ser explicado pelo envelhecimento populacional e pela ampliação do conceito de deficiência visual (não restrito somente a cegueira, mas também, a grande ou alguma dificuldade permanente de enxergar). Esse dado pode refletir a dificuldade de acesso da população ao sistema de saúde pública, principalmente no que diz respeito a serviços ambulatoriais especializados ou mesmo a aquisição de óculos.

No Brasil, de acordo com a OMS (2004), considera-se a estimativa da prevalência de cegueira de 0,3% e de baixa visão de 1,7% na população geral.

A necessidade de serviços de atendimento à baixa visão depende da prevalência da deficiência visual no meio. De acordo com a OMS, da população com baixa visão, 50% estaria na faixa de deficiência visual moderada (desses, 10% precisam de suporte de serviços especializados); 25% estaria na faixa de deficiência visual grave (dos quais, 50% necessitaria de algum suporte) e 25% na faixa de deficiência visual profunda (50% necessitaria de reabilitação e 50% de suporte de serviços de baixa visão). De maneira geral, 30% da população com deficiência visual necessita de atendimento primário, 50% de atendimento secundário e 20% de atendimento terciário. Um centro terciário seria necessário para cada 10 milhões de habitantes e centros secundários em número 4 vezes maior. Os centros primários seriam necessários em número de 100 para cada 10.000.000 habitantes (WHO, 2002).

No Brasil, historicamente, podemos ressaltar os seguintes aspectos:

- a primeira escola para cegos na América do Sul foi criada no Rio de Janeiro em 1854, pelo Imperador D. Pedro II, com a denominação de Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Em 1891 passou a se chamar Instituto Benjamin Constant (IBC); (Bruno, 1997)

- o fato de ser uma Escola de referência para cegos, proporcionou que fossem encaminhados alunos portadores de deficiência visual que não eram cegos e não conseguiam evoluir em escolas regulares. Estes alunos aprendiam o Braille e alguns o liam com os olhos.

Era prática comum nas instituições a recomendação de vendar os olhos das crianças com alguma visão, para que não a utilizassem para o Braille; (Costa Filho, 2005)

- a partir da década de 50 foram criadas no IBC, as Classes de Conservação da Visão (CCV) de 1ª a 4ª série, nas quais os alunos que não eram considerados cegos tinham professores videntes, usavam salas com quadro-negro, boa iluminação e cadernos com pauta mais larga. Aos alunos da CCV era sugerido o aprendizado de Braille. A partir do ginásio, as turmas se tornavam mistas (CCV e cegos), com pouca utilização do quadro-negro; (Costa Filho, 2005)

- em 1928 no Estado de São Paulo foi iniciado o atendimento especializado na área de deficiência visual com a Escola Profissional para Cegos, que mais tarde passou a se chamar Instituto Padre Chico; (Bruno, 1997)

- os primeiros atendimentos educacionais a alunos deficientes visuais matriculados no Sistema Estadual de Ensino em São Paulo foram em 1946 com a instalação da Fundação Para o Livro de Cego no Brasil, hoje Fundação Dorina Nowill para Cegos (FDN); (Bruno, 1997)

- no Brasil, a reabilitação de pessoas portadoras de visão subnormal incrementou-se com Vitorino de Araújo Lima, no Rio de Janeiro, na década de 70. A partir de 1974 surgem as primeiras clínicas de visão subnormal, como o Cetrevis (Centro de Treinamento de Visão Subnormal do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo). (Kara-José et al., 1988) O Cetrevis contou com o empenho do Dr. Armando de Arruda Novaes, do Dr. Alexandre Costa Lima de Azevedo e da Profa. Dorina de Gouvêa Nowill; (Nowill, 1996)

- a partir da década de 80 foram implantados os Serviços de Visão Subnormal dentro das Clínicas Oftalmológicas dos Serviços Universitários, destacando-se a Universidade de Campinas, a Universidade de São Paulo, a Universidade Federal de São Paulo, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a Universidade Estadual de São Paulo e a Universidade Federal de Minas Gerais;

- nas instituições de atendimento interdisciplinar à deficiência visual também são

criados serviços de baixa visão, com a participação de oftalmologistas, entre elas: Laramara, FDN, Instituto de Cegos da Bahia e o IBC;

- no ano de 1994 é fundada a Sociedade Brasileira de Visão Subnormal (SBVSN), filiada ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia e que congrega oftalmologistas e profissionais não médicos da área de reabilitação visual;

- no ano de 2001, sob a coordenação do Prof. Dr. Newton Kara-José, é realizado o “Projeto Nacional para Alunos com Baixa Visão”. Esse projeto foi fruto da parceria com a Secretaria de Educação Especial (SEESP), do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) do Ministério da Educação, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas e a Associação Brasileira de Educadores de Deficientes Visuais (ABEDEV), Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual – Laramara, Fundação Dorina Nowill para Cegos, Secretaria de Estado da Educação de São Paulo e Universidade Estadual de São Paulo. Dentro desse projeto foi desenvolvido a “Capacitação de Recursos Humanos na área de Visão Subnormal para Profissionais da área da Saúde e da Educação” para atuação junto à população escolar com baixa visão. Foram capacitados 54 oftalmologistas (2 por unidade da Federação) e 54 educadores ligados aos Centros de Apoio Pedagógico e constituiu-se no maior projeto de capacitação na área de baixa visão com abrangência nacional;

- Sampaio et al (2005), por meio da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, realizaram estudo transversal descritivo mediante a aplicação de questionário estruturado e auto-aplicável enviado a 10.000 oftalmologistas cadastrados no Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), inserido em publicação informativa regular do CBO. Responderam à pesquisa 205 (2,05%) oftalmologistas, sendo que 58 (28,3%) já atuavam na área de baixa visão. Dos 147 (81,7%) oftalmologistas não atuantes na área, 87,8% tinham interesse em iniciar atendimento a pacientes com baixa visão;

- a formação de oftalmologista na área de baixa visão torna-se obrigatória nos serviços de especialização e de residência médica. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia, por meio de sua Comissão de Ensino, determina que todos os cursos de especialização credenciados tenham serviços de baixa visão para capacitação do oftalmologista.

Quanto a Serviços de Reabilitação na Rede Pública, ressaltamos a publicação, no ano de 2008:

- Da PORTARIA Nº 3.128, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008, do Ministério da Saúde, que define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual, e da PORTARIA Nº 3.129, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008, do Ministério da Saúde, que estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao teto financeiro anual de média e alta complexidade dos Estados e do Distrito Federal.
- Da LEI ESTADUAL Nº 12.907, DE 15 DE ABRIL DE 2008, que consolida a legislação relativa à pessoa com deficiência no Estado de São Paulo.

A Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, após discussão entre seus membros presentes, reforça a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas para o cumprimento da política pública na área da reabilitação da pessoa com deficiência visual, em respeito ao direito da população ao acesso a serviços de atenção à saúde.

A SBVSN reforça os princípios da Ética Médica, na qual:

- para o exercício da Medicina com honra e dignidade, há necessidade de boas condições de trabalho e remuneração justa;
- o médico oftalmologista empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

Dessa forma, considera-se:

- **a necessidade de se rediscutir a tabela de honorários profissionais relativos à área de reabilitação visual no Sistema Único de Saúde;**
- **a necessidade de discutir a atuação de serviços, em todos os níveis de complexidade, para composição da rede de reabilitação, de forma a favorecer o acesso da população a serviços.**

LISTA DE PARTICIPANTES

Alexandre Costa Lima Azevedo - SP
Aline Ruilowa de Pinho - SP
Ana Lúcia Maciel Wernaer - SE
Aron Barbosa Caixeta Guimarães - SP
Carolina Souza Andrade - PR
Clarissa Baliu Barbosa da Silva - SP
Diana Linhares L. P. de Menezes - SP
Fausto Stangler - RS
Filipa Maria da Silva - SC
Francisco Miguel Iastrensk - RO
Isalina Raquel Azevedo Elias - SP
José Américo Bonatti - SP
Keila Miriam Monteiro de Carvalho - SP
Lucile Murta Vieira Spirlandeli - SP
Maíra de França Alves Martins - SP
Marcos Wilson Sampaio - SP
Maria Aparecida Onuki Haddad - SP
Maria Cristina Nanako Kobayashi - PR
Mayumi Sei - SP
Rosalia Maria Simões Antunes Foschini - SP
Suzana Batista Vereza Oliveira - ES
Valdete Maia Teixeira Gonçalves Fraga - SP
Vinicius Balbi Amatto - SP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Council of Ophthalmology. Low vision rehabilitation. Guidelines and Standards for Education of an Ophthalmologist: [cited 2010 august 10] Available from: www.icoph.org/ed/res15lowvision.html
2. Sampaio MW, Haddad MAO. Baixa Visão: manual para o oftalmologista. Rio de Janeiro. Editora Cultura Médica e Editora Guanabara-Koogan, 2009. 176p
3. Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho H, 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
4. Sociedade Brasileira de Visão Subnormal. I Consenso da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal. São Paulo. SBVSN, 2010. 26 p
5. Brown B. The low vision handbook for eyecare professionals. Thorofare: Slack Incorporated; 2007.
6. 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.
7. 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.
8. CORDE e Associação Fluminense de Reabilitação. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Niterói: AFR, 2004; p. 54.
9. Haddad MAO, Sampaio MW, Kara-José N –Pediatric and adolescent population with visual impairment: study of 385 cases. Clinics 2006; 61:239-246
10. Haddad MAO, Sampaio MW, Kara-José N. Baixa visão na infância. Manual Básico para oftalmologistas. São Paulo: Laramara; 2001.
11. Haddad MAO, Siaulys 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.
12. 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
13. International Society for Low-vision Research and Rehabilitation. Toward a reduction in the global impact of low vision. Oslo: ISLVRR, 2005 .
14. 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.

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

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

17. 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.

18. IBGE. Censo Demográfico 2000. Características Gerais da População. Rio de Janeiro: IBGE, 2003; p. 178.

19. Decreto nº 20.931 de 11 de Janeiro de 1932. www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930.../D20931.htm [acessado em 10 de agosto de 2010]

20. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica 2010. disponível no endereço eletrônico: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122 [acessado 10 de agosto de 2010]

21. Bruno MMG. Deficiência visual: reflexão sobre a prática pedagógica. São Paulo: Laramara; 1997.

22. Costa Filho HA, Berezovsky A. Análise crítica do desempenho evolutivo da visão subnormal no Instituto Benjamin Constant. Arq Bras Oftalmol. 2005;68(6):815-20

23. 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

24. Nowill DG. E eu venci assim mesmo. 1a ed. São Paulo:Totalidade, 1996.

25. Sampaio MW, Haddad MAO, Azevedo ACL, Temporini ER (Universidade de São Paulo).Atenção oftalmológica à baixa visão no Brasil. (Apresentado no XXV Congresso Panamericano; 2005; Santiago – Chile)

26. PORTARIA Nº 3.129, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3129.pdf [acessado 10 de agosto de 2010]

27. PORTARIA Nº 3.128, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3128.pdf [acessado 10 de agosto de 2010]

28. LEI ESTADUAL Nº 12.907, DE 15 DE ABRIL DE 2008. <http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO/Certificacao/GatewayCertificaPDF.aspx?notarizacaoID=61f05e0e-a081-4f10-8e9b-3f076722b26b> [acessado dia 10 de agosto de 2010]



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**

Parceiros:

VARILUX
uma lente Brasilor

