

Atendimento de escolares e pré-escolares com visão subnormal

Lydia C. Marques Barbieri *

O objetivo desse estudo foi avaliar as diferentes orientações que crianças e jovens adolescentes receberam durante o primeiro ano de atividade do CETREVIS (Centro de Treinamento Visual) da Secção de Visão Subnormal da Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

As referências da literatura não apresentam dados estatísticos referentes às orientações específicas abordadas por nós. Por outro lado, encontramos publicações — não só oftalmológicas^{2,3} como também pediátricas^{4,5} — cuja preocupação principal tem sido a criança e o jovem com visão subnormal, esclarecendo sobre os aspectos psico-pedagógicos e o atendimento médico em geral.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Durante o período de julho de 1979 a junho de 1980 ** foram examinados no CETREVIS um total de 208 clientes portadores de visão subnormal, provenientes de diversas localidades do Estado de São Paulo, encaminhados por diferentes oftalmologistas.

Número de
clientes

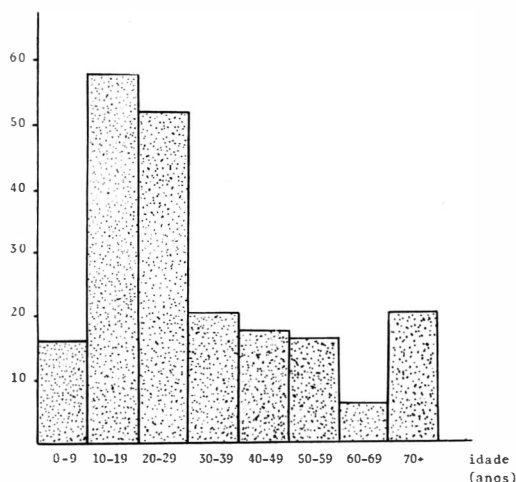


Gráfico 1 — Distribuição etária dos 208 clientes portadores de visão subnormal examinados no CETREVIS no período de julho de 1979 a junho de 1980.

A distribuição etária desse grupo está registrada no gráfico 1. Focalizaremos as duas primeiras faixas etárias — de 0 a 19 anos —, já que o nosso interesse recai sobre as fases de pré-escolaridade (0-6 anos) e escolaridade (7-19 anos). Esta separação facilita a compreensão dos exames realizados e da orientação recebida. Desse modo, um total de 73 crianças e jovens (35,1% do total de atendidos) foram separados em: 8 (11,0%) pré-escolares e 65 (89,0%) escolares.

Todos os 73 clientes foram submetidos a um exame oftalmológico completo, com o objetivo principal de obter: medida da acuidade visual para longe e para perto, com correção e sem correção (quando havia colaboração), refração, diagnóstico e prognóstico.

As causas principais de cegueira parcial encontradas neste exame foram: 25 (34,2%) de cicatriz coriorretiniana macular e 10 (13,7%) de atrofia óptica, de acordo com a tabela 1.

Após o exame, auxílios ópticos para longe e para perto foram testados pelo oftalmologista conforme a necessidade de cada caso.

TABELA I

Causas de visão subnormal nos 73 clientes em idade pré-escolar e escolar atendidos no CETREVIS durante o período de julho de 1979 a junho de 1980.

Patologia	Número	Porcentagem
Coriorretinite	25	34,2
Atrofia Óptica	10	13,7
Retinose	7	9,6
Maculopatia	5	6,8
Catarata Cong.	4	5,5
Albinismo	4	5,5
Fibroplasia R.L.	3	4,1
Glaucoma Cong.	2	2,7
Miscelânea	5	6,8
Outras	8	10,9
TOTAL	73	100,0

* Ortopista colaboradora da Secção de Visão Subnormal da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina.

** Levantamento apresentado na III Jornada de Ortóptica em São Paulo, no ano de 1982.

Numa segunda visita a acuidade visual foi confirmada — por reavaliação — pela ortoptista. A medida foi feita para longe e para perto, com correção e sem correção, monocular e binocular. No caso de crianças que não colaboravam, foi feito um treinamento no sentido de se conseguir uma avaliação da visão residual com tabelas de acuidade visual, exercícios de coordenação visomotora aplicação do teste de eficiência visual de Barraga e pela observação do comportamento da criança na sala, durante os jogos e as brincadeiras.

Para os clientes não alfabetizados usamos principalmente as figuras da Lighthouse (maçã, casa e guarda-chuva), isoladas ou agrupadas, para longe e para perto. Para os alfabetizados usamos as tabelas de letras ou números da Lighthouse para longe e tabela de Sloan para perto.

Na avaliação da visão para longe, os símbolos foram apresentados a uma distância de 10 pés (aproximadamente 3,0m) e quando a baixa visual era acentuada, a 5 pés (aproximadamente 1,5m). No caso da visão para perto a tabela foi colocada a 40cm e a uma distância onde o cliente conseguia um melhor desempenho, ou seja, alcance da visão de perto com uso da própria acomodação. A unidade de medida da visão de perto é dada em "M" (1,0M corresponde a um ângulo visual de 1 minuto de arco e os símbolos colocados a 1 metro — é o tamanho normalmente usado na imprensa). O alcance de perto refere-se, então, ao menor tipo que a criança consegue definir, mesmo que se aproxime da tabela.

Os auxílios ópticos testados foram de vários tipos de acordo com a idade, alfabetização, severidade da perda visual, diagnóstico, prognóstico e objetivo do seu uso.

Quando os auxílios ópticos foram indicados, orientamos treinamento para aprendizagem no seu manuseio e para obtenção do melhor rendimento possível.

RESULTADOS

Uma vez que as orientações recebidas pelas crianças e jovens variaram grandemente em relação à fase de desenvolvimento em que se encontravam, apresentamos os resultados de acordo com as faixas pré-escolar e escolar estabelecidas anteriormente.

Idade pré-escolar

As 8 crianças em idade pré-escolar, após avaliação de sua visão residual, foram todas encaminhadas às professoras especializadas em visão subnormal para melhoria da eficiência visual. Duas delas foram encaminhadas também para outros serviços, uma para ludoterapia e outra para exame e tratamento neurológico.

Essas crianças não receberam nenhum tipo de prescrição de auxílio óptico. Três (37,5%) receberam prescrição para o erro de refração.

Idade escolar

Dos 65 clientes em idade escolar, 44 (67,7%) freqüentavam escola comum, 8 (12,3%) freqüentavam Instituto de Reabilitação e 13 (20,0%) não tinham qualquer atividade.

Destes, 9 (13,8%) foram eliminados da avaliação com lentes para visão subnormal porque 5 foram encaminhados para tratamento ocular e 4, para exame neurológico. Portanto, restou um grupo de 56 clientes, avaliados para o aproveitamento com auxílios ópticos, que está registrado no gráfico 2. Neste, relacionamos a acuidade visual para longe (com correção no melhor olho) e a prescrição ou não de telesistemas.

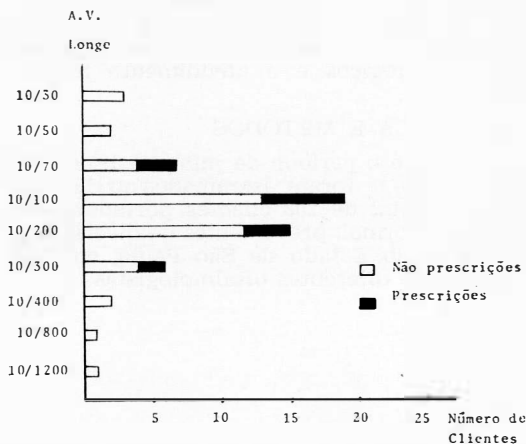


Gráfico 2 — Relação entre a acuidade visual para longe e a prescrição ou não de telesistema para os 56 clientes em idade escolar.

Foram prescritos 14 (25,0%) telesistemas: 12 do tipo telupla Nikon ou D.F. Vasconcelos, 1 Bioptic 4X e 1 monóculo Selsi 2,5X de foco regulável. Dentre os restantes, 9 (16,1%) receberam prescrição de lentes comuns (quando necessário, filtrantes) e 9 (16,1%), embora demonstrassem bom aproveitamento com o auxílio óptico para longe, não receberam prescrição porque: 2 rejeitaram, 3 foram encaminhados para iniciar alfabetização, 2 aguardavam adaptação à correção óptica comum receitada e 2 referiram não ser útil.

O gráfico 3 apresenta a relação entre o alcance da visão de perto e a prescrição ou não de auxílios ópticos para perto.

Foram feitas 31 (55,3%) destas prescrições para perto, dos seguintes tipos: 11 (35,5%) lentes esféricas, 8 (25,8%) lentes mi-

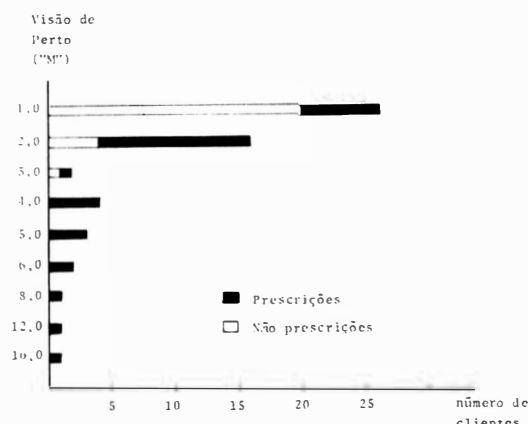


Gráfico 3 — Relação entre alcance da visão de perto e prescrição ou não de auxílio óptico para os 56 clientes em idade escolar.

croscópicas, 8 (25,8%) adicionais para acoplar à telupla, 2 (6,4%) lentes esféricas positivas com prisma associado e 2 (6,4%) lentes esféricas positivas.

Dos 26 (46,4%) que distinguiram 1,0M, 6(23,0%) receberam prescrição de lentes adicionais positivas por alguma das seguintes razões: aumentavam a distância de trabalho, melhoravam o desempenho, diminuía a fadiga devido ao esforço de acomodação (adolescentes principalmente).

Os 30 (53,6%) restantes, que não alcançaram 1,0M, 25 (83,3%) receberam prescrição de auxílio óptico para perto mas os outros 5 (16,7%) não receberam porque: 1 rejeitou, 1 referiu que não melhorava e 3 aguardavam início da alfabetização.

Uma das crianças, alta míope, foi orientada a retirar os óculos para perto.

Os escolares foram orientados em relação à necessidade de freqüentarem classe especializada ou comum e ao acompanhamento com professora especializada.

Foram indicados controles periódicos para avaliação das necessidades e capacidades visuais, sempre em evolução.

DISCUSSÃO

A coriorretinite ressalta como a principal causa de cegueira parcial no grupo estudado — 34,2%, conforme a tabela 1. A etiologia geralmente apontada nesses casos foi a toxoplasmose congênita, de modo que se associa a outras alterações congênitas¹, principalmente neurológicas, dificultando o aprendizado e o aproveitamento com os auxílios ópticos.

Comparando-se a quantidade de crianças atendidas da fase pré-escolar — 8 (11,0%) — com os da fase escolar — 65 (89,0%) —

temos a confirmação de que pais, médicos e outros profissionais, ligados à criança, só a encaminham quando já está apresentando dificuldades para acompanhar a classe, ou repetindo de ano. Isto pode também sugerir como os problemas visuais são detectados tardiamente em nosso meio e os recursos pouco conhecidos, por falta de integração dos diversos profissionais que atuam na área.

A medida da acuidade visual nem sempre é o nosso maior objetivo durante o exame, pois ela não nos pode dar uma informação qualitativa do resíduo visual e de como é aproveitado, isto é, a eficiência visual. Os exercícios de coordenação visomotora, a maneira de procurar os objetos e o interesse pelas questões apresentadas podem nos dizer mais do que simplesmente a medida da acuidade visual.

Para as crianças em idade pré-escolar não foram prescritos auxílios ópticos, mas elas receberam correção óptica comum quando não havia sido receitada anteriormente. A não prescrição de auxílios nesta faixa ocorreu por vários motivos: nenhuma das crianças havia feito estimulação visual anteriormente, carência sócio-econômica, restrição no mercado nacional de diferentes tipos de auxílios para longe e, porque geralmente conseguiam realizar tarefas visuais diversas para perto, aproximando-se do material devido ao seu forte poder de acomodação.

Para os clientes em idade escolar, conforme o gráfico 2, foram prescritos telesistemas para as acuidades visuais entre 10/70 e 10/300. Isto se explica pelo fato de existir comercialmente no nosso meio apenas 1 tipo de telesistema, com um aumento fixo de 2,2X montado em óculos, restringindo assim sua utilização. Nos casos de acuidade visual mais baixa necessitaríamos de um aumento maior para que fosse possível a leitura na lousa, um dos principais objetivos do escolar. Observamos, por outro lado, que aqueles com acuidade visual melhor do que 10/50 geralmente apresentam piora no desempenho visual com o telesistema devido à restrição de campo, imposta pela própria lente. Outro fator que nos torna cautelosos, com relação à prescrição de telesistemas, é o seu alto custo.

Para que a criança com visão subnormal não apresente um grande atraso no seu desenvolvimento, comparada com uma criança com visão normal, ela deve receber estimulação sensorio-motora o mais precocemente possível, principalmente naqueles casos em que a baixa visual é bastante acentuada. Para que isso aconteça é necessário uma ampla interligação entre os diferentes profissionais que atuam na área.

CONCLUSÃO

A alta incidência de seqüela de coriorretinite e a etiologia apontando nesses casos para a Toxoplasmose Congênita, ressalta quão precária é a atuação no sentido de eliminar essa causa de cegueira evitável, através de melhores condições sanitárias e do exame pré-natal.

As orientações feitas aos escolares e pré-escolares e, a indicação de lentes especiais, variaram grandemente no grupo estudado. Isto nos demonstra cada vez mais a necessidade de observarmos cada caso isoladamente e procurarmos oferecer a maior quantidade de recursos existentes em nosso meio. Com isso esperamos alcançar o nosso maior objetivo que é a integração do deficiente visual, como alguém que realmente pode ser útil.

Enfatizamos no atendimento não só a indicação de auxílios ópticos, quando úteis e eficientes, como também o encaminhamento dos pré-escolares para estimulação e desenvolvimento da eficiência visual e a orientação dos escolares referente à necessidade ou não de acompanhamento com professora especializada.

Além da dificuldade de acesso aos Centros de Desenvolvimento, nossos clientes, geralmente carentes sócio-econômicos, têm grande dificuldade na aquisição dos auxílios ópticos pelo seu custo e dificuldade de importação.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao Dr. Kozo Nakano (responsável pela Secção de Visão Subnormal) e ao Dr. Paulo Mitsuru

Imamura (responsável pela Secção de Neuroftalmologia) da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina.

RESUMO

Este estudo avalia 73 clientes com visão subnormal: 8 (11,0%) na fase pré-escolar e 65 (89,0%) na fase escolar. A principal causa de visão subnormal foi a seqüela de coriorretinite (34,2%). Nenhum caso em idade pré-escolar recebeu indicação de auxílio óptico, todos foram encaminhados para treinamento da eficiência visual. Aos escolares foram feitas 14 (20,0%) de prescrições de telesistemas; 31 (55,3%) de prescrições de auxílio ópticos para perto e orientado quanto a necessidade de acompanhamento com professora especializada.

SUMMARY

This study estimates 73 clients with subnormal vision: 8 (11,0%) in pre-school age and 65 (89,0%) in school age. The principal cause of low vision was the sequel of retinochoroiditis (34,2%). None case in pre-school age received indication to low vision aid and all of them were directed to visual efficiency training. To the scholars were made 14 (20,0%) prescriptions of distance telescopes; 31 (55,3%) prescriptions of aids for near and orientation about the need of special teacher assistance.

REFERENCIAS

1. BELFORT JR., R.; IMAMURA, P. M. & BONOMO, P. P. O. — Toxoplasmose Ocular. Arq. bras. Oftal., 38:196-204, 1975.
2. FONDA, G. — Management of the patient with subnormal vision. 2. ed. St. Louis, Mosby, 1970. 167 p.
3. JONES, R. B. — Needs of the preschool visually handicapped child. Trans. Ophthal. Soc. U. K., 98: 234-6, 1978.
4. O'BRIEN, R. — Education of the child with impaired vision. Pediat. Ann., 9:434-47, 1980.
5. TONGUE, A. C. — Medical management of the child with subnormal vision. Pediat. Ann., 9:428-33, 1980.