



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DISTÚRBIO VISUAL EM CRIANÇAS: PREVENÇÃO DA AMBLIOPIA.

RODOLFO PERES NUNES

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Especialista em Saúde
da Família.**

Orientador(a): Prof. Dr. Antonio Carlos Frias

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVOS	04
2.1 Geral	04
2.2 Específico(s)	04
3 REFERENCIAL TEÓRICO	05
4 MÉTODO	06
4.1 Local	06
4.2 Participantes	06
4.3 Ações	06
4.4 Avaliação e Monitoramento	07
5 RESULTADOS ESPERADOS	08
6. CRONOGRAMA	09
7 REFERÊNCIAS	10

1. INTRODUÇÃO

O alto índice de crianças na população adscrita na área da UBSF União de Vila Nova I, a facilidade de reunir essas crianças nas três creches presentes no território, a gravidade e o potencial subdiagnóstico de distúrbios visuais nessa faixa etária e o melhor desfecho da ambliopia quando tratada precocemente são fatores que conclamam a investigação, o rastreio e o diagnóstico precoce de distúrbio visual em crianças.

A ambliopia, que é a causa mais comum de perda visual evitável em crianças, é resultado da redução na acuidade visual atribuível aos déficits neurológicos, isto é, causada pela inibição de sinais neurológicos na via neural do olho amblíope durante o desenvolvimento visual. Quando diagnosticada e tratada precocemente é potencialmente reversível, resultando em melhor qualidade visual final para o indivíduo.

Diagnosticar o déficit visual, na maioria das vezes assintomático, permite o acesso ao tratamento oftalmológico com maior equidade e evita ou trata a ambliopia.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar, por meio de testes clínicos, distúrbio visual em crianças de 3-4 anos de idade, para minimizar sequelas na acuidade visual e visão conjugada em crianças após o fim da plasticidade neuronal.

2.2 Específico(s)

Permitir o desenvolvimento do potencial profissional, educacional, cultural com a plenitude da acuidade visual.

Evitar e tratar se instalada a ambliopia e a estereopsia.

Fornecer acesso de forma equitativa a especialidade médica oftalmológica.

Melhorar o rendimento e o interesse nos estudos, por facilitar a leitura.

Sensibilizar pais e profissionais da Educação para a importância e os benefícios do tratamento precoce do distúrbio visual.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O distúrbio visual em crianças não corrigido pode afetar o potencial visual futuro da criança. As principais causas de distúrbio são : estrabismo, erro de refração e obstrução do eixo visual. Estrabismo e erro de refração são causas responsáveis por 90% de toda a ambliopia, como afirma Gunton (2013).

"A ambliopia é a causa mais comum de perda visual reversível monocular em crianças e jovens adultos com uma incidência de 1% a 3,5% nos países desenvolvidos" (Gunton,2013). Consiste na diminuição da acuidade visual de um ou de ambos os olhos. Em termos técnicos, pode-se dizer que um olho é ambliope quando tem uma acuidade visual que é inferior à de um olho considerado normal em pelo menos duas linhas numa escala subjetiva da medição da visão, com muita propriedade nos lembra Magalhães (2015, p.131) Ocorre um déficit no desenvolvimento neurológico, na área correspondente ao olho ambliope. Os passos do tratamento são: fornecer uma imagem clara, sem obstrução para o olho afetado, além de desbloquear o eixo de visão afetado é necessário também diminuir a acuidade do olho dominante para estimular a área cerebral do olho ambliope.

Existem diversas formas de tratamento: tampão adesivo, lente corretiva, colírio de atropina, cada um com suas peculiaridades e melhores indicações dependendo da gravidade do quadro, idade do paciente e adesão ao método escolhido.

O diagnóstico faz-se através da avaliação da acuidade visual e constatando que é inferior ao normal; "isto só é possível a partir dos 3 ou 4 anos de idade, quando a criança já colabora." (Magalhães, 2015, p.131)

Após a recuperação adequada da acuidade visual o médico oftalmologista deve avaliar a descontinuação do tratamento, há risco de recidiva da ambliopia de 6 a 67% , pelos achados de Scott (1988 ,p.226) , aumentando a incidência quando não há "desmame" no uso de tampões (interrupções abruptas no uso).

O tratamento da ambliopia é altamente bem sucedido em 75% das crianças favorecendo boa acuidade visual aos 7-8 anos. Quanto menor a idade de início do tratamento melhor a acuidade visual final, mas o tratamento deve ser tentado em crianças mais velhas, sem tratamento prévio, porque até 47% desses pacientes tiveram melhora sustentada na acuidade visual, segundo Gunton. (2013)

4. METODOLOGIA

4.1 Local

Creches da área de abrangência da Unidade União de Vila Nova I, Município de São Paulo, Estado de São Paulo.

4.2 Participantes (público-alvo)

Crianças de 3-4 anos de idade, matriculadas nas creches da área de abrangência da unidade de saúde. Os participantes serão médicos, agentes comunitários e professores.

4.3 Ações

Deve-se listar as crianças em uma planilha para melhor controle. Em um segundo momento, de forma coletiva e lúdica, orienta-se as crianças sobre o teste de acuidade visual e as posições dos optotipos para que durante o exame clínico haja uma linguagem uniforme.

Escolhe-se um ambiente calmo, silencioso e iluminado. Posiciona-se a tabela de Snellen para que as linhas 0,8 e 1,0 fiquem, aproximadamente, na mesma altura dos olhos das crianças e deve-se posicionar também a cadeira de exames com distância de 5 metros da tabela.

O teste é iniciado pelo olho direito, ocluindo o olho contra lateral com dispositivo próprio (oclusor) é importante orientar a criança a não comprimir o globo ocular, para não alterar o teste do segundo olho. Inicia-se do maior para os menores optotipos e considera-se linha lida com sucesso quando 2/3 dos optotipos são lidos de maneira correta.

Crianças com acuidade visual menor que 0,7 ou crianças com diferença entre a acuidade dos dois olhos de 2 linhas ou mais da tabela serão considerados como teste anormais.

Após obter a lista de crianças com o teste alterado deve-se fazer uma reunião com seus responsáveis para sensibilizá-los da importância do tratamento adequado e da possibilidade de melhora, explicando de forma acessível do que se trata o problema e suas possíveis consequências. Em um segundo momento dessa reunião deverá ser confeccionada as referências/encaminhamentos dos casos encontrados para o Serviço de Oftalmologia.

O período de tempo dependerá do número de crianças a serem examinadas. Acredita-se que quanto maior o tempo investido na explicação das posições dos optotipos de forma clara e lúdica, mais os testes fluirão sem intercorrências. Será necessário no mínimo dois encontros: em um primeiro momento com as crianças e posteriormente um encontro com os responsáveis pelas crianças.

4.4 Avaliação e Monitoramento

O projeto será avaliado por meio da proporção de crianças examinadas do total de crianças com mesma idade matriculadas nas creches e pela contra-referência emitida pelo médico especialista – oftalmologista. Aplicando-se a longitudinalidade no cuidado do paciente toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família deve acompanhar cada caso em conjunto com o médico oftalmologista, observando e favorecendo a adesão ao tratamento proposto.

5. RESULTADOS ESPERADOS

A implementação do projeto poderá diagnosticar crianças com erro de refração, estrabismo ou ambliopia para que com o diagnóstico precoce alcancem uma melhor acuidade após tratamento.

O projeto envolverá ainda profissionais da saúde, professores e pais sobre uma questão reversível de saúde visual que alterará o futuro e o potencial de crianças.

7. REFERÊNCIAS

Gunton,K. Advances in Amblyopia: What have we learned from PEDIG trials;. Philadelphia:American Academy of Pediatrics, 2013.

[www.pediatrics.org/cgi/doi/10,1542/peds.2012-1622](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-1622).

Magalhães,A. Ambliopia. Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo; Srª Hora, Porto.

www.ofthalmologia-pediatica.eu/pagina,131,148.aspx

Scott, W.; Dickey, C.; Stability of visual acuity in amblyopic patients after visual maturity. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 1988;226 (2):154–157.

Wu,C.; Hunter, D. Amblyopia: Diagnostic and Therapeutic Options. [s.l.]: Am J. Ophthalmol 2006;141:175-184.