



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

EDUARDO HELIO INTELIZANO DE SOUZA

TRIAGEM OFTALMOLOGICA: METODOLOGIA PARA REDUÇÃO DE FILAS PARA
ATENDIMENTO

SÃO PAULO
2020

EDUARDO HELIO INTELIZANO DE SOUZA

TRIAGEM OFTALMOLOGICA: METODOLOGIA PARA REDUÇÃO DE FILAS PARA
ATENDIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CAROLINA SIMAO

SÃO PAULO
2020

Resumo

Atendimento com especialista sempre foi um problema, devido as longas filas, em diversos municípios. Sem um planejamento e triagem adequada, a demanda reprimida toma conta do sistema. Através de estratégias de triagens eficientes, como a oftalmológica, reorganização de fluxo, prioridade em atendimentos e resolução de problemas se tornam mais viáveis.

Palavra-chave

Oftalmopatias. Equipe Multiprofissional. Diagnóstico Precoce. Assistência Integral à Saúde. Agendamento de consultas. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Quando comecei os atendimento em planalto/sp, uma cidade com 4.941 hab (censo IBGE/2015) observei que, mesmo com protocolos para encaminhamento a oftalmologia ambulatorial, filas longas eram formadas.

Atualmente, segundo este mesmo protocolo, crianças/escolares devem ter prioridade nas consultas, não sendo o que se observa. Após alguns meses de atendimento, percebi que uma criança encaminhada logo no início do meu programa, ainda aguardava a ida ao oftalmologista. Assim, mantinha seus problemas de rendimento escolar, cefaleia, afastamento social, entre outros prejuízos ao seu desenvolvimento.

Dessa forma, resolvi fazer um levantamento sobre as filas(dez/2019). Ao total, contando adultos/idosos e crianças, a fila por consultas era de 360 pacientes. Destes 26 são menores de 6 anos. 40 guias do ano de 2017, 98 de 2018 e 196 de 2019, entre outras residuais de outros anos.

Nosso serviço conta com 10 consultas ambulatoriais, para suprimento dessa demanda. Precisariamos de 36 meses para zerar essa espera. Ou seja, caso nenhuma nova guia entre na fila, levaríamos 3 anos para o esgotamento.

Vale ressaltar: essas não são guias de urgência/emergência. Contamos, se necessário, com regulação via SAMU para a emergência de oftalmologia do hospital de base de São José do Rio Preto.

ESTUDO DA LITERATURA

A triagem visual começa logo ao nascimento, inicialmente com o teste do reflexo vermelho, o popular teste do olhinho. Um exame capaz de identificar a presença de diversas enfermidades visuais como a catarata congênita e o retinoblastoma. Outras alterações também podem ser triadas: leucocorias, a retinopatia da prematuridade, o glaucoma congênito, o retinoblastoma, a doença de coats, a persistência primária do vítreo hiperplásico - pvph, descolamento de retina, hemorragia vítrea, uveíte (toxoplasmose, toxocaríase), leucoma e até mesmo altas ametropias (CALDAS MAGALHÃES, 2009), que serão confirmadas ou afastadas posteriormente com outros exames.

O exame é realizado na primeira consulta do recém-nascido, na atenção básica com 4, 6, 12 meses e 2 anos. É um teste rápido e não invasivo. Usa-se apenas um feixe de luz (MINISTERIO DA SAUDE, 2010)

Após esse período dos primeiros 2 anos de vida, é recomendado o rastreamento da acuidade visual da criança menor de 5 anos em consultas de rotina por meio de exames de avaliação, como inspeção externa do olhos ao exame físico, teste de hirschberg para o estrabismo e teste de cobertura alternada e a avaliação da acuidade visual por meio do snellen (CALDAS MAGALHÃES, 2009), o qual é nosso principal foco neste trabalho.

Orienta-se que o teste seja realizado a partir dos 3 anos de idade. Porém, devido à dificuldade de comunicação da criança, é mais confiável a partir dos 5 anos. Utiliza-se a tabela de figuras ou a tabela do "e". A triagem pode estender-se por toda a vida, inclusive adultos e terceira idade (ZAPPAROLI, 2009).

AÇÕES

Para início do projeto, dividiremos os pacientes em 3 grupos:

- 1) escolares: ação realizada na escola por idade ou ano, devido a maior dificuldade/esforço encontrada para realizar em crianças menores.
- 2) adultos: maiores de 18 anos até 60 anos.
- 3) idosos: maiores de 60 anos.

Orienta-se que o teste seja realizado a partir dos 3 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Porém, devido à dificuldade de comunicação da criança, é mais confiável a partir do 5 anos. Utilizar-se-á tabela de figuras ou a tabela do “e”.

O teste poderá ser realizado por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, professores, alfabetizadores ou por qualquer outra pessoa, desde que adequadamente qualificada. Ou seja, não é dependente apenas do médico, o que facilita sua aplicação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2012).

Para realização, além da tabela, o realizador deverá fazer uma marca ao chão, com um giz por exemplo, onde ficará sentado a criança ou adulto/idoso. Fixa-se, então, a tabela a 1,5m de altura e 5 metros de distância, em um local sem janelas ou fontes de luz incidente, para não prejudicar o teste (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

Para aumento de acurácia, orientar-se-á o examinado de forma clara e objetiva: explicar e demonstrar o que será feito, posicionar a pessoa próxima à escala de snellen, pedir que mostre a direção do “e” ou desenho, ensinar o examinado a cobrir o olho sem comprimi-lo e lembrar que, mesmo sob o tampão, os dois olhos devem ficar abertos.

O exame deve ser iniciado com os optotipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade. Sugere-se respeitar a sequência olho direito e esquerdo para evitar anotações errôneas dos resultados.

Seguindo com o exame, resultados serão considerados normais se leitura até linha 20/20. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014)

Sabe-se que a escala não tem função diagnóstica e sim para fins de real necessidade de avaliação secundária. Assim, durante consulta, caso o paciente tenha queixas não condizentes com acuidade visual, seja por sintomas associados (cefaleia, náusea, dor ocular ou retro ocular uni ou bilateral, perda de campo visual, entre outras), encaminhar-se-á o paciente para especialidade com prioridade ou, caso julga-se necessário, urgência/emergência.

RESULTADOS ESPERADOS

Apos a triagem, objetivamos encontrar guias sem necessidade de encaminhamento, assim como reorganização de prioridade: escolares e sinais de alarme/alerta.

Além das vagas já existentes, pode-se sugerir ao gestor contratação de especialista por via direta: um dia "D" de avaliação na UBS, que não conta com este serviço.

REFERÊNCIAS

- 1) CALDAS MAGALHÃES, Pedro Jorge. DIVULGAÇÃO E TREINAMENTO DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉM-NASCIDOS COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA EM DEFESA DA SAÚDE OCULAR INFANTIL NO CEARÁ, 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/pedro_magalhaes.pdf> . Acesso em: 10/04/2020
- 2) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Primária. Brasília: 2010.
- 3) ZAPPAROLI, Marcio; KLEIN, Fernando; MOREIRA, Hamilton. Avaliação da acuidade visual Snellen. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo , v. 72, n. 6, p. 783-788, Dez. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/04/2020.
- 4) MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Saúde na Escola: Orientações Gerais sobre as ações de Saúde Ocular no Programa Saúde na Escola. Brasília: 2012
- 5) MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Saúde na Escola: Saúde Ocular. Brasília: 2014