

"Como Eu Trato"

AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES VISUAIS

KEILA MONTEIRO DE CARVALHO

Profa. Dra. Oftalmologia FCM/UNICAMP

O conceito atual em relação à conduta frente ao paciente com visão subnormal (VSN) é que paralelamente ao tratamento médico - clínico ou cirúrgico, se realizem as condutas óptica e reabilitacional.

O paciente com visão subnormal é aquele para o qual os óculos convencionais ou as lentes de contacto não corrigem totalmente a visão. Trata-se de uma condição intermediária entre a visão normal e a cegueira com vários graus de dificuldades até o grau mais acentuado de deficiência visual.

A classificação aceita atualmente é a da Organização Mundial de Saúde explicitada no CID-9-CM (1978), conforme recomendação do Conselho Internacional de Oftalmologia. Varia desde a visão quase normal (até 20/60), visão subnormal (moderada de 20/80 a 20/160, severa de 20/200 a 20/400 e profunda de 20/500 a 20/1000) e quase cegueira (de 20/1250 ou pior) e cegueira total sem percepção de luz.

Verifica-se portanto, que a definição de "cegueira legal" que é a Acuidade Visual abaixo de 20/200 no melhor olho, com a melhor correção, que é usada para finalidades legais e de benefícios sociais para o paciente corresponde na verdade à Visão subnormal moderada ou menos.

AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES VISUAIS

A avaliação das funções visuais tem como objetivo o diagnóstico do tipo de defeito óptico do paciente, a predição do uso do auxílio óptico e sua magnificação, a avaliação da visão funcional, sua aplicação prática e assim possibilitando o planejamento da intervenção a ser realizada.

As funções visuais a serem avaliadas serão: acuidade visual, sensibilidade ao contraste, campo visual, visão de cores e adaptação ao escuro.

O primeiro conjunto de tabelas padronizadas para baixa visão foi introduzido por Sloan em 1959, que usou a notação M. 1M significa 5' de arco a 1 metro.

Bailey e Lovie, 1976 fizeram modificações com a tabela de logMAR (log mínimo angulo de resolução) - igual legibilidade, mesmo numero de letras em cada fila, espaçamento igual entre letras e fileiras, com progressão logarítmica.

Em 1980, Lighthouse criou a tabela de letras separadas ETDRS com letras Sloan, usadas para predição do poder dióptrico para o objetivo de leitura do paciente. Essas tabelas tem anotado o tamanho da letra no sistema métrico (M) e a adição necessária para ler a 40cm e 20cm.

A seguir surgiram as tabelas de texto contínuo para leitura de perto para avaliar a eficiência de leitura. No Serviço de Visão Subnormal da FCM/UNICAMP foi desenvolvida um conjunto de 4 tabelas em português, com letras de Sloan, sendo o texto de fácil compreensão pelos pacientes e tem sido muito usada em nosso país.

Legge, 1995 desenvolveu a tabela MNREAD - que são cartões com uma sentença e variando de 1.3 a 0.5 logMAR com aumentos de 0.1log, para medir a velocidade de leitura.

A sensibilidade ao contraste é a habilidade de ver detalhes em níveis de baixo contraste. É importante para a comunicação sendo o principal o reconhecimento do rosto humano, na orientação e mobilidade como descer escadas, andar no escuro, na neblina, etc. e na leitura e escrita.

Faye e Rosenthal, 1983 introduziram o uso dos testes de contraste clínicos com objetivo de predizer a necessidade de maior magnificação ou aumento de iluminação. O mais importante e mais fácil de ser usado para baixa visão é o VCTS (Vision Contrast Test System).

Bailey desenvolveu um teste muito interessante para crianças ou deficientes mentais em geral que é o Mr. Happy, que são duas faces humanas, sendo os olhos e contorno do rosto em alto contraste e os lábios em baixo contraste; tem o "alegre" e o "triste" que só são percebidos como tal se houver boa finção de contrastes. Hyvarinen desenvolveu o teste "Hiding Heidi" que é uma variação.

Outra função visual que deve ser estudada é o campo visual. Em visão subnormal o interesse é realizar uma perimetria para saber se o paciente tem campo suficiente para deambulação ou necessita encaminhamento especial. Os perímetros computadorizados podem ser usados se o paciente tiver visão central suficiente para enxergar a mira central. Como geralmente é difícil isso ocorrer com acuidade visual abaixo de 20/60, geralmente Goldmann é mais utilizado.

Outro campo interessante usado atualmente é o Campímetro de Damato.

A visão de cores deve ser testada para esclarecimento diagnóstico e o teste mais útil é o Farnsworth 100-Hue pois diferencia as discromatopsias em protan, deutan ou tritan, sendo útil tanto para os casos congênitos quanto para os adquiridos. Lembrar que o Teste de Ishihara só diagnostica as discromatopsias do eixo verde-vermelho. Para os caso de amarelo-azul, só o teste de Farnsworth define.

A sensibilidade ao escuro é outra função visual que também deve ser testada nos pacientes com baixa visão. Esta é uma função dos bastonetes, da retina periférica. Podem ser usados os testes eletrofisiológicos que serão estudados em outra sessão. Em clínica de visão subnormal usamos o teste de Tornton, que consiste de quadrados vermelhos, azuis e brancos. São espalhados na mesa com sala obscurecida e marca-se o tempo que o paciente leva para reconhecer as cores vermelho e azul. Se for superior a 2 minutos, sem dúvida há alteração na adaptação ao escuro.

AVALIAÇÃO DA VISÃO EXCÊNTRICA

Visão excêntrica é o uso de qualquer ponto não foveal da retina para a visão.

Quando a mácula está lesada forma-se um escotoma central e o paciente precisa escolher outra área da retina para enxergar. Alguns pacientes não percebem que o escotoma existe. Neste caso é necessário explicar o que é o escotoma e demonstrar ao paciente sua localização.

Nas acuidades abaixo de 20/200 geralmente o paciente fala que "não enxerga nada". Então deve-se mover um pouco a tabela de acuidade visual para que o paciente possa ler alguma coisa. Às vezes o paciente percebe que precisa "olhar para o lado" para enxergar.

O uso da visão excêntrica aumenta a eficiência visual no uso dos auxílios. Muitos pacientes aprendem sozinhos, por tentativa e erro, a usar a visão excêntrica. Outros precisam ser ensinados através de técnicas especiais. Deve-se usar a Tela de Amsler para avaliar a percepção do escotoma.

O treino da visão excêntrica é um processo demorado, frustrante e sua continuidade depende da motivação do paciente. É realizado através dos exercícios de leitura com tipos ampliados. Existem exercícios descritos por Freemam e Jose que são muito úteis. Outras técnicas são o treino dos sacádicos, os alvos do relógio e outros exercícios de leitura.

Keila Monteiro de Carvalho
Docente da FCM/UNICAMP
Fax: (019)434-2355
e-mail: keilacarvalho@merconet.com.br

Como eu Trato

[Menu principal](#) | [Índice do manual](#) | [Índice de comissões](#) | [Índice de Sociedades](#) | [Índex](#)