

Dificuldade Visual em Adultos e Idosos

Jayter Silva de Paula¹, João Marcello Fortes Furtado², Fabiano Cade Jorge², Eduardo Melani Rocha¹, Luciane Loures dos Santos³, Maria de Lourdes Veronese Rodrigues¹, Christine Mae Morello Abbud⁴, José Sebastião dos Santos⁵

- 1- Professor junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
- 2- Pós-graduando junto ao Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
- 3- Professor junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Extensão (FAEPA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
- 4- Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
- 5- Professor junto ao Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

Na América Latina, a prevalência de cegueira é estimada em 0,3% e há cerca de 1,7% das pessoas com baixa visão. Quanto às causas de cegueira, 40% dos casos são decorrentes de catarata, 15% de glaucoma, 7% de retinopatia diabética, 6,4% de cegueira infantil (incluindo retinopatia da prematuridade e catarata congênita, dentre outras). ¹

O conhecimento limitado dos fundamentos da saúde ocular comunitária por parte dos profissionais da atenção básica dificulta o diagnóstico e o tratamento dos problemas oftalmológicos mais freqüentes, nesse nível de assistência. Uma avaliação de 1333 guias de referência para problemas oftalmológicos encaminhadas da atenção básica para o Complexo Regulador, realizada no município de Ribeirão Preto, no mês de agosto de 2007, constatou

que 529 (39,7%) dessas solicitações estavam com preenchimento inadequado para tomada de decisão e 581 (43,6%) apresentavam problemas que se acompanhavam de baixa acuidade visual (BAV) (perda visual inespecífica em 273 [20,5%] e erros refracionais em 308 [23,1%]).

Desta forma, esses achados justificam a elaboração de um protocolo clínico e de regulação^{2, 3, 4} com o intuito de aumentar a eficiência da assistência oftalmológica na atenção básica^{5,6,7}, e melhorar a qualidade dos encaminhamentos para o Complexo Regulador, particularmente aqueles relacionados à BAV.

A verificação da acuidade visual (AV) representa uma das maneiras mais simples e reprodutíveis de se avaliar o fenômeno da visão. **O registro do nível de AV pode ser feito por qualquer profissional da área de saúde.**

A determinação do nível de AV deve ser feita por meio de tabelas de acuidade visual, preferencialmente para longe (como por exemplo, tabela de Snellen – FIGURA 1). A distância ideal de exame vem registrada na própria tabela e deverá ser obedecida fielmente. (por exemplo, se a tabela é para uso a 5 metros, o paciente deve ser posicionado confortavelmente a essa distância, com a altura da tabela ao nível dos olhos). A correção óptica pessoal, se houver, deve ser utilizada.

Geralmente, começa-se o teste com o olho direito, tapando-se o esquerdo sem pressão. Para isso não é aconselhável usar os dedos e sim um objeto que não exerça pressão sobre o olho (por exemplo, folha de papel ou copos plásticos opacos). O paciente é orientado a identificar os símbolos na ordem dos maiores para os menores. Após a execução do teste de cada olho, o profissional deverá verificar e registrar o nível de AV baseando-se no número

escrito na tabela, presente ao lado da linha correspondente aos menores símbolos vistos por aquele olho. Em tal linha (que corresponderá ao nível de AV daquele olho), o paciente deverá ter acertado mais da metade dos símbolos.

A AV varia de acordo com a idade do indivíduo, a saber:

- Seis meses a dois anos – observa e segue um brinquedo ou lanterna;
- Dois a cinco anos – 0,5 ou melhor;
- Maiores de cinco anos e adultos – 0,7 ou melhor, com uma diferença menor que 0,2 entre os olhos.

A cegueira é definida como acuidade visual menor que 0,05 (considerar, no entanto, como pior que 0,1 no Brasil), no melhor olho e com a melhor correção óptica possível. Também, dentro desta definição, pode se levar em consideração a amplitude do campo visual, porém sua medida é realizada apenas por especialista da área.⁸

As alterações visuais, incluindo embaçamento, escurecimento e outras alterações qualitativas da visão devem ser abordadas com base no fluxograma anexo de queixas oftalmológicas, a fim de se determinar prováveis causas e os procedimentos corretos.

Na maioria dos casos, a diferenciação pode ser feita tendo como base a anamnese e exame físico oftalmológico simples (aqui denominado **sumário**) que se constitui de:

- medida da acuidade visual,
- inspeção da região periocular (com lanterna),
- teste de reflexos pupilares à luz (com uma lanterna observar a resposta de contração pupilar que deve estar presente no mesmo olho – direto e

no olho contralateral – consensual),

- teste do reflexo vermelho (observação do reflexo vermelho-alaranjado, sem alteração de cor ou manchas, com o uso de um oftalmoscópio direto iluminando a pupila, a cerca de 20cm do paciente) fundoscopia, quando possível com oftalmoscópio direto.

Por motivos de facilidade de entendimento da nomenclatura emprega-se a diferenciação dos níveis de **BAV** em:

- *Leve*: AV no(s) olho(s) em questão **maior** que 0,6;
- *Moderada*: AV no(s) olho(s) em questão **maior** que 0,3 e **menor** que 0,6;
- *Grave*: AV no(s) olho(s) em questão **menor** que 0,3.

Neste protocolo optou-se pela organização de cenários que caracterizam quadros oftalmológicos freqüentemente observados na atenção básica à saúde. Esses cenários representam, provavelmente, as principais situações não traumáticas que cursam com **Dificuldade Visual**, associada ou não à hiperemia ocular. Os pacientes com piora visual de progressão rápida, comprovada com medidas em tabelas de acuidade visual (horas a dias) devem ser prontamente encaminhados à avaliação especializada por meio do Complexo Regulador.

CENÁRIO I

Apresentação clínica

- BAV de início insidioso, podendo ser progressiva, indolor e sem hiperemia ocular.

Diagnóstico etiológico e/ou sindrômico

- Com exame oftalmológico normal: vícios de refração (por exemplo, miopia e astigmatismo).
- Presença de pupila esbranquiçada e teste do reflexo vermelho alterado ou diminuído: catarata.

Condutas clínicas e de regulação

- Orientar o paciente do caráter de não urgência desses quadros.
- Ambas as situações merecem confirmação diagnóstica e terapêutica com avaliação oftalmológica, em nível de atenção secundária.
- Preencher as folhas de referência de maneira manual ou eletrônica, constando qual hipótese diagnóstica, a fim de se enviar ao Complexo Regulador, que providencia o agendamento da avaliação.
- O paciente deverá receber informação dos detalhes de seu agendamento por mensagem falada ou escrita do Complexo Regulador ou da Unidade Básica ou ainda, diretamente pelos agentes comunitários de saúde.
- Orientar o paciente que, caso seja necessário o uso de óculos, reavaliações oftalmológicas deverão ser feitas após 1 a 2 anos (geralmente anualmente).
- A Unidade Básica poderá colaborar no acompanhamento e orientação pós-operatória, através de orientações recebidas por carta de contra-referência, no caso de cirurgia de catarata.

A avaliação clínica correta pelo médico da atenção básica pode colaborar na detecção destes importantes problemas de saúde ocular, que

juntos são considerados as principais causas de cegueira e baixa visão no mundo.

Essas informações devem se estender a toda equipe de saúde, incluindo enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentre outros, o que melhora a capacidade de detecção de tais agravos à visão.

CENÁRIO II

Apresentação clínica

- BAV de início agudo (menor que 3 dias), geralmente leve e com hiperemia ocular difusa, associada à secreção ocular, dor leve ou sensação de corpo estranho.

Diagnóstico etiológico e/ou sindrômico

- Exsudato purulento durante todo o dia, com possível edema palpebral: conjuntivite bacteriana.
- Presença de sinais de infecções de vias aéreas superiores, exsudato aquoso ou mucóide pior de manhã, sensação de corpo estranho: conjuntivite viral.
- Exsudato aquoso, às vezes com edema da conjuntiva ou das pálpebras, com grande predomínio de prurido: conjuntivite alérgica.

Condutas clínicas e de regulação

- Na suspeita de conjuntivite bacteriana: higiene ocular com solução fisiológica, compressas frias, colírio de antibióticos tópicos (cloranfenicol, 1 gota a cada 3 horas por 7 dias).

- Na suspeita de conjuntivite viral: higiene local com solução fisiológico, compressas frias, colírio lubrificante se sensação de corpo estranho importante (hipromelose, 1 gota a cada 2 horas ou sempre que necessário).
- Na suspeita de conjuntivite alérgica: compressas frias e colírio lubrificante para alívio do prurido (hipromelose, 1 gota a cada 2 horas ou sempre que necessário). Prescrever tratamento de quadros alérgicos sistêmicos associados.
- Orientar o paciente a observar piora da visão ou do quadro ocular em quatro dias.
- Havendo piora ou pouca melhora, retornar à unidade básica de saúde imediatamente, para encaminhamento ao atendimento oftalmológico secundário.
- Preencher a ficha de referência de maneira manual ou eletrônica, constando qual hipótese diagnóstica, a fim de se enviar ao Complexo Regulador.
- O paciente deverá receber informação dos detalhes de seu agendamento por mensagem falada ou escrita do Complexo Regulador ou da Unidade Básica ou ainda, diretamente pelos agentes comunitários de saúde.
- Colaborar no acompanhamento através de orientações recebidas por carta de contra-referência.
- Orientar o paciente que, no caso de conjuntivite viral, o mesmo deverá evitar contato próximo (incluindo pertences pessoais, como toalha de rosto e roupas de cama.) com outros indivíduos por 7 dias, pelo risco de

propagação da infecção. Para tanto, poderá ser fornecido, se necessário, atestado médico por igual período.

As conjuntivites virais podem apresentar ainda folículos à eversão da pálpebra inferior, microhemorragias conjuntivais e nódulo pré-auricular palpável. Além disso, têm, geralmente, comportamento epidêmico e são mais freqüentes que os outros tipos. Alguns casos transcorrem com piora da visão por aparecimento de lesões puntiformes corneanas que também merecem avaliação especializada.

Existe pequena probabilidade da infecção corneana pós conjuntivite bacteriana (ceratite bacteriana), na qual haverá piora importante da dor e visão. Tais casos merecem encaminhamento urgente, via Complexo Regulador.

No caso das conjuntivites alérgicas existe a possibilidade do uso de colírios a base de corticosteróide, porém pela necessidade de fino controle e pelos riscos de complicações graves, como a catarata e o glaucoma, tal uso não deve ser aconselhado.

Outras causas de conjuntivite devem ser lembradas, tais como: conjuntivites por *Chlamydia trachomatis* (incluindo o tracoma), conjuntivite por herpes e gonococo, dentre outras. Tais casos têm apresentação diferente do mencionado acima e havendo suspeita merecem confirmação oftalmológica em nível secundário.

Novamente, tais informações devem se estender a toda equipe de saúde, incluindo enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentre outros.

CENÁRIO III

Apresentação clínica

- BAV moderada a grave, com hiperemia ocular predominantemente ao redor da córnea (pericerática), associada à dor importante e comumente unilateral.
- Presença de alteração do reflexo pupilar à luz, podendo se associar a alterações na coloração da córnea. Pode haver proptose (exoftalmia).

Diagnóstico etiológico e/ou sindrômico

- Hiperemia ocular difusa ou pericerática, lacrimejamento, possível história prévia de entrada de corpo estranho ou uso de lente de contato e coloração positiva (esverdeada) após instilação do colírio de fluoresceína: úlcera de córnea (ceratite).
- Dor ocular unilateral intensa com irradiação periocular, com cefaléia, náuseas, vômitos, pupila em dilatação média e visualização de halos coloridos pelo paciente, sem melhora com a instilação de colírio anestésico. À palpação, globo ocular endurecido: glaucoma agudo.
- Dor menos intensa, fotofobia e, principalmente, embaçamento visual. Também pode se apresentar com hiperemia pericerática: uveíte. Quadros mais graves, e mais dolorosos, com histórico de trauma ou cirurgias oculares prévias: endoftalmite
- Dor moderada de início agudo ou subagudo com proptose (exoftalmia): Inflamações orbitárias (incluindo celulite orbitária).

Condutas clínicas e de regulação

- Na suspeita de qualquer um dessas situações, o paciente deverá ser avaliado por especialista.
- Proceder encaminhamento de urgência, imediatamente, para atendimento oftalmológico terciário, para fins de confirmação diagnóstica e terapêutica especializada.
- Preencher as folhas de referência de maneira manual ou eletrônica, constando qual hipótese diagnóstica e proceder contato telefônico com o Complexo Regulador (Central de Urgência-192).
- O paciente deve receber informação da possibilidade de grande agravo à visão se não houver confirmação diagnóstica e tratamento adequado.
- Colaborar no acompanhamento através de orientações recebidas por carta de contra-referência.

Todas as doenças discutidas, assim como outras mais raras que podem se apresentar da mesma forma, são de difícil manejo pelo médico da atenção básica. Além disso, seja por seqüelas nas estruturas do segmento anterior quanto posterior do globo ou pela possibilidade de neoplasias, as afecções são consideradas extremamente graves e de tratamento altamente específico.

Desta forma, é imperativa a avaliação oftalmológica de urgência, em nível terciário, uma vez que alguns dos quadros apresentados necessitam de recursos diagnósticos e terapêuticos específicos.

CENÁRIO IV

Apresentação clínica

- BAV leve, hiperemia ocular localizada e sensação de corpo estranho.
- Ausência de secreções ou dor ocular importantes.

Diagnóstico etiológico e/ou sindrômico

- Carnosidade avermelhada, geralmente no lado medial do globo ocular, sem invasão da córnea: pinguécua.
- Carnosidade avermelhada, geralmente medial com invasão da córnea e formato triangular: pterígeo.
- Vermelhidão localizada sem preferência de formato, dada por derramamento de sangue, podendo ser espontânea: hemorragia subconjuntival.

Condutas clínicas e de regulação

- Acalmar o paciente e indicar o uso de compressas frias e colírios lubrificantes (hipromelose, 1 gota a cada 2 horas ou sempre que necessário).
- Casos de hemorragia subconjuntival espontânea deverão ser questionados quanto à hipertensão arterial sistêmica, distúrbios de coagulação ou vasculites. Todavia, os casos idiopáticos são grande maioria.
- Caso não haja melhora importante deste cenário em 7 dias, proceder o encaminhamento ao serviço oftalmológico secundário, para avaliação especializada e prescrição de medicamentos específicos.
- Preencher as folhas de referência de maneira manual ou eletrônica neste caso, constando qual hipótese diagnóstica, a fim de se enviar ao Complexo Regulador.
- O paciente deverá receber informação dos detalhes de seu agendamento por mensagem falada ou escrita do Complexo Regulador

ou da Unidade Básica ou ainda, diretamente pelos agentes comunitários de saúde.

- As lesões descritas são passíveis de retirada cirúrgica, porém pelo risco de recidiva, esse tratamento está indicado geralmente nos casos de pterígeos avançados ou que produzem queixas oculares mais importantes. Os pacientes com pinguécua e pterígeo devem ser orientados a se proteger da luz solar, da poeira e do vento, através de óculos escuros, chapéus e mudança comportamental.

CENÁRIO V

Apresentação clínica

- BAV leve, associada à hiperemia ocular difusa, sem secreção e com grande sensação de corpo estranho.
- História prévia de entrada de objetos (corpo estranho) nos olhos ou de atividade de grande suspeição (por exemplo, dirigir motocicleta sem proteção ocular).

Diagnóstico etiológico e/ou sindrômico

- Exame físico demonstrando corpo estranho conjuntival, antes ou após eversão de pálpebras superior e inferior: corpo estranho conjuntival.
- Visualização de corpo estranho na superfície corneana: corpo estranho de córnea.

Condutas clínicas e de regulação

- Os corpos estranhos conjuntivais deverão ser atendidos inicialmente na

Unidade Básica de saúde, segundo a seguinte ordem de eventos: localização do corpo estranho, instilação de 1 a 2 gotas de colírio anestésico (proximetacaína 1%) e retirada do corpo estranho com cotonete e/ou irrigação de solução fisiológica.

- Afastar a possibilidade de:
 - Perfuração ocular, na qual se observa hipotonia ocular, saída de conteúdos intra-oculares, história de acidente e perda visual mais grave.
 - Corpos estranhos corneanos deverão ser avaliados por especialista, o qual realizará a retirada sob instrumental e equipamentos adequados.
 - Corpos estranhos conjuntivais nos quais não se obteve sucesso na retirada, com a conduta inicial descrita acima.
- Nas circunstâncias descritas, o globo ocular do lado acometido deve ser ocluído com pomada oftalmológica contendo antibiótico (exemplo, epitezan ou cloranfenicol), para conforto e proteção, até a avaliação em serviço especializado.

Esses casos devem ser encaminhados de urgência por meio de contato telefônico com o Complexo Regulador (Central de Urgência-192) para atendimento oftalmológico secundário ou terciário, confirmação diagnóstica e terapêutica especializada.

- O paciente deve receber informação da possibilidade de grande agravo à visão se não houver o tratamento adequado.

O caráter de urgência deste cenário resulta primordialmente da possibilidade contaminação corneana por corpos estranhos que pode resultar em casos de úlcera de córnea e seqüelas visuais mais graves.

Finalmente, os pacientes devem ser orientados a não tentar retirar corpos estranhos sem ajuda médica e contra-indicar a prescrição de uso contínuo de colírios anestésicos pelos efeitos deletérios dos mesmos.

ANEXO 1 – FIGURAS

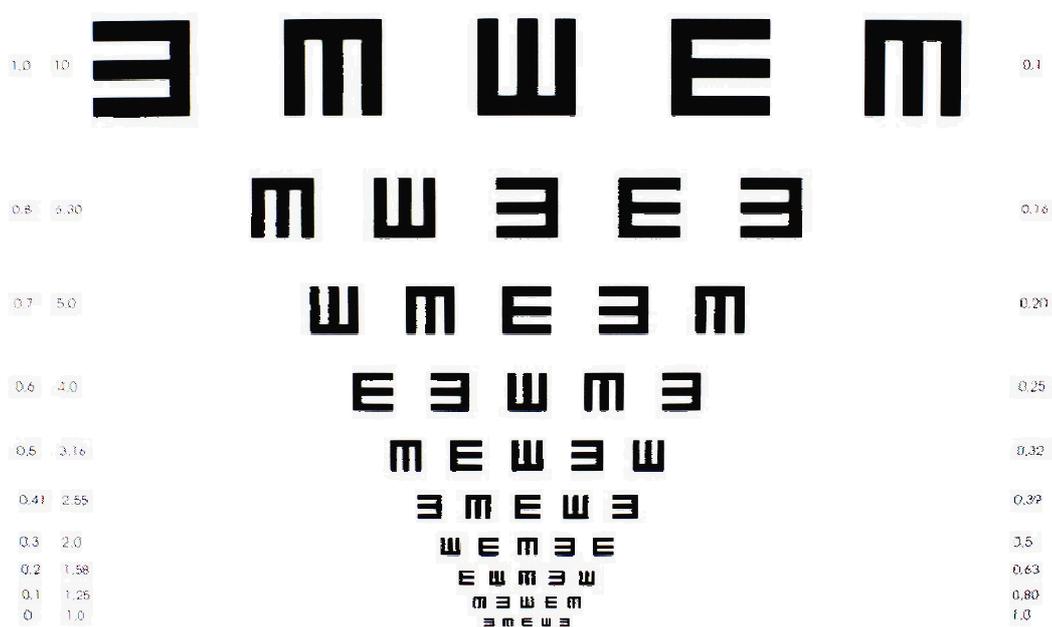


Figura 1. Tabela de acuidade visual com optotipos (símbolos) de Snellen e escala logarítmica. Os detalhes práticos de execução do exame estão na introdução do capítulo.

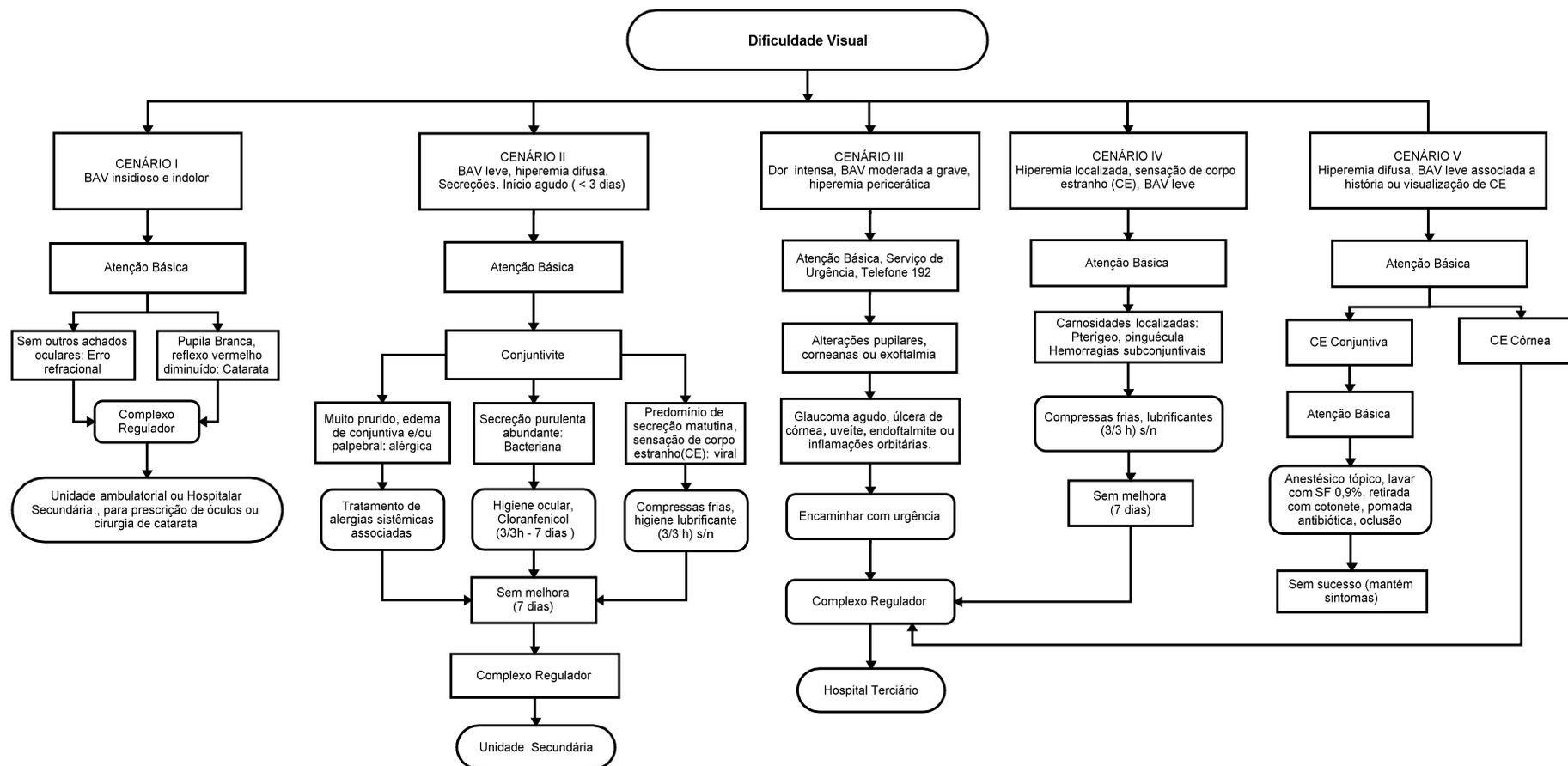


Figura 2. Fluxograma para Dificuldade Visual em Adultos e Idosos, baseado em cinco cenários clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Situação mundial da visão Visão 2020: o direito de ver 1999-2005.
<http://v2020.org/page.asp?section=000100010028>.
2. Santos JS, Kemp R, Sankarankutty A K, Salgado Jr W, Souza FF, Teixeira AC *et al*. Clinical and regulatory protocol for treatment of jaundice in adults and elderly: a support for health care network and regulatory system. *Acta Cir Bras* 2008; 23 Suppl 1:133-42.
3. Lopes SLB, Santos JS, Scarpelini S. The implementation of the medical regulation office and mobile emergency attendance system and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. *BMC Health Serv Res* 2007;7:173.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de regulação. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, agosto de 2008*.
5. Global Programme on Evidence for Health Policy. Guidelines for WHO Guidelines, 2003. http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf.
6. Persaud DD, Jreige S, LeBlanc RP. Enhancing vision care integration: 1 Development of practice algorithms. *Can J Ophtalmol* 2004; 39:219-24.
7. Persaud DD, Jreige S, LeBlanc RP. Enhancing vision care integration: Implementation of practice algorithms. *Can J Ophtalmol* 2004; 39:225-33.
8. Change the Definition of Blindness.
<http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>