

ANEXO I
ORIENTAÇÃO INTERNA/INSS/DIRBEN Nº 96/2004



AValiação Médica Pericial em Doenças Oculares

Para Avaliação Médica Pericial em Doenças Oculares o médico perito deve correlacionar adequadamente os Parâmetros de Acuidade Visual para confirmação da visão residual; aplicar os conceitos de capacidade visual necessário para cada profissão; conhecer a seqüência correta e completa do exame ocular, bem como sua interpretação para cada caso e observar os enquadramentos oculares específicos na Legislação Previdenciária, no Acidente de Trabalho ou Doença Profissional, no Auxílio-Acidente, bem como o acréscimo de 25% no Limite Indefinido.

Entendimento dos conceitos fundamentais:

- 1 - PARÂMETROS DE ACUIDADE VISUAL.**
- 2 - AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE VISUAL.**
- 3 - SEQÜÊNCIA E INTERPRETAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO.**
- 4 - ENQUADRAMENTO NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA.**
- 5 - ABREVIATURAS E SÍMBOLOS OFTALMOLÓGICOS.**

1. PARÂMETROS DE ACUIDADE VISUAL

1.1 ACUIDADE VISUAL E EFICIÊNCIA VISUAL

A avaliação da **ACUIDADE VISUAL (AV)** apresenta o grau de Visão Central ou Direta (Visão Macular ou de Detalhes), quando contrastada com a Visão Periférica é obtida se os meios Refrativos ou Dióptricos dos olhos (córnea, humor aquoso, cristalino, humor vítreo, retina, vias ópticas e centros superiores cerebrais cognitivos) estiverem normais.

Para medida da acuidade visual longe serão utilizadas as Tabelas de Snellen ou de Wecker à distância de seis metros do examinando (ver Tabela 1).

A acuidade visual perto é medida pela Tabela de Jaeger (composta de frases ou números, com dimensões de J1 à J7, para ordem crescente de perda visual à distância de 35 cm dos olhos). As perdas visuais para perto podem ser fisiológicas (PRESBIOPIA) e patológicas.

A **EFICIÊNCIA VISUAL (EV)**, conforme Tabela SNELL-STERLING da Associação Médica Americana (AMA), é a conjugação da Visão Central com a Periférica, medida em cada olho separadamente e avaliada por meio de três funções: Acuidade Visual, Campo Visual e Motilidade Ocular (medida do campo de diplopia e binocular). Mostra os percentuais úteis de visão, auxiliando assim na avaliação da Incapacidade Visual.

Para exemplos de **EV MONOCULAR** considera-se que, periciandos com 0,8 de AV possuem 95% de Eficiência Visual e, os que têm 0,5 de AV, não possuem 50% de visão, e sim **83,6%** de Eficiência Visual (ver Tabela 1).

A **EV BINOCULAR** deve ser calculada pela seguinte fórmula:

$$3 \times (\% \text{ EV DO MELHOR OLHO}) + \% \text{ EV DO PIOR OLHO} / 4.$$

Exemplo: EV BINOCULAR será de 75% quando analisados UM OLHO CEGO e OUTRO OLHO DE AV NORMAL.

TABELA 1
TABELAS DE SNELLEN – WECKER E EFICIÊNCIA VISUAL

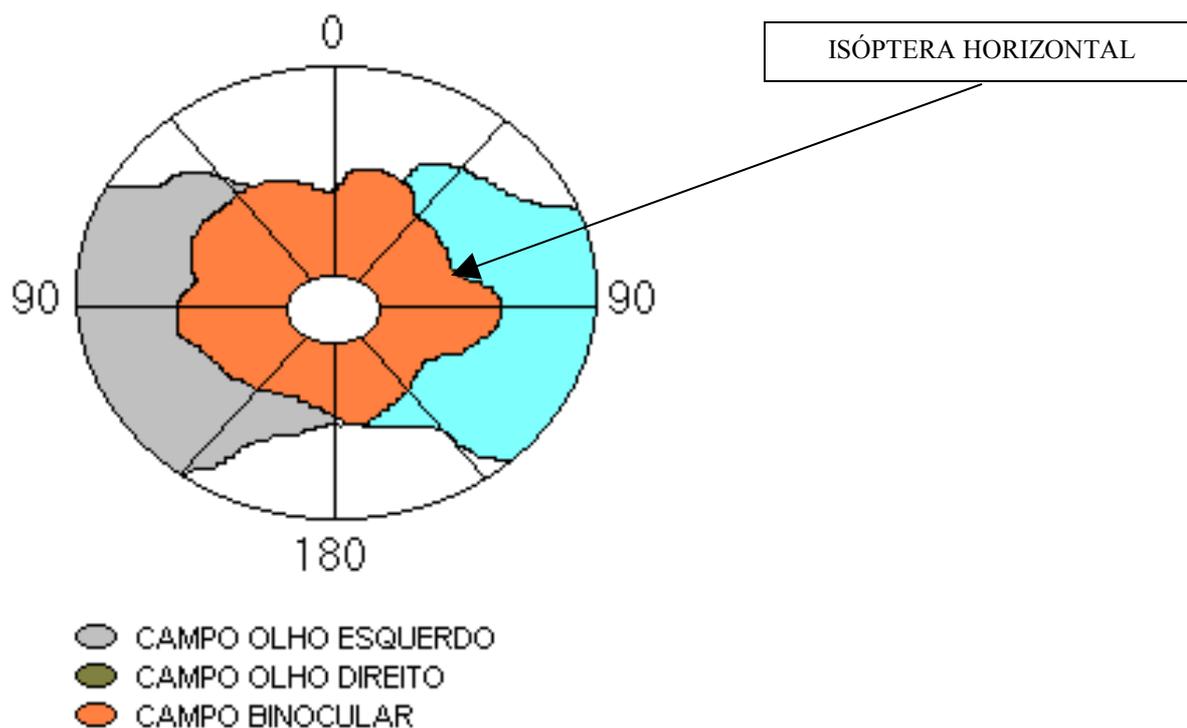
VISÃO CENTRAL		CONJUGADA COM VISÃO PERIFÉRICA
SNELLEN	WECKER	EFICIÊNCIA VISUAL EM PORCENTAGEM
20/20	1	100%
20/25	0,8	95%
20/30	0,66	91,4%
20/40	0,5	83,6%
20/50	0,4	76,5%
20/60	0,3	69,9%
20/70	0,28	63,8%
20/80	0,25	58,5%
20/100	0,2	48,9%
20/200	0,1	20%
20/400	0,05	10%

1.2 CAMPO VISUAL

O Campo Visual é mais um parâmetro disponível para avaliação da acuidade visual global que mostra a porção do mundo externo visível, por cada olho, medida com aparelhos chamados Campímetros Computadorizados ou Perímetros. Os mapeamentos do campo visual são Periféricos e Centrais. As partes centrais do campo visual dos dois olhos coincidem, e são denominados **Visão Binocular** (Convergência Fusional), importante na qualidade da visão por avaliar a percepção de profundidade e de proporção.

Os parâmetros de Campo Visual normal são: lado superior 60%, lado inferior 75%, lado nasal 60% e lado temporal 100%. Nos lados temporal e inferior encontram-se as estruturas anatômicas mais sensíveis dos olhos para a acuidade visual de detalhes - Mácula ou Fóvea (ver Figura 1 – Campos Visuais Monoculares e Binocular).

FIGURA 1 - CAMPOS VISUAIS MONOCULARES E BINOCULAR



1.3 AVALIAÇÃO VISUAL PARA MOTORISTAS

O médico perito devido sua especificidade, deve conhecer como é efetuada a Avaliação Visual para Motoristas e decidir conforme resultado, sobre a existência ou não de incapacidade laborativa visual para os motoristas profissionais de acordo com a Legislação de Trânsito em vigor - Resolução nº 80, de 19 de novembro de 1998, do Conselho Nacional de Trânsito. A avaliação visual consiste dos seguintes exames oculares: Acuidade Visual e Campo Visual (ver Tabela 2); Motilidade Ocular Extrínseca; Visão Cromática (Teste de Cores por Optótipos ou Tabela de Ishiara, devendo identificar as cores vermelha, amarela e verde); Visão Estereoscópica; Teste de Ofuscamento e Visão Noturna.

TABELA 2
ACUIDADE VISUAL E PROFISSÃO DE MOTORISTA

CATEGORIA A <ul style="list-style-type: none">MOTOCICLETAS	<ul style="list-style-type: none">AV = 0,8 OLHO DE MELHOR VISÃOCV = 140 GRAUS (ISÓPTERA HORIZONTAL) EM CADA OLHOCOMPATÍVEL VISÃO MONOCULAR SEIS MESES APÓS PERDA VISUAL, E VEDADA ATIVIDADE REMUNERADA
CATEGORIA B <ul style="list-style-type: none">AMADORES	<ul style="list-style-type: none">AV = 0,66 em AO ou 0,8 em UM OLHOCV = 140 GRAUS (ISÓPTERA HORIZONTAL) EM UM OLHOCOMPATÍVEL VISÃO MONOCULAR SEIS MESES APÓS PERDA VISUAL, E VEDADA ATIVIDADE REMUNERADA
CATEGORIA C <ul style="list-style-type: none">CAMINHÃO ATÉ 3,5 TONELADAS	<ul style="list-style-type: none">AV = 0,66 em AMBOS OS OLHOSCV = 140 GRAUS NA ISÓPTERA HORIZONTAL EM AMBOS OS OLHOSINCOMPATÍVEL COM VISÃO MONOCULAR
CATEGORIA D <ul style="list-style-type: none">ÔNIBUS (ACIMA DE 8 LUGARES)	
CATEGORIA E <ul style="list-style-type: none">CARGAS PERIGOSASCOMBINAÇÃO DE VEÍCULOS (INDEPENDENTE DA CAPACIDADE DE TRAÇÃO E PESO BRUTO)	

Conforme a tabela acima devemos considerar ainda que:

- As Categorias “A” e “B” classificam candidatos com estrabismo, vedada atividade remunerada.
- As Categorias “C”, “D” e “E” devem ter acuidade visual de 0,66 em cada olho e campo visual de 140 graus na isóptera horizontal de ambos os olhos. São categorias incompatíveis com visão monocular, com estrabismo e com distúrbios cromáticos (vermelho, verde e amarelo).

O médico perito deve ter conhecimento de que pela Legislação de Trânsito e da Previdência Social há obrigatoriedade de comunicação entre estes, por meio dos Serviços Médicos, sobre a situação do periciando afastado do trabalho por Auxílio-Doença ou Aposentadoria por Invalidez, para que o Órgão de Trânsito avalie a necessidade de suspensão temporária ou definitiva da Carteira Nacional de Habilitação.

1.4 RELAÇÃO COM O CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO

A incapacidade para dirigir veículo automotor, declarada no laudo médico expedido pelos órgãos previdenciários para o condutor contribuinte, com vínculo empregatício ou não, será comunicada ao Departamento de Trânsito mediante ofício com comprovação de recebimento. O referido documento deverá ser anexado aos Antecedentes Médico-Periciais (AMP), quando se tratar de perícia realizada no Sistema PRISMA e deve ser citado o número do ofício no laudo médico-pericial no Sistema de Administração de Benefício por Incapacidade (SABI).

2 CONCEITOS PARA AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE VISUAL

2.1 VISÃO PROFISSIONAL

Visão Profissional é a capacidade visual necessária para o exercício de uma determinada tarefa. Cada Atividade Profissional requer um mínimo de capacidade visual, e esta deve ser maior quanto maiores forem às exigências de utilização de células retinianas relativas às visões central, de profundidade e cromática.

Exemplos de algumas atividades e necessidades visuais específicas: os digitadores assim como os trabalhadores da indústria têxtil necessitam de boa visão para perto; os motoristas, de boa visão de profundidade e cromática; os operadores de guindastes/esteiras rolantes, de boa visão de profundidade; os eletricitas, de boa visão de adaptação à luz e cromática e os pilotos aéreos e relojoeiros de acuidade visual perfeita binocular.

A capacidade visual mínima, para cada grupo de profissões, deve levar em consideração as acuidades visuais central, periférica, binocular e cromática.

Na avaliação da visão profissional devemos considerar a necessidade de examinar a atividade da Musculatura Ocular Extrínseca (motilidade ocular), e confirmar assim, a Visão de Profundidade e Estereoscópica.

2.2 VISÃO SUBNORMAL

A Visão Subnormal em geral pode ser definida como qualquer **perda da função visual** que persista mesmo após a correção da refração (prescrição de óculos para longe e/ou para perto) ou após o tratamento clínico ou cirúrgico da patologia ocular. A perda visual no portador de visão subnormal pode ser classificada como moderada, severa ou profunda.

Na avaliação pericial visual devem ser considerados portadores de visão subnormal aqueles em que as perdas visuais sejam de moderadas a graves, com graduação de acuidade visual abaixo de 20/60 (0,3) no melhor olho, com a melhor correção óptica e que não sejam corrigíveis satisfatoriamente com auxílios ópticos comuns (óculos e lentes de contato). Deve haver correlação com a atividade do periciando, e se este poderá exercê-la normalmente com esta visão residual.

Na Visão Subnormal há um comprometimento grave da visão central e de profundidade, portanto, incompatível com as atividades que necessitem de visão de detalhes.

As doenças oculares que podem freqüentemente apresentar Visão Subnormal são: Corioretinite Macular; Atrofia do Nervo Óptico; Glaucoma (em graus avançados); Retinopatia Diabética; Albinismo; Retinose Pigmentar; Degeneração Macular e outras.

Os portadores de Visão Subnormal devem ser avaliados por serviços especializados para que sejam adaptados a auxílios ópticos especiais (por exemplo: telulupas monoculares e binoculares; lupas manuais de apoio; óculos com lentes especiais – asféricas; esferoprismáticas; microscópicas e auxílios eletrônicos). Estes auxílios ópticos necessitam de profissional especializado em visão subnormal para serem prescritos.

2.3 DEFICIÊNCIA VISUAL

Para avaliação de incapacidade visual no Benefício Assistencial da Pessoa Portadora de Deficiência (PPD), salientamos a necessidade de conhecimento da definição de Deficiência Visual contida no inciso III, do artigo 4º, do Decreto nº 3.298/99: *“ACUIDADE VISUAL IGUAL OU MENOR QUE 20/200*

(Tabela Snellen) no melhor olho, após a melhor correção de campo visual inferior a 20 graus ou ocorrência simultânea de ambas as situações”.

2.4 CEGUEIRA - TIPOS E PRINCIPAIS CAUSAS NO BRASIL

Cegueira Profissional é a deficiência visual que incompatibiliza o exercício profissional, para uma determinada função (**Cegueira Profissional Relativa**) assim como para toda e qualquer função no trabalho (**Cegueira Profissional Absoluta**).

Para Cegueira Profissional Absoluta ou Cegueira Legal, no enquadramento da perda visual, são considerados os valores de acuidade visual abaixo de 20/400 (Snellen) ou 0,05 (Wecker) e uma eficiência visual abaixo de 10% (ver Tabela 1).

Na terminologia oftalmológica Cegueira Total, Amaurose e Visão Nula podem ser consideradas, para avaliação médica pericial, como Cegueira Profissional Absoluta ou Cegueira Legal.

As principais doenças oculares que causam cegueira no Brasil são: Catarata, Glaucoma, Uveíte e Atrofia Óptica.

A **CATARATA** (opacificação do cristalino) pode ser de origem congênita, senil, traumática e por intoxicação química. Trata-se de patologia ocular cujo tratamento é cirúrgico, obtendo-se na maioria dos casos boa recuperação visual, exceto naqueles de catarata traumática, difíceis de se obter bons resultados visuais. O médico perito deve considerar nos operados de catarata, mesmo que permaneçam com boa visão pós-cirúrgica, as limitações para trabalhos que exijam esforço físico (trabalho pesado).

O **GLAUCOMA** (doença ocular com alteração do ângulo da câmara anterior e alteração de pressão ocular) é controlado com medicamentos e cirurgia. Geralmente é preservada a visão central e alterada, progressivamente, a visão periférica. Pode ocorrer, devido progressão da doença, uma redução acentuada do campo visual, gerando incapacidade para uma profissão ou para todas as atividades em casos descompensados, mesmo com medicação e cirurgia.

A **UVEÍTE** (inflamação interna ocular) frequentemente pode ter origens parasitária, bacteriana, viral e traumática. As causas mais comuns são por: toxoplasmose, tuberculose, hanseníase, AIDS, sífilis e traumas oculares. Os tratamentos para as uveítes são medicamentosos e/ou cirúrgicos associados, os quais geralmente duram mais de dois meses. Os periciandos com função que requeira esforço físico devem ficar afastados para tratamento. A recuperação visual na maioria dos casos, ocorre com a diminuição acentuada da visão no olho afetado.

A **ATROFIA ÓPTICA** (degeneração definitiva do nervo óptico) ocorre principalmente por: glaucoma severo, tumores cerebrais, traumatismos cranianos, AVC e intoxicações químicas. Nestes casos ocorrem perdas definitivas da visão (total ou parcial, conforme a atrofia óptica).

As patologias que, também podem causar cegueira são: retinopatia diabética; retinopatia hipertensiva; descolamentos de retina; altas ametropias; traumas oculares e automedicação.

A recuperação da cegueira no Brasil ocorre em torno de um quarto, com cirurgias ou auxílios ópticos (Visão Subnormal).

A cegueira é um problema médico-social, no qual há um envolvimento multidisciplinar com profissionais da saúde, do trabalho, professores, família e Previdência Social. Os programas preventivos devem ser abrangentes, na suas fases primária e secundária, evitando assim, os acidentes ou doenças oculares. Efetuar o diagnóstico precocemente é fundamental para o sucesso no combate a cegueira.

A reabilitação profissional do deficiente visual pode, com reeducação e ensino profissionalizante especial, devolvê-lo ao mercado de trabalho.

3 SEQÜÊNCIA E INTERPRETAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO

3.1 SEQÜÊNCIA DO EXAME OFTALMOLÓGICO

Analisaremos a seqüência do Exame Oftalmológico, considerando os itens da História Médica/Profissional e das partes que compõem o Exame Ocular, que devem estar descritas e/ou anexadas ao Laudo Médico-Pericial (LMP).

Para avaliação ocular recomendamos que o medico perito conheça os seguintes itens do Exame Oftalmológico: Medida de Acuidade Visual (AV); Exame Externo Ocular (EE); Avaliação da Musculatura Ocular Extrínseca (MOE); Fundoscopia (FO); Medida da Tensão Ocular (TO ou PIO); Teste Cromático; Campo

Visual e Exames Complementares (Biomicroscopia, Ultrasonografia, Angiofluoresceinografia, Curva Tensional Diária). A história médica/profissional orientará o médico perito sobre a necessidade de incluir, para conclusão pericial, o **TESTE CROMÁTICO** obrigatório para concessão de carteira de habilitação de motoristas profissionais e para trabalhos na indústria têxtil; o de **CAMPO VISUAL** é fundamental sua solicitação, por exemplo, em história médica de glaucoma, de alterações neurológicas visuais, etc; **EXAMES COMPLEMENTARES**, que devem ser solicitados em doenças intra-oculares ativas ou para decidir sobre estadiamento, pois os demais exames oculares anteriormente listados devem estar contemplados em todas as avaliações oftalmológicas; situações onde houver a necessidade de dados técnicos do Parecer Especializado e outras nas quais o próprio médico perito poderá avaliar de imediato.

A **HISTÓRIA MÉDICA (FAMILIAR/PROFISSIONAL)** deve conter queixa principal, pesquisa do uso de medicamentos (corticóides, hormônios, anti-hipertensivos, colírios), história mórbida pregressa (traumas, cirurgias e doenças oculares anteriores como glaucoma, uveíte) e doenças sistêmicas (coração, pulmão, diabetes, doenças neurológicas e imunológicas); a **FAMILIAR** deve conter doenças oculares e sistêmicas na família como: glaucoma, catarata, cegueira, hipertensão arterial, diabetes; a **PROFISSIONAL** deve direcionar para avaliação de riscos prévios físicos, químicos e ergonômicos visuais, pesquisar acidentes de trabalho, visando à necessidade visual para executar sua função no trabalho.

A **ACUIDADE VISUAL (AV)** deve ser avaliada pelo Oftalmologista por Tabela de Optótipos (ver Tabela 1), para longe e para perto, separadamente em cada olho e binocularmente, sem e com correção visual atualizada (mínimo seis meses) de óculos ou lentes de contato. A medida da AV alterada nos dá indício de Ametropias (miopia, astigmatismo ou hipermetropia), todavia, AV normal para longe e/ou perto pode estar presente nas pequenas Ametropias. Porém, na avaliação médico pericial, somente é possível se ter uma idéia superficial do tipo de visão, quando não há as aparelhagens necessárias, considerando apresentação do periciando ao exame: se acompanha ou não a direção do olhar (se olhar fixo, normalmente tem visão muita baixa ou cegueira, e se com movimentos, provavelmente tem visão útil), e por meio de testes com localização de objetos.

O **EXAME EXTERNO OCULAR (EE)** avalia situação das pálpebras, conjuntiva, esclera, córnea, íris, pupila e cristalino. Devem conter ocorrências de hiperemias, hemorragias, processos inflamatórios (secreções), transparências, cicatrizes, corpos estranhos, nistagmos, ptoses palpebrais e outros. Ainda neste exame, devem ser descritas as situações e/ou alterações dos **REFLEXOS PUPILARES** verificando a presença dos reflexos, coloração, midríases, mioses, corectopias. Diversos casos podem ser avaliados com uma pequena lanterna, porém, existem alguns que exigem visualização por meio de Lâmpada de Fenda, pelo oftalmologista, para melhor esclarecimento diagnóstico.

A **AVALIAÇÃO DA MUSCULATURA EXTRA-OCULAR (MOE)** verifica a existência de Estrabismos (tipos e medidas de 15 a 45 graus), Diplopias e Insuficiência de Convergência. O parecer especializado do oftalmologista nos exames iniciais, obrigação do(a) segurado(a)/requerente que deve comprovar a incapacidade alegada, poderá auxiliar o médico perito no diagnóstico e na definição do grau de estrabismo, além de confirmar a necessidade de cirurgia ou não, e com isto, avaliar a incapacidade para o trabalho. Algumas atividades são incompatíveis com estrabismos (desvios acima de 30 graus), devido à diminuição da Acuidade Visual.

A **FUNDOSCOPIA (FO)** é o exame de fundo de olho, realizado com o Oftalmoscópio Direto, também chamado de FUNDOSCOPIA DIRETA, em que se detectam as alterações de coróide e retina (por Diabetes, HAS, Uveítes), as do nervo óptico, e as de transparências dos meios oculares (catarratas, vitreítes, etc.). É fundamental que o médico perito tenha sedimentada formação clínica sobre alterações ocorridas em doenças básicas como diabetes, hipertensões, atrofia óptica e inflamações/infecções no pólo posterior ocular. A identificação de lesão DIFUSA ou LOCALIZADA é importante para prognóstico de incapacidade visual residual, e deve estar bem detalhada pelo oftalmologista para indicar com exatidão o comprometimento de visão de detalhes e/ou periférica.

A **MEDIDA DA TENSÃO OCULAR OU PRESSÃO INTRAOCULAR (TO ou PIO)** apresenta valores normais na faixa de 12 a 20 mmHg. Este exame deve estar firmado pelo oftalmologista com Tonômetro de Aplanção ou Computadorizado, todavia, pode ser estimado pelo médico perito por Toque Bidigital (alta, baixa ou normal). Estes valores são alterados em glaucomatosos, em que é fundamental sua medida quantificada pelo aparelho.

O **TESTE DE VISÃO DE CORES** trata do exame para detectar Discromatopsias (distúrbios de visão de cores). Estes testes são realizados pelo oftalmologista com Tabelas de Optótipos ou Ishiara. Os portadores destes distúrbios de visão de cores são incompatíveis para atividades na indústria têxtil, na laboratorial, e para motoristas profissionais que sofram de alterações na visão das cores básicas (verde, amarela, vermelha).

O **CAMPO VISUAL (CV)** é o exame que deve constar em todos os casos de glaucomatosos, de suspeitos de glaucomas e de portadores de alguma alteração neurológica cerebral. Normalmente é realizado com aparelhos específicos chamados Campímetros e analisados por oftalmologistas, e, para a realização deste exame sem aparelhagem, pode-se utilizar o modo comparativo com CV do médico perito examinador. O médico perito deve saber analisar os padrões normais de CV e suas alterações (por exemplo: redução periférica, campo tubular, hemianopsias, etc.).

Nos **EXAMES COMPLEMENTARES** realizados por oftalmologistas, e que auxiliam em diagnósticos e prognósticos, devemos salientar: **BIOMICROSCOPIA** (exame realizado pelo oftalmologista para avaliação detalhada do segmento anterior e posterior ocular, solicitado em casos de ceratites, uveítes anterior e posterior, etc.); **ANGIOFLUORESCENOGRÁFIA** (exame utilizado para avaliação de retina, vasos retinianos, nervo óptico, etc.); **ULTRASONOGRAFIA OCULAR** (exame realizado a fim de detalhar fundo de olho pós-acidentes oculares, patologias vítreas e retinianas, etc.); **CURVA TENSIONAL DIÁRIA** (solicitada para diagnóstico e acompanhamento de glaucomatosos, etc). Estes exames complementares são necessários para previsão do tempo de tratamento em patologias como: Glaucoma, Uveítes, Retinopatia Diabética e Retinopatia Hipertensiva.

3.2 INTERPRETAÇÃO DO EXAME OFTALMOLÓGICO

Para interpretação do exame oftalmológico o médico perito, na avaliação da incapacidade laborativa visual, deve analisar os seguintes itens:

3.2.1 ACUIDADE VISUAL

Analisar se a atividade do periciando é compatível com a quantidade de visão (alteração monocular ou binocular); avaliar a Eficiência Visual (conforme Tabela 1), e por esta identificar os parâmetros da visão central e periférica quando associadas, permitindo também confirmar comprometimentos da visão de profundidade. Exemplos: Profissões que exijam visão de profundidade devem ter AV acima de 20/40 (0,5); motoristas profissionais, operadores de guindastes e de esteiras rolantes, são incompatíveis com visão monocular; na avaliação de incapacidade visual, considerar se a deficiência visual é para todas as atividades ou para uma somente. Quando houver necessidade de reabilitação profissional para outra função, observar idade, grau de instrução e a incapacidade visual residual do(a) segurado(a)/requerente. Periciandos portadores de altos vícios de REFRAÇÃO, podem mesmo com correção, permanecer com visão baixa, por exemplo: pessoas com alto grau de miopia, que sofram de degenerações retinianas, são dependentes de óculos e incapazes para trabalhos em lugares altos, movimentados, ou como motoristas profissionais entre outros.

3.2.2 SIMULAÇÃO DE CEGUEIRA

O médico perito deve conhecer técnicas para detectar casos de simulação de cegueira, em que o(a) segurado(a)/requerente apresente AV muito baixa ou cegueira sem outras anormalidades. São frequentes em **SIMULADORES** e **HISTÉRICOS**. Para avaliação de simulações de cegueira, pode-se requerer, por meio da Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA) um ou mais exames especializados a ser(rem) realizado(s) pelo oftalmologista como os de Potencial Occipital Evocado, de Teste Prismático, de Técnica Verde-Vermelho e de Teste Optocinético entre outros. Na prática, sem aparelhagem, também é possível utilizar a Técnica do Espelho, que consiste em balançar na frente do periciando um espelho na horizontal, e, se os olhos acompanharem, poderá ser caso de simulação de cegueira.

3.2.3 EXAME EXTERNO

Pode confirmar a existência de patologias recentes ou remotas e agudas, tais como: conjuntivites, ceratites e herpes ocular, entre outros. Segurados(as)/requerentes com patologias inflamatórias ativas e agudas são muitas vezes incapazes temporários para o trabalho. Por exemplo: uveítes agudas e ceratites podem ter duração de tratamentos de trinta a sessenta dias em evoluções benignas. Em casos neurológicos, por exemplo, de ptose palpebral por paralisia facial, pode-se ter inaptidão temporária, enquanto da duração da fisioterapia. Mas os periciandos em que a função não exigir visão de detalhes e esforço físico, poderão ser liberados para o retorno ao trabalho. As alterações em REFLEXOS PUPILARES indicam problemas Neurológicos ou Sinéquias de Uveítes (cicatrizes de processos inflamatórios intra-oculares). Nestes casos, devem-se relacionar estas alterações com atividade da doença, acuidade visual atual e função no trabalho.

Devem ficar afastados do trabalho para tratamento medicamentoso, todos os periciandos com doença intra-ocular ativa em que suas funções exijam esforço físico, visão de detalhes e os que possuam baixa acuidade visual em ambos os olhos.

3.2.4 MUSCULATURA EXTRÍNSECA OCULAR

Avaliar a existência de paralisias e paresias musculares associadas a diplopias, que, geralmente, quando acentuadas, podem gerar incapacidade laborativa visual temporária ou definitiva para todas as atividades que necessitem de visão de profundidade.

3.2.5 FUNDOSCOPIA (FO)

Avaliação fundamental em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes e Uveítes Posteriores. As alterações causadas por estas patologias são progressivas. A localização da lesão é primordial para a análise do médico perito, pois lesões fora da área macular não afetam a visão central. Periciando com lesão LOCALIZADA somente na mácula, poderá desenvolver a visão periférica para atividades não especializadas. As lesões DIFUSAS de fundo de olho podem ser mais incapacitantes, devido à deficiência visual periférica e central. O médico perito deve saber distinguir com auxílio do laudo do oftalmologista, quando se tratar de doença ativa ou cicatricial. Essa análise nos leva a um prognóstico de limitação visual temporária ou definitiva para uma função ou para todas as funções, permitindo ao médico perito concluir pela incapacidade laborativa visual temporária ou definitiva, conforme a área da retina atingida e correlacionar com a atividade do(a) segurado(a).

3.2.6 TENSÃO OCULAR (TO ou PIO)

Não geram incapacidade laborativa visual se levemente elevada, porém em casos de Crises Agudas de Glaucoma (devido às dores oculares intensas), em Uveítes Hipertensivas (inflamações intra-oculares agudas pós-traumas com aumento da pressão ocular) são incapacitantes para o trabalho, temporária ou definitivamente (devido à possibilidade de prognóstico de baixa acentuada da visão).

3.2.7 CAMPO VISUAL (CV)

Análise de segurados(as)/requerentes com boa Acuidade Visual (AV) e restrição importante de campo visual, podem confirmar a incapacidade laborativa visual para atividades que exijam visão de profundidade, por exemplo, motoristas (campo visual com isóptera horizontal acima de 140 graus), trabalhos em lugares altos, trabalhos executados em movimento, entre outros. Campos visuais tubulares em glaucomatosos podem gerar incapacidade laborativa visual definitiva para todas as funções devido à dificuldade de livre locomoção.

3.2.8 CRITÉRIOS PARA REQUISIÇÕES INDISPENSÁVEIS

O médico perito não deve solicitar exame complementar ou especializado no AX1. De acordo com o item 8.1.1, do capítulo II, do Manual de Procedimentos de Perícia Médica da Previdência Social instituído pela Orientação Interna INSS/DIRBEN nº 73, de 31 de outubro de 2002, este deverá valer-se dos exames trazidos pelo(a) segurado(a)/requerente ou emitir a Solicitação de Informações do Médico Assistente (SIMA). Porém, no AXn poderá solicitar, se julgar necessário, o SIMA e/ou Requisição de Exame (RE) OFTALMOLÓGICO a fim de avaliar a incapacidade laborativa.

3.2.9 SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE (SIMA)

Solicitar quando necessitar de dados básicos para comprovação de limites da incapacidade visual, por exemplo: falta de confirmação de AV; ausência de Fundoscopia em alterações de AV não corrigidas com lentes corretoras; necessidade de confirmação de Data de Início da Doença (DID) e Data de Início da Incapacidade (DII), entre outros. Sugerimos ao médico perito que solicite os seguintes dados básicos na SIMA: Acuidade Visual (AV) sem e com CORREÇÃO RECENTE; Fundoscopia (FO); Tonometria (TO); Campo Visual (CV), em suspeitos ou glaucomatosos além de ratificar a necessidade de informações objetivas de início da doença e situação atual, para possibilitar a comprovação de DID e DII.

3.2.10 RQ OFTALMOLÓGICO

Solicitar, se necessário, nos exames subseqüentes, podendo ser substituído por relatórios, atestados médicos e pedir a SIMA. Requerer parecer especializado ou exame complementar se faltar informações para confirmar os limites da incapacidade laborativa, considerar a visão (para conclusões periciais de ALTA MÉDICA ou LIMITE INDEFINIDO), comprovar datas como DID e DII, auxiliar em nexos técnico, além de outros. Os exames oftalmológicos disponíveis para credenciados especialistas: consulta oftalmológico ¹, fundo de olho (FUNDOSCOPIA), CAMPIMETRIA e TONOMETRIA DE APLANAÇÃO.

3.2.11 MOLÉSTIA ISENTA DE CARÊNCIA

O médico perito deve confirmar a isenção de carência em acidentes de trabalho e de qualquer natureza ocular e, na CEGUEIRA, por ser doença de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

3.2.12 DIAGNÓSTICO DA DOENÇA OCULAR

O DIAGNÓSTICO LITERAL por Cadastro Internacional de Doenças (CID 10) da doença ocular deve ser registrado, e, na medida do possível, colocar o diagnóstico causal da doença ocular, por exemplo, retinopatia diabética, retinopatia hipertensiva, uveíte posterior e ceratite viral, entre outros. O médico perito deve registrar o diagnóstico de cegueira e/ou visão subnormal somente nos casos em que realmente não conseguir o diagnóstico causal por meio dos dados do exame ocular, relatórios e atestados médicos oftalmológicos. Esta medida é importante para conhecimento da prevalência das doenças oculares nos benefícios da Previdência Social e para futuras ações de preventivas.

3.2.13 REABILITAÇÃO PROFISSIONAL EM DOENÇAS OCULARES

Para indicação de Reabilitação Profissional em segurados(as)/requerentes com doenças oculares deverão ser consideradas: a idade, o grau de escolaridade, a atividade quando da doença ocular, o tempo de afastamento do trabalho, a experiência profissional anterior e a acuidade visual residual nos casos de condições visuais subnormal ou cegueira. O médico perito deve analisar ainda a existência no periciando de habilidade manual, de comunicação, de lidar com o público e domínio em informática. Para atendimento destes casos, deve o médico perito conhecer os recursos ópticos e técnicos disponíveis na comunidade, por exemplo: sistema sonoro de microcomputadores (DOSVOX, BRIDGE, VIRTUAL VISION, LENTE PRO, etc.); calculadora sonora e caneta óptica, entre outros, além dos serviços especializados para a Reabilitação Visual.

Estudos têm demonstrado sucesso com a qualificação profissional em portadores de visão subnormal ou cegueira em áreas de administração, embalagem, informática, telemarketing, câmaras escuras, massoterapia, entre outros.

3.2.14 CORRELAÇÕES IMPORTANTES PARA INCAPACIDADE VISUAL

Para interpretação do exame oftalmológico pelo médico perito devem ser considerados todos os elementos do exame e não somente a Acuidade Visual. Com isso, tem-se uma melhor análise da incapacidade visual para o trabalho.

A correlação da deficiência visual deve ser feita sempre com a atividade do(a) segurado(a)/requerente, a fim de estabelecer o **nexo técnico** nos casos de acidentes de trabalho e doenças profissionais, e de incapacidade laborativa para todos os benefícios de auxílio-doença.

Na avaliação médica pericial do benefício assistencial (Espécie 87) em portadores de doenças oculares da incapacidade para o trabalho e para os atos da vida independente, deve-se, em casos de CEGUEIRA, analisar o TEMPO DA INCAPACIDADE VISUAL, CONDIÇÕES PRÉVIAS DE LIMITAÇÃO PARA SOBREVIVÊNCIA, ESCOLARIDADE E LOCAL DE MORADIA (DIFICULDADE DE ACESSO), para com estes dados melhor decidir sobre seu enquadramento.

¹ Parecer após exame médico por especialista, para instrução da avaliação médica-pericial.

Nota: a consulta padrão inclui anamnese, refração, inspeção, exame das pupilas, acuidade visual, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade, senso cromático.

Na análise de incapacidade laborativa visual, o médico perito deve correlacionar quatro itens do exame oftalmológico considerados básicos: ACUIDADE VISUAL; CAMPO VISUAL; ATIVIDADE DA DOENÇA OCULAR e ATIVIDADE DO(A) SEGURADO(A)/REQUERENTE.

Recomenda-se, ainda, que o médico perito observe a Tabela 3, na qual estão esquematizadas as doenças oculares, acidentes de trabalho oculares e doenças profissionais que, com maior frequência, surgem no exame pericial.

TABELA 3
CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS OCULARES-DIDÁTICA

<p>DOENÇAS OCULARES CONGÊNITAS: Cataratas; Glaucomas; Tumores Oculares; Estrabismos Acomodativos e Paralíticos; Uveítes (toxoplasmose, rubéola, etc.); Má-formação do canal lacrimal; Nistagmos e Aametropias.</p>
<p>DOENÇAS OCULARES ADQUIRIDAS: Traumas; Corpos estranhos; Infecções; Doenças Sistêmicas (anemias, HAS, diabetes, tuberculose, AIDS; histoplasmose, toxoplasmose); Neurológicas; Doenças alérgicas e Intoxicações oculares.</p>
<p>ACIDENTES DE TRABALHO: Típico: traumas diretos (emissão de partículas e corpo estranho), queimaduras, e etc. Trajetos: por acidentes de trânsito, entre outros.</p>
<p>DOENÇAS PROFISSIONAIS: Substâncias químicas (industriais, poeiras, vapores, gases tóxicos, aerossóis, etc.): chumbo, arsênico, mercúrio, ácido Fluorídrico, metanol, manganês, hidrocarbonetos, etc. Agrotóxicos: organofosforados, organoclorados. Radiações-infravermelhas, ultravioleta, laser, soldas elétrica e de oxacetileno, radiação ionizante, etc. Intoxicação profissional/infeciosa: microorganismos e parasitas. Doenças profissionais discutíveis: astenopias de acomodação, nistagmos, conjuntivites atópicas.</p>

4 ENQUADRAMENTOS NA LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

Nomeamos abaixo as situações de **Acréscimo de 25% em Limite Indefinido, Acidente de Trabalho ou Doenças Profissionais e Auxílio-Acidente**, previstas para enquadramentos nos Anexos I, II, III e nas listas A e B abaixo mencionadas, do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999 e alterações posteriores, que devem ser observadas nas avaliações médicas periciais das doenças oculares:

ANEXO I (Do Decreto nº 3.048/99): Aposentadoria por Invalidez por Cegueira Total - o periciando terá direito à majoração de 25% no salário, previsto no inciso I, artigo 45, do Decreto nº 3.048/99.

ANEXO II (Do Decreto nº 3.048/99): Nomeiam os Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais ou do Trabalho, conforme previsto no artigo 20, da Lei nº 8.213/91.

LISTA A (Do Decreto nº 3.048/99): Nomeiam os AGENTES OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL RELACIONADOS COM A ETIOLOGIA DE DOENÇAS PROFISSIONAIS E DE OUTRAS DOENÇAS RELACIONADAS COM O TRABALHO: codificadas e denominadas pelo CID-10. Exemplos: Arsênio e seus compostos causam Blefarite (H01.0, Conjuntivite (H10)), Ceratoconjuntivite (H16), etc.

4.1 VALIAÇÃO MÉDICO PERICIAL EM DOENÇAS OCULARES

LISTA B (Do Decreto nº 3.048/99): Nomeia as DOENÇAS DOS OLHOS E ANEXOS RELATIVAS AO TRABALHO (GRUPO VII DO CID 10), RELACIONANDO-OS COM AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO OCUPACIONAIS. Por exemplo: VI-Neurite Óptica (H46) causadas por Brometo de Metila (X46; Z57. 4 e Z57.5), Metanol (X45;Z57.5), Sulfeto de Carbono (X49;Z57.5), etc.

ANEXO III - QUADRO Nº 1 (Do Decreto nº 3.048/99): O médico perito deve conhecer as situações descritas no Quadro nº 1 do Anexo III do Decreto nº 3.048/99, que dão direito ao auxílio-acidente na

Previdência Social, em acidentes de qualquer natureza e em acidentes de trabalho, as quais estiverem em alta médica de Auxílio-Doença Por Doença Ocular e que tenham permanecido com perda ou alteração do aparelho visual.

5 ABREVIATURAS E SÍMBOLOS DO EXAME OFTALMOLÓGICO

Para o melhor entendimento do conteúdo dos Pareceres Especializados Oftalmológicos, o Médico Perito deve conhecer o significado das abreviaturas e símbolos comumente utilizados em Oftalmologia:

ACUIDADE VISUAL (AV):

OD = OLHO DIREITO.

OE = OLHO ESQUERDO.

AO = AMBOS OS OLHOS.

CD = CONTA DEDOS (À...METROS OU CENTÍMETROS).

PL = PERCEPÇÃO DE LUZ (À...METROS OU CENTÍMETROS).

MM = MOVIMENTOS DE MÃO (À ... METROS OU CENTÍMETROS).

MEDIDAS DE REFRAÇÃO:

DP = DISTÂNCIA PUPILAR.

DIP = DISTÂNCIA INTERPUPILAR.

DNP = DISTÂNCIA NASO PUPILAR.

ESF = LENTE ESFÉRICA.

CYL = LENTE CILÍNDRICA.

EX OU X = EIXO DE 0° À 180° (LENTE CILÍNDRICA).

+ = MAIS OU LENTE CONVEXA.

- = MENOS OU LENTES CÔNCAVAS.

VISÃO PARA PERTO (TESTE DE JAEGER) = J1, J2, J3,...J7 (ORDEM DE PERDA CRESCENTE).

EXAME OCULAR EXTERNO:

EE = EXAME EXTERNO OU EXAME ECTOSCÓPICO.

MOE = MUSCULATURA OCULAR EXTRÍNSECA.

ET = ESOTROPIA (ESTRABISMO CONVERGENTE – MEDIDA DE 15 a 45 GRAUS).

EX = EXOTROPIA (ESTRABISMO DIVERGENTE – MEDIDA DE 15 a 45 GRAUS).

MEDIDA DE PRESSÃO OCULAR (NORMAL 12mmHg à 20mmHg)

PIO = PRESSÃO INTRAOCULAR OU TO = TENSÃO OCULAR (UNIDADE MMHG)

EXAME DE FUNDO DE OLHO:

FO = FUNDOSCOPIA (realizado com oftalmoscópio direto).

FO INDIRETA = OFTALMOSCOPIA INDIRETA (realizado com oftalmoscópio indireto e solicitado para detalhes de retina periférica).

CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA OU PERIMETRIA:

CV = CAMPO VISUAL (REALIZADO OD E OE SEPARADOS)

(APARELHOS; PERÍMETRO OU CAMPÍMETRO COMPUTADORIZADO).