

Título: Rastreamento de doenças oftalmológicas em idosos e intervenção na atenção primária de saúde

Nome do aluno: Michelle Ferreira Silva de Moura

Nome da Orientadora: Karina Martins Molinari

1 Introdução:

A catarata senil é a doença visual mais comum no idoso e uma vez operado o doente recupera a visão. Por outro lado, o glaucoma é a segunda causa de cegueira no mundo e a principal causa de cegueira irreversível. O glaucoma leva a uma perda irreversível do campo visual da periferia para o centro e pode terminar em cegueira total. A perda de visão no glaucoma pode ser evitada se a doença for detectada precocemente e adequadamente tratada. Já a degenerescência macular da idade (DMI) afeta o indivíduo numa altura e que ainda está ativo e independente. A visão é fundamental para a qualidade de vida do indivíduo. O olho seco, frequente no idoso, ocasiona uma diminuição significativa da qualidade de vida do indivíduo devido a má lubrificação da superfície ocular.

Um dos problemas principais do idoso são as quedas por várias causas, entre elas as deficiências visuais. Um envelhecimento ativo e saudável valoriza o papel do idoso na sociedade e a limitação das suas atividades pela diminuição visual, tem uma grave repercussão na sua qualidade de vida, levando muitas vezes à depressão.

2 Capítulos:

2.1 Anatomia do olho;

Quando observamos externamente o olho, vemos as seguintes estruturas:

- Pupila: abertura que permite a entrada de luz para o interior do globo ocular em direção à retina.
- Íris: cuja pigmentação caracteriza a cor dos nossos olhos, possui dois tipos de músculos lisos de ação antagônica.
- Córnea: superfície curva e transparente de tecido conjuntivo que funciona como uma lente de grande capacidade de refração e filtra os raios UV. Ela é sempre lavada pela secreção lacrimal (controlada pelo nervo VII) que é espalhada pelas pálpebras que se sobem e descem.
- Pálpebra: a elevação é causada pelo músculo elevador da pálpebra ativado pelo III par.
- Esclera: tecido conjuntivo rígido e esbranquiçado que continua a córnea. O conjunto esclera e córnea que dão a forma esférica do olho. Músculos extrínsecos do olho associada a esclera estão seis pares de músculos esqueléticos que garantem o movimento do globo ocular.
- Nervo óptico: fibras nervosas que transportam as informações visuais para a base do cérebro, próximo a glândula pituitária.

O globo ocular é uma estrutura quase esférica e no homem adulto tem cerca de 2,5cm. A parede é composta de três camadas concêntricas:

- Esclera: camada mais externa, derivada da duramáter;
- Coróide: camada intermediária, derivada da pia-máter e aracnóide. É intensamente vascularizada e recoberta por um epitélio pigmentado que absorve o excesso de luz evitando reflexões indesejáveis sobre os fotorreceptores da retina.
- Retina: é a camada mais interna composta de fotorreceptores e células nervosas, na verdade, uma expansão periférica do SNC que recobre 2/3 da coróide. Com um oftalmoscópio podemos ver como a retina (no caso, do direito). Observamos uma rede vascularizada originada no disco óptico, que é de onde o nervo óptico emerge da retina. Esta região é desprovida de fotorreceptores e, portanto, conhecido como “ponto cego” do olho. Na região que aparece mais amarelada corresponde à mácula lútea. Em seu ponto mais central está a fóvea local onde a focalização da luz ocorre. Na porção anterior está o músculo ciliar constituído de fibras musculares lisas que se prendem próximo às junções da córnea com a esclera.

Do corpo ciliar partem ligamentos suspensores (fibras zonulares) que prendem o cristalino, uma estrutura transparente e elástica que junto com a córnea funciona como uma lente. Sob a atividade do músculo ciliar

(controlada por fibras pós-ganglionares parassimpáticas do III par de nervos cranianos), a sua curvatura pode ser modificada, tornando-se uma lente mais ou menos convergente.

A íris regula a entrada de luz pela pupila, cujo diâmetro pode variar graças à ação antagônica de dois músculos lisos: o músculo esfíncter da pupila causa redução do diâmetro pupilar (miose) e o músculo dilatador da pupila causa aumento (midríase).

A midríase é causada pela atividade autonômica simpática (cujos neurônios pré-ganglionares estão na medula T1 e T2) e a miose é mediada pela atividade das fibras parassimpáticas do III par de nervos cranianos.

O olho possui então um mecanismo automático para regular a quantidade de luz que passa pela pupila variando o seu diâmetro. Entre a córnea e o cristalino forma-se a câmara anterior e entre o cristalino e a íris, a câmara posterior. Ambas as câmaras são preenchidas com o humor aquoso, líquido transparente semelhante à composição plasmática que é produzido pelo epitélio que recobre o corpo ciliar (difusão e transporte ativo). O líquido é drenado pelo canal de Schlemm, um canal venoso que se localiza entre a íris e a córnea. Uma obstrução deste canal provoca aumento da pressão intraocular e lesão das células retinianas causando o glaucoma. O espaço entre o cristalino e a retina é ocupado por um gel transparente denominado humor vítreo contendo fibras submicroscópicas e ácido hialurônico. Estes dois líquidos ajudam a dar forma ao olho.

2.2 Doenças oculares mais prevalentes;

As três maiores causas de cegueira no mundo e no Brasil são doenças que acometem, sobretudo, os idosos: catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade (DMRI) (ref.1).

2.21 Catarata senil

A catarata é definida como qualquer opacificação do cristalino que atrapalhe a entrada de luz nos olhos, acarretando diminuição da visão. As alterações podem levar desde pequenas distorções visuais até a cegueira. A catarata senil: opacidade do cristalino em consequência de alterações bioquímicas relacionadas à idade. Aproximadamente 85% das cataratas são classificadas como senis, com maior incidência na população acima de 50 anos (ref 3). Nesses casos, não é considerada uma doença, mas um processo normal de envelhecimento.

A correção cirúrgica é a única opção para recuperação da capacidade visual do portador de catarata senil (ref 2).

2.22 Glaucoma

- Ângulo aberto

Geralmente é assintomático até os estágios mais tardios. Sintomas precoces podem incluir perda da visão periférica. Visão tubular e perda da fixação central ocorrem, em geral, quando a doença está avançada. Os sinais são: pressão intraocular geralmente elevada (faixa normal de 10 a 21 mmHg). Gonioscopia: Apresenta aspecto normal e ângulo aberto da câmara anterior na avaliação. Não há sinéquia anterior periférica (SAP). A perda característica de campos visuais inclui degrau nasal, escotoma paracentral e escotoma arciforme .

No glaucoma de ângulo aberto, a perda da visão começa nas bordas do campo visual, e se não tratada pode comprometer todo campo visual, em último caso pode causar cegueira.

O tratamento quando realizado precocemente pode ser mais bem sucedido. Num estágio mais avançado, pode evitar uma piora do quadro, mas, geralmente, a restauração completa da visão não é possível. É realizado tratamento clínico, com uso de colírios apropriados. Quando a medicação não consegue controlar a pressão intra-ocular ou os efeitos colaterais são intoleráveis, um cirurgião oftalmologista pode aumentar a drenagem utilizando a laserterapia para criar um orifício na íris ou a cirurgia para remover parte da íris (ref. 7).

Glaucoma de ângulo aberto secundário: As causas identificáveis para glaucoma de ângulo aberto incluem: induzido pelo cristalino, inflamatório, esfoliativo, pigmentar, induzido por esteroides, recesso de ângulo, traumático, glaucoma relacionado com a pressão venosa episcleral aumentada (p. ex., síndrome de Sturge-

Weber, fistula carotídeo-cavernosa), tumores intraoculares, hemácias degeneradas (glaucoma de células fantasmas), segmentos externos fotorreceptores degenerados após descolamento de retina regmatogênico crônico (síndrome de Schwartz-Matsuo) ou anormalidades de desenvolvimento do segmento anterior.

- Ângulo fechado

O glaucoma de ângulo fechado causa episódios súbitos de aumento de pressão, e geralmente acontece apenas em um dos olhos. Nesse tipo de glaucoma, o espaço existente entre a córnea e a íris, onde o líquido é drenado para fora do olho, é mais estreito do que o normal. Qualquer coisa que provoque a dilatação da pupila pode acarretar uma interrupção da drenagem pela íris, provocando o aumento súbito da pressão intra-ocular.

O glaucoma de ângulo fechado produz sintomas súbitos que podem causar uma discreta redução da visão, halos coloridos em torno de lâmpadas, dor no olho e cefaléia. Esses sintomas podem durar apenas algumas horas antes de ocorrer um episódio mais grave, que produz uma perda rápida da visão e uma dor latejante e intensa no olho. Náusea e vômitos são comuns no glaucoma de ângulo fechado. A pupila dilata e não fecha normalmente em resposta à luz intensa. Os sintomas desaparecem com uma medicação adequada, mas mesmo assim os episódios podem recorrer. Um novo episódio reduz cada vez mais o campo visual.

Avaliar a presença de fatores de risco (histórico familiar de cegueira ou perda visual por glaucoma, idade avançada, descendência africana, diabetes, miopia, hipertensão ou hipotensão). Verificar histórico prévio de PIO elevada ou uso crônico de esteroides, bem como cirurgia refrativa, incluindo laser in situ keratomileusis (LASIK), no passado (alteração na paquimetria), história médica pregressa para determinar a terapia apropriada como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca congestiva, bloqueio cardíaco ou bradiarritmia, litíase renal e alergias.

Para tratar o glaucoma de ângulo fechado existem vários medicamentos que podem diminuir rapidamente a pressão intra-ocular durante um episódio. O médico vai identificar a melhor opção para o paciente. Nos casos mais graves, é aplicada a laserterapia, que ajuda a evitar novos episódios e, freqüentemente, cura a doença de modo permanente. Quando esse tratamento não resolve, o médico pode realizar uma cirurgia para criar um orifício na íris (ref. 7).

2.3 Olho Seco

A síndrome do olho seco inclui sintomas como queimação, ressecamento, sensação de corpo estranho, visão leve a moderadamente diminuída e lacrimejamento excessivo. Agrava-se pela presença de fumaça, vento, calor, baixa umidade ou pelo uso prolongado dos olhos, por exemplo, ao trabalhar com computador. Pode haver piora ao final do dia.

Esta síndrome é mais comum em mulheres na menopausa e pós-menopausa. O tratamento difere quanto a grau do Olho Seco (leve, moderado ou severo) (ref, 6).

2.4 Degenerescência macular da idade

Perda gradual da visão central, alterações na tela de Amsler; pode ser assintomática.

Os fatores de risco são: histórico familiar, tabagismo, obesidade, hipertensão, hipercolesterolemia). Exames importantes para identificação são: teste de tela de Amsler para documentar ou detectar um escotoma central ou paracentral. E exame da mácula com lente de contato de 60 ou 90 dioptrias ou de fundo: Pesquisar fatores de risco para conversão à forma exsudativa, como drusas moles ou agregados pigmentares. Buscar sinais da forma exsudativa (o desaparecimento das drusas pode antecipar o desenvolvimento de NVC).

A autofluorescência basal e periódica do fundo pode ser útil para monitorar a progressão.

O tratamento com uma combinação de altas doses de vitamina C (500 mg), vitamina E (400 UI), betacaroteno (15 mg), zinco (80 mg) e óxido cúprico (5 mg) reduz o risco de progressão para DMRI avançada em aproximadamente 25% ao longo de cinco anos e reduz o risco de perda de visão causada por DMRI avançada em cerca de 19% em cinco anos.

Além disso, recomendar o consumo de vegetais de folhas verdes e peixes/óleos de peixe contendo altos níveis de ácidos graxos ômega

Encaminhar a um internista para tratamento de supostos fatores de risco: Hipertensão, hipercolesterolemia, cessação do tabagismo, etc. O seguimento é a cada 6 a 12 meses.

3 Objetivos

3.1 Objetivos gerais:

Avaliação da acuidade visual em pacientes idosos na atenção primária de saúde e identificar precocemente doenças oftalmológicas com posterior encaminhamento ao especialista.

3.2 Objetivos específicos:

- 1 Promoção à saúde ocular
- 2 Prevenção a cegueira
- 3 Educação em saúde ocular
- 4 Observação do olho
- 5 Medida da acuidade visual
- 6 Reconhecimento precoce de problemas oculares e referência precoce para tratamento.

4 Método

Público-alvo e Participantes: idosos acima de 60 anos. Participantes: médicos generalistas e enfermeiros da UBS Costa Mello. E posterior avaliação de Oftalmologistas de centros especializados do SUS.

Local: Unidade Básica de Saúde Costa Mello- localizada na Rua Luis Asson, 165, CEP: 03624-010. São Paulo- SP- Brasil.

Ação e avaliação: Inicialmente será realizado um o curso para triagem de acuidade visual através do Projeto Olhar Brasil pelos médicos generalistas e enfermeiros da UBS Costa Mello.

Será agendado um dia na unidade básica de Saúde para o rastreamento de patologias oftalmológicas em idosos. Serão distribuídos convites para o evento através das agentes comunitárias de saúdes, e será realizada a busca ativa de idosos na região para ser feito o convite.

No dia do evento será organizada uma sala com bancos disponíveis para os idosos sentarem e será discutido sobre ações de promoção e prevenção de saúde ocular. Será discutido sobre:

- higiene: criar hábitos de higiene saudáveis como banho diário, lavar as mãos e o rosto com frequência e usar lenços e toalhas individuais sempre que for possível.
- moradia: é importante a manutenção da limpeza da moradia como medida de preservação de saúde. Pra tanto, é primordial a disponibilidade de água limpa e de boa qualidade, recolhimento do lixo e a existência de esgotamento sanitário.
- meio ambiente: a água é fundamental para manter as atividades orgânicas dos seres vivos, para a higiene pessoal e da moradia. A população deve ter a consciência do uso racional da água, bem como medidas de preservação hídrica: conservar as margens e não depositar lixo nos rios, evitar o desmatamento e estimular o reflorestamento em áreas degradadas. O controle da emissão de poluentes ambientais é, também, necessário. Nos grandes centros urbanos, os poluentes resultam da queima de combustíveis dos automóveis e/ou do processo industrial são prejudiciais à saúde do ser humano. Estes poluentes, além de outros danos, podem causar irritação dos olhos (conjuntivite irritativa). Alguns poluentes como os Clorofluocarbonos (CFC), contidos em alguns aerossóis, podem destruir a camada de ozônio da atmosfera que filtra os raios ultravioleta. Esta irradiação quando ocorre em excesso também causa danos à saúde dos seres vivos, provocando por exemplo, câncer de pele e catarata. Portanto, recomenda-se o uso de óculos escuros e/ou boné quando em contato com irradiação solar em áreas abertas e sem arborização. O controle da poluição do ar deve ser feito pelos órgãos públicos com a participação da população.
- alimentação: uma alimentação isenta de agrotóxicos, diversificada em proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas e minerais é necessária para o adequado crescimento e desenvolvimento corporal e cerebral, inclusive para o desenvolvimento visual (ref.5)

O médico generalista ficará responsável pela oftalmoscopia, também conhecida como fundoscopia, é um exame que visa observar o a região posterior do globo ocular, que compreende a retina, o disco óptico, a coróide e os vasos sanguíneos ali presentes. O seu uso permite não só a avaliação de alterações oculares mas também a detecção de doenças sistêmicas, pois estas podem causar retinopatia.

E posteriormente a enfermeira irá realizar o teste da acuidade visual por meio de um teste simples utilizando a escala de sinais de Snellen.

Os idosos com alterações oftalmológicas serão encaminhados aos serviços de oftalmologia por critério de prioridade dependendo do nível de visão no melhor olho.

Todos os idosos com diabetes devem ser encaminhados para exames de fundo de olho no diagnóstico e pelo menos uma vez ao ano

4.1 Critérios para encaminhamento

Critérios para encaminhamento segundo o Projeto Olhar Brasil, Triagem de acuidade visual (ref 4):

4.2 Critério de encaminhamento prioritário:

Caso algum examinado no momento da triagem apresente ou relate algum dos problemas listados abaixo, deverá ter prioridade no encaminhamento ao oftalmologista:

- a) Acuidade visual inferior a 0,1 em qualquer dos olhos;
- b) Quadro agudo (olho vermelho, dor, secreção abundante, dentre outros sinais e sintomas);
- c) Trauma ocular recente.

4.3 Critérios para encaminhamento regular:

- a) Acuidade visual inferior ou igual a 0,7 em qualquer olho;
- b) Diferença de duas linhas ou mais entre a acuidade visual dos olhos;
- c) Estrabismo (olho torto ou vesgo);
- d) Paciente com mais de 40 anos de idade, com queixa de baixa acuidade visual para perto (ex: não consegue ler, não consegue enfiar linha na agulha);
- e) Paciente diabético;
- f) História de glaucoma na família;
- g) Outros sintomas oculares (prurido, lacrimejamento ocasional, cefaléia).

É importante observar e registrar se durante a medida da acuidade visual o examinado apresenta algum sinal ou sintoma ocular, tais como:

- Lacrimejamento;
- Inclinação persistente de cabeça;
- Piscar contínuo dos olhos;
- Estrabismo (olho vesgo);

- Cefaléia (dor de cabeça);
- Testa franzida ou olhos semi-cerrados, entre outros.

5 Resultados esperados

Espera-se que a maior incidência de doenças oftalmológicas encontradas nos idosos sejam: catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade. E posteriormente a identificação destas patologias ocorra o tratamento adequado para melhor qualidade de vida ao idoso. A confirmação estas patologias será dada após a consulta com o oftalmologista.

6 Monitoramento:

Um novo evento para os idosos será agendado após 6 meses do evento inicial e será solicitado para que os idosos participantes da triagem que foram encaminhados ao oftalmologista levem a contra referencia (isto é a avaliação do oftalmologista) ao médico generalista do posto de Saúde Costa Mello, para poder ser feito a análise das doenças mais prevalentes na população idosa da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ÁVILA, Marcos; ALVES, Milton Ruiz Alves; NISHI, Mauro. As condições de saúde ocular no Brasil 2015- Conselho Brasileiro de Oftalmologia 2015 p. 16.
- 2- SUMMA, Legis. Opacificações dos meios oculares. Oftalmologia para alunos de graduação em medicina, Ribeirão Preto, 1992. p. 61-66.
- 3- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Catarata. In: OMS. Estratégias para la prevención de la ceguera em los programas nacionales. 2ª ed. OMS, Genebra, 1997,p.71-77
- 4- PROJETO OLHAR BRASIL- TRIAGEM DE ACUIDADE VISUAL MANUAL DE ORIENTAÇÃO, ministério da Saúde e ministério da Educação, 1ª edição, Brasília, 2008. p. 21. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015497.pdf> Acesso em: 30 set. 2016.
- 5- MANUAL DE SAÚDE OCULAR- EDUCAÇÃO- PREVENÇÃO E PROMOÇÃO, prefeitura do município de São Paulo e gerência da vigilância epidemiológica CCD/COVISA, 1ª edição, São Paulo, 2008, p. 15-17. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia_em_saude/arquivos/ocular.pdf. Acesso em: 20 out. 2016.
- 6- GERSTENBLITH, Adam T; RABINOWITZ, Michael P..Manual de doenças oculares do Wills eye hospital - diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência, 6ª edição, Brasil, 2015, p. 58-59.
- 7- MERCK SHARP & DOHME CORP., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, N.J., U.S.A.- Biblioteca Virtual em Saúde, Portugal, 2009. Seção 20, capítulo 226. Disponível em: <http://www.manuaismsd.pt/?id=252>. Acesso em: 27 nov. 2016.