AGNES VISION

by ANDRADE | AGV7

Sistema integrado de avaliação neurovisual



Antonio Andrade Miranda e Sophia Agnes • inspiração do nome AGNES VISION

Manual técnico e institucional

História, fundamentos, abrangência topográfica e guia de utilização. Edição 2026

01 | O idealizador



Antonio Andrade Miranda, nascido em 5 de fevereiro de 1979, filho de Maria Josélia Andrade e José Sena Miranda, é natural de Tiririca, município de Tucano, Bahia. Bacharel em Optometria, possui pós-graduação em Fisioterapia Oftálmica, Fisioterapia Neurológica, Farmacologia, Neuroimagem e Neuro-oftalmologia. É professor, escritor e palestrante.

Amante da neurociência e da pesquisa, desenvolveu um protocolo de neurorreabilitação visual para neuromielite óptica (NMO), destinado à publicação em revista científica; assim, também desenvolveu um protocolo de neuro reabilitação visual para pessoas com um subtipo de enxaqueca crônica.

02 | O maior diploma



Pai de Sophia Agnes

Entre todos os títulos acadêmicos e conquistas profissionais, Antonio Andrade Miranda considera que seu maior diploma é o de PAI de Sophia Agnes. É dessa relação de amor e inspiração que nasce o nome AGNES VISION, unindo ciência, tecnologia e significado humano.

O projeto traduz o interesse do idealizador pela avaliação da função visual em uma plataforma digital que reúne percepção espacial, reconhecimento de figuras e observação do olhar infantil.

Acervo pessoal do autor.

03 | História e propósito



O desenvolvimento do AGNES VISION nasceu da experiência profissional de Antonio Andrade Miranda, de suas observações durante os atendimentos e de suas pesquisas em neurovisão e campimetria visual. Desde 2023, essas investigações evoluíram para protocolos digitais de apresentação de estímulos e registro de respostas, culminando na integração das três avaliações sob a identidade AGV7 (AGNES VISION by ANDRADE).

A partir de sua experiência e observação clínica, o idealizador desenvolveu uma abordagem própria de neurorreabilitação visual voltada à ambliopia e aos estrabismos sensorial e misto. A identificação topográfica de regiões de menor desempenho perceptivo constitui um dos fundamentos dessa proposta, auxiliando na definição de estratégias individualizadas de estimulação visual.

O AGNES VISION foi concebido para apoiar esse planejamento e o acompanhamento funcional. Os procedimentos específicos do protocolo autoral serão abordados em formação própria. A aplicação clínica da proposta requer validação científica e não pressupõe diagnóstico automático.

Roteiro desta cartilha

04 Fundamentos • 05 Abrangência • 06 Densidade • 07 Preparação • 08 Figuras • 09 Estímulo luminoso • 09A–09B Potencial neurovisual e integração • 10–12 Modalidades cromáticas e temporais • 13 Acuidade infantil • 14 Relatórios • 15 Segurança e documentação.

04 | Fundamentos neurovisuais

O campo visual corresponde ao espaço percebido enquanto o olhar permanece fixo. A excentricidade angular expressa a distância entre a direção de fixação e a direção de um estímulo. A avaliação topográfica registra respostas em posições distribuídas nesse espaço.

Três avaliações, uma plataforma

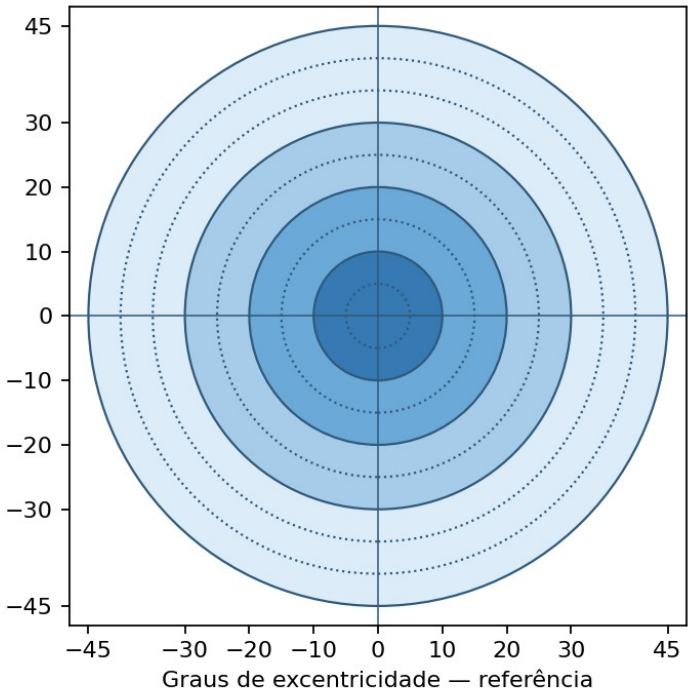
Módulo	Resposta	Finalidade
Campo visual — Figuras	Voz	Percepção e identificação de pictogramas
Campo visual — Estímulo luminoso	Voz ou teclado	Detecção de estímulos luminosos, cromáticos e temporais
Acuidade visual infantil	Observação do avaliador	Resolução de grades por olhar preferencial

Vias visuais

As vias magnocelular, parvocelular e koniocelular participam do processamento de atributos visuais. Estímulos temporais, cromáticos e de contraste podem explorar funções associadas a essas vias, mas não as isolam seletivamente.

O desempenho depende também de atenção, fixação, compreensão, resposta motora ou vocal, condições ópticas e características do monitor.

05 | Abrangência topográfica



Anéis de referência a cada 5°. Esquema, não contorno físico da cobertura.

Região	Excentricidade
Central	0° a 10°
Paracentral	Acima de 10° até 20°
Intermediária	Acima de 20° até 30°
Periférica	Acima de 30° até 45°

A extensão horizontal estimada aproxima-se de 45° por lado; a vertical varia de aproximadamente 25° a 30°. A cobertura não é circular nem uniforme em todas as direções.

06 | Densidade e distribuição

Auditoria estática da REV15: os bancos dos dois módulos de campo visual apresentam as mesmas coordenadas, com 595 posições distintas no OD e 596 no OE. Estimativas recalculadas para largura útil de 69,5 cm, altura de 39 cm e distância de 35 cm, em projeção plana.

Faixa angular	OD	OE
0–10°	77	76
10–20°	156	162
20–30°	157	154
30–45°	180	184
Acima de 45°	25	20
Total	595	596

Distância ao vizinho mais próximo

Medida	OD	OE
Mínima	0,80°	0,38°
Média	2,20°	2,21°
Máxima	3,55°	3,62°

Extremos por direção

Direção	OD	OE
Temporal	47,51°	46,21°
Nasal	40,52°	41,71°
Superior	24,93°	24,77°
Inferior	30,23°	30,01°

Os números descrevem posições programadas, não respostas obtidas ou garantia de apresentação de todos os pontos. A projeção plana não compensa a curvatura 1800R. A cobertura real depende da área útil, fixação e distância; requer verificação física. A existência de pontos acima de 45° deve ser considerada na revisão da legenda.

07 | Preparação e acesso

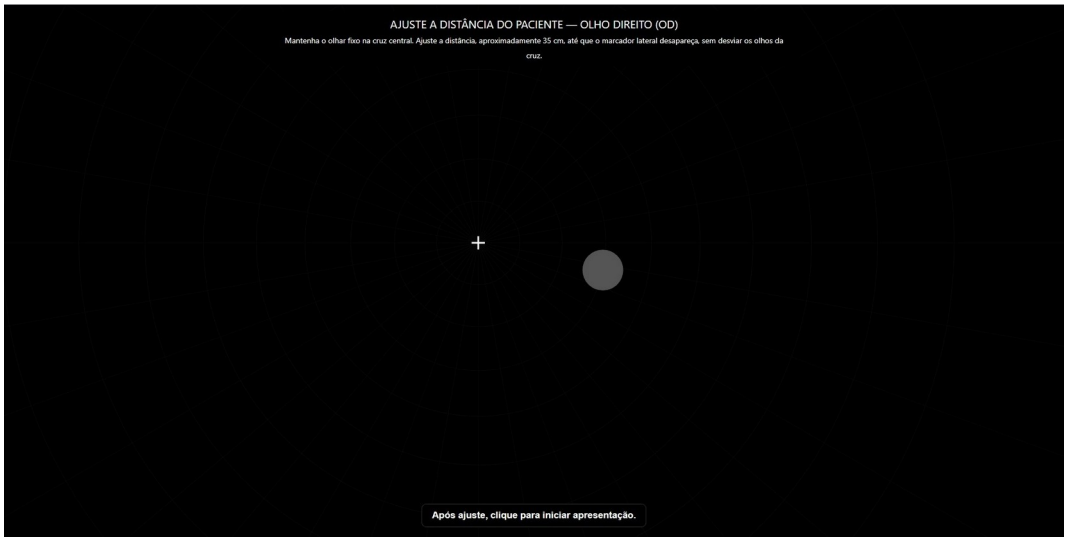
Adquira o acesso autorizado pelo site e abra a plataforma no navegador, preferencialmente Chrome. Selecione a avaliação. Cadastre o paciente e o profissional responsável; confira olho, correção óptica e observações.

Equipamento de referência

Monitor curvo de 31,5 a 32 polegadas, referência 1800R, resolução 1920 × 1080 e área útil de 69,5 × 39 cm. Meça a área realmente visível; mantenha a resolução e o zoom estáveis. Use microfone funcional e teclado quando necessário.

Posicionamento

Utilize cadeira confortável com apoio de cabeça, iluminação baixa confortável e ausência de reflexos. Para campo visual, comece a aproximadamente 35 cm do olho à tela. Oclua o olho não avaliado sem pressão. Utilize correção óptica apropriada à distância.



Interface demonstrativa ● manual visual, slide 17.

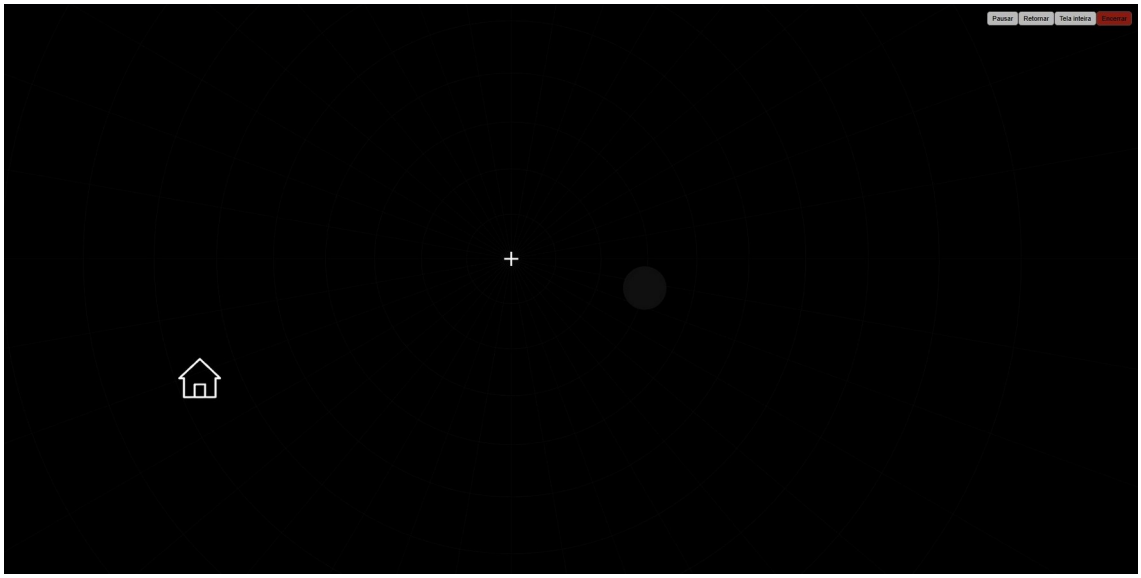
Peça fixação contínua na cruz. Ajuste a distância conforme a etapa do ponto cego, sem desvio do olhar. Se o ajuste não for confiável, registre a limitação e não force a conclusão.

08 | Campo visual — Figuras

Ative o microfone e autorize a captação. Apresente previamente os pictogramas e confirme que o paciente compreende as instruções. O módulo utiliza 33 figuras de referência.

Instrução ao paciente

Mantenha o olhar na cruz. Diga apenas o nome da figura, sem artigos ou frases. Se perceber sem identificar, diga ACHEI. Se não perceber, permaneça em silêncio.



Interface demonstrativa • manual visual, slide 18.

Inicie após o ajuste de distância. Observe fixação e postura. Ao concluir OD, encerre ou prossiga para OE, trocando a oclusão e repetindo demonstração e ajuste. Não misture tentativas interrompidas com exames completos.

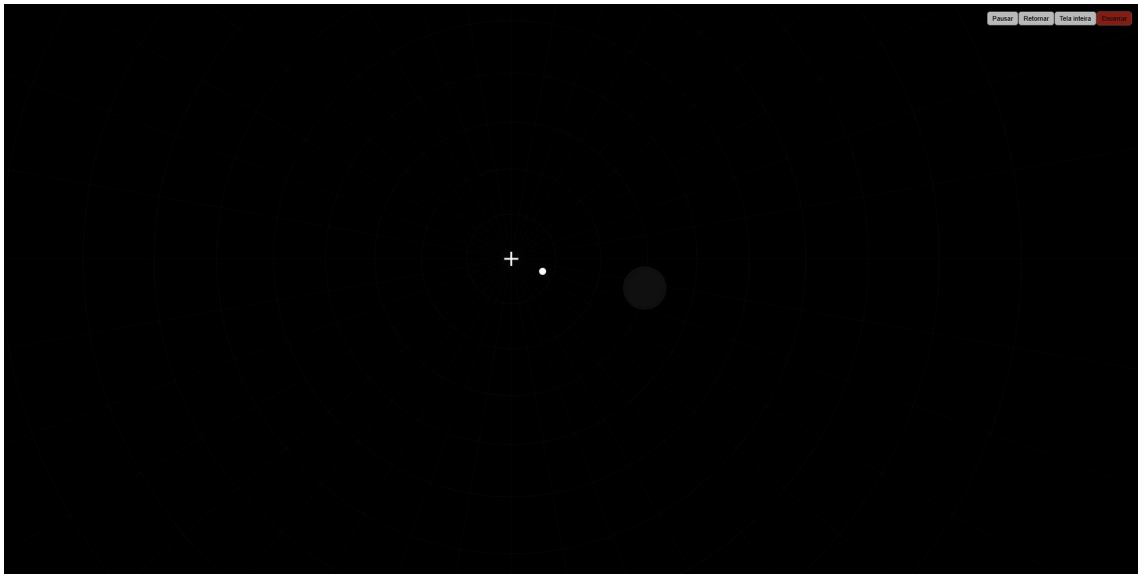
Controles

Pausar interrompe temporariamente; Tela inteira amplia a apresentação; Encerrar finaliza a avaliação. Retornar, quando disponível, volta à etapa anterior. Um clique na área do exame pode ocultar provisoriamente os controles.

09 | Campo visual — Estímulo luminoso

Selecione a modalidade e o modo de resposta. Preencha os dados, configure a tela e, se utilizar voz, ative o microfone. Demonstre o estímulo antes do exame.

Ponto branco sobre fundo preto



Interface demonstrativa • manual visual, slide 27.

O paciente fixa a cruz e, ao perceber o estímulo, diz apenas VI, SIM ou É. No modo teclado, pressione a seta direita. Se não perceber, não responda. Repita a preparação ao trocar de olho.

A avaliação registra a detecção nas posições apresentadas; não estabelece por si só um limiar de sensibilidade luminosa em decibéis.

09A | Potencial neurovisual das modalidades

Detectar a presença de um estímulo e reconhecer seu significado são tarefas complementares. O AGV7 permite explorar essas respostas em diferentes posições do campo visual, sob condições controladas de fixação.

Pictogramas: da percepção à nomeação

A tarefa mobiliza detecção, discriminação de contornos e formas, reconhecimento de objetos familiares, acesso ao significado (memória semântica), seleção da palavra e produção da fala. Envolve atenção visual e integração entre processamento visual e linguagem. O comando ACHEI permite comunicar percepção sem identificação, conforme as instruções do módulo.

O potencial investigativo vai além da localização espacial: dificuldades de reconhecimento ou nomeação podem motivar investigação visuoperceptiva e visuocognitiva complementar. Essas funções participam da tarefa, mas não são mensuradas isoladamente pelo mapa de percepção. Uma troca de nome pode contar como percepção, sem comprovar reconhecimento correto.

Estímulo luminoso: detecção visual funcional

O ponto branco sobre fundo preto explora a detecção espacial nas condições de luminância e contraste apresentadas. As modalidades Konio e Parvo exploram a detecção de estímulos cromáticos; Magno explora a detecção de estímulos temporais e oscilantes. A resposta simples por voz ou teclado reduz a exigência de reconhecimento e nomeação de objetos.

Essas modalidades podem revelar diferenças de desempenho conforme o atributo visual apresentado. Não medem isoladamente limiares de contraste, sensibilidade em decibéis, discriminação cromática ou resolução temporal, nem identificam seletivamente lesões de uma via visual.

09B | Integração dos resultados

O que cada tarefa mobiliza

Função	Pictogramas	Estímulo luminoso
Detecção e localização	Sim	Sim
Forma e reconhecimento	Exigidos na nomeação	Não exigidos no ponto simples
Semântica e linguagem	Envolvidas	Menor demanda; teclado opcional
Cor e processamento temporal	Não específicos	Modalidades cromáticas e Magno
Atenção e fixação	Envolvidas	Envolvidas

Interpretação funcional complementar

Se o paciente detecta pontos luminosos em uma região, mas tem dificuldade para identificar figuras nessa região, o achado pode justificar investigação adicional de reconhecimento visual, discriminação de formas, atenção ou linguagem. Diferenças de tamanho, contraste, duração, excentricidade, correção óptica e modo de resposta também podem explicar a discrepância.

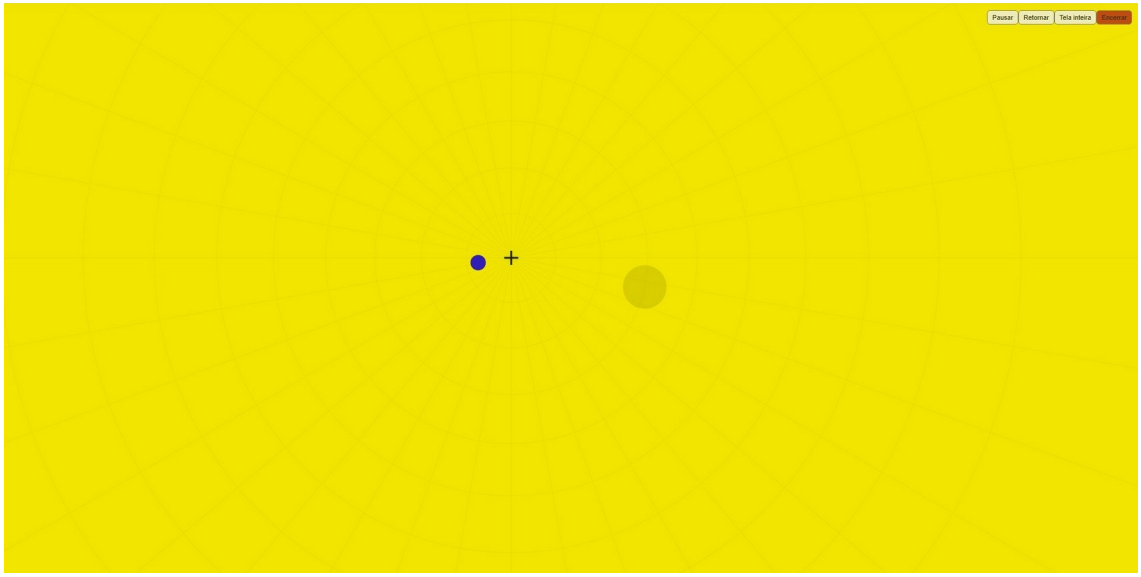
Se ambas as tarefas apresentam ausência de resposta, investigue as condições ópticas, a fixação, a compreensão, a fadiga e eventuais falhas técnicas antes de atribuir o resultado a perda de campo visual. A concordância ou divergência entre mapas não determina, por si só, a localização de uma lesão.

Aplicação na investigação e reabilitação

A leitura conjunta pode orientar hipóteses funcionais e a escolha de avaliações complementares, inclusive no planejamento de reabilitação visual. Para acompanhamento, mantenha condições de teste comparáveis e documente as respostas de identificação separadamente quando disponíveis. Não se trata de teste validado de agnosia, afasia, memória, negligência espacial ou disfunção cortical, nem de comprovação de eficácia terapêutica.

10 | Avaliação Konio

Ponto azul sobre fundo amarelo. O protocolo explora a percepção cromática funcional associada à via koniocelular. Selecione a modalidade, demonstre o estímulo e siga o procedimento monocular de fixação e resposta.

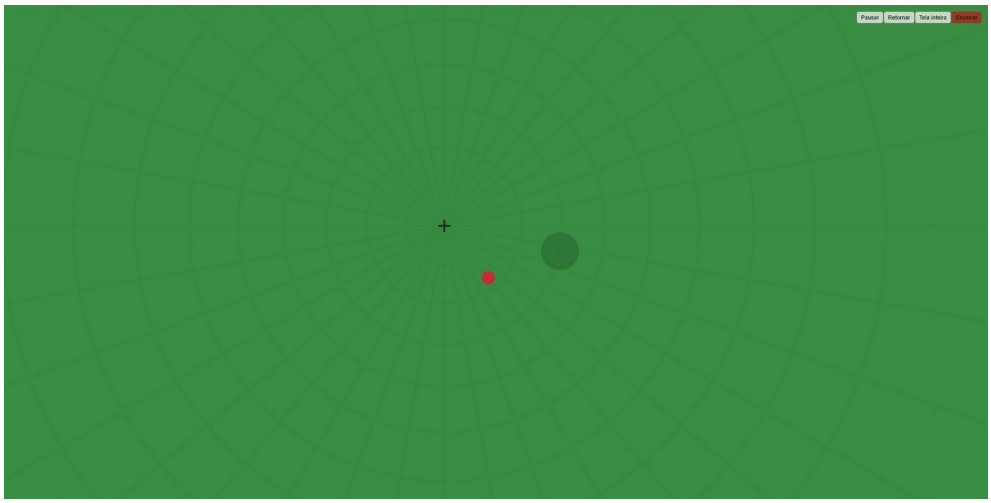


Interface demonstrativa • manual visual, slide 36.

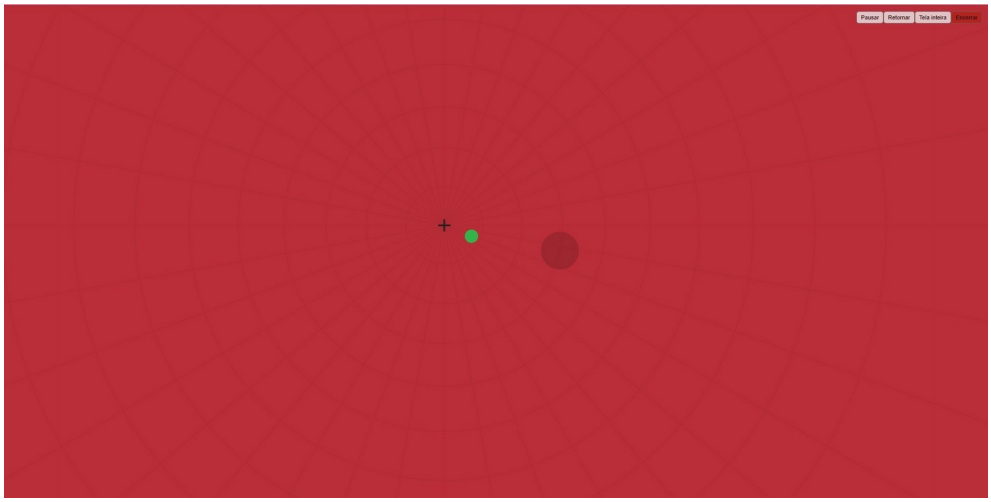
A reprodução das cores depende do monitor, iluminação e configuração. Não altere o brilho ou as cores durante a avaliação. A resposta não permite atribuir isoladamente uma alteração à via koniocelular.

11 | Avaliação Parvo

Duas modalidades cromáticas: ponto vermelho sobre fundo verde e ponto verde sobre fundo vermelho. Exploram aspectos da percepção funcional associados à via parvocelular.



Interface demonstrativa • manual visual, slide 45.

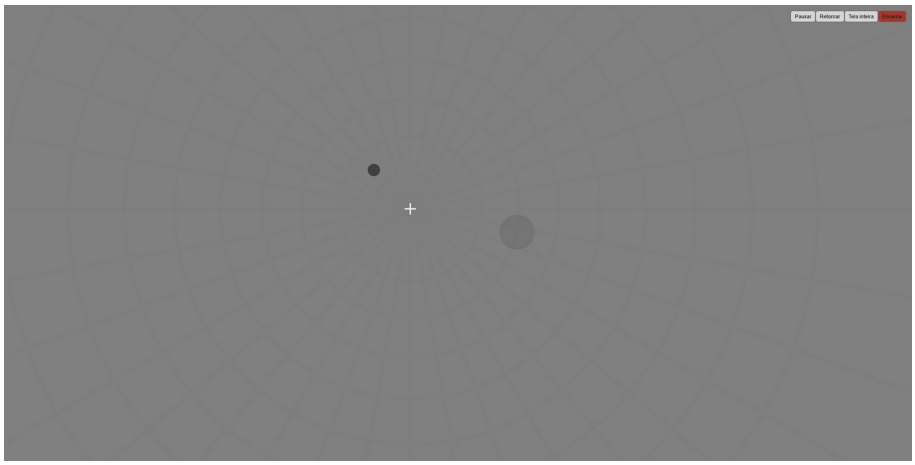


Interface demonstrativa • manual visual, slide 54.

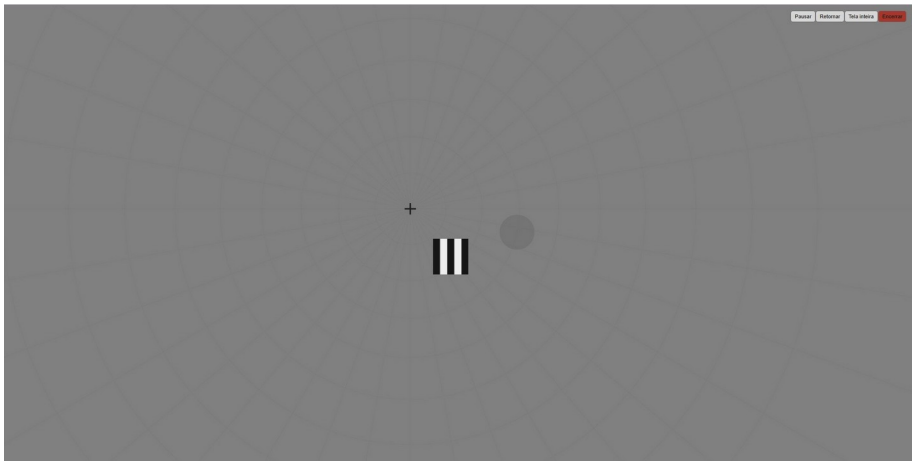
Use o mesmo procedimento de demonstração, ajuste e resposta do módulo luminoso. Registre a modalidade selecionada no relatório. Não presuma equivalência de luminância entre cores sem calibração específica.

12 | Avaliação Magno

Ponto cinza piscante (10 Hz) ou barras verticais (18 Hz). Os estímulos temporais exploram funções associadas à via magnocelular.



Interface demonstrativa • manual visual, slide 63.



Interface demonstrativa • manual visual, slide 72.

Antes de estímulos oscilantes, investigue histórico de fotossensibilidade ou crises desencadeadas por luz. Evite a exposição quando houver risco e interrompa imediatamente diante de sintomas. As imagens desta cartilha são estáticas.

As modalidades cromáticas e oscilantes requerem validação clínica; não demonstram isolamento seletivo das vias.

13 | Acuidade visual infantil

Selecione o módulo de olhar preferencial, informe a data de nascimento, olho(s), correção e observações. Demonstre as grades. Confirme a distância real indicada na tela e mantenha-a durante o bloco.



Interface demonstrativa • manual visual, slide 81.

Tecla	Observação do avaliador
D	Olhar à direita da criança
E	Olhar à esquerda da criança
I	Resposta inconsistente

Observe os olhos sem indicar o lado do estímulo. Oclua o outro olho quando a avaliação for monocular. Respeite fadiga, choro e falta de atenção. Se disponível, repita o bloco de forma controlada.

O resultado é expresso em ciclos por grau (CPD). Snellen e logMAR são equivalências matemáticas, não medidas diretas de reconhecimento de optótipos. O sinal ≥ indica acuidade mínima demonstrada quando atingido o limite técnico; não representa limiar exato. O protocolo digital requer validação clínica.

14 | Mapas e relatórios

Leitura das respostas

Cor	Interpretação operacional
Branca	Percepção confirmada conforme regra do módulo
Âmbar	Atraso ou resposta que exige revisão
Preta	Ausência de resposta na janela

Ausência de resposta não prova perda visual: considere atenção, fixação, compreensão e falhas técnicas. Revise pontos âmbar somente com justificativa profissional; não converta automaticamente em percepção confirmada. Confira totais, regiões, quadrantes, observações e concordância entre mapa e resumo.

Armazenamento e exportação

Salvar no Sistema: guarda para consulta no histórico. Gerar PDF: prepara arquivo para impressão. Copiar integralmente para Word: copia para colagem. Compartilhar: usa opções do dispositivo. Salvar no Computador: guarda cópia local. Novo Exame: inicia outro atendimento após confirmar o salvamento.

No Histórico e relatórios, consulte avaliações anteriores. Verifique identificação, modalidade, condições de teste e se o exame foi concluído. Preserve o sigilo dos dados.

15 | Segurança e documentação

O AGV7 destina-se ao uso por profissional capacitado, dentro de suas atribuições. O protocolo digital requer validação clínica. Resultados devem ser interpretados no contexto do atendimento e não substituem investigação diagnóstica apropriada.

Antes de cada atendimento

Confirme acesso, dimensões da tela, microfone, identificação, correção, distância, fixação e compreensão. Interrompa diante de desconforto ou falha técnica. Não altere calibrações sem orientação autorizada.

Fontes e rastreabilidade

ANDRADE MIRANDA, Antonio. Manual visual AGNES VISION by ANDRADE — AGV7. PowerPoint corrigido, 92 slides, 2026. Fonte das instruções e capturas demonstrativas.

AGNES VISION AGV7 — REV15. Pacote de software, 2026. Conferência estática dos bancos ativos de estímulos dos módulos de figuras e luminoso; estimativas geométricas recalculadas nesta edição.

Biografia e fotografias: acervo pessoal e informações fornecidas pelo idealizador. A publicação de fotografias de crianças deve contar com autorização pertinente.

Autoria

Idealização e desenvolvimento: Antonio Andrade Miranda. AGNES VISION by ANDRADE — AGV7. Este manual descreve a operação e características técnicas sem divulgar código-fonte ou mecanismos proprietários. Não constitui comprovação de registro, aprovação regulatória ou validação clínica.