



# ITU

## TEMPO DE CRESCER

### **Protocolo singularizado para o Município de ITU**

OFTALMOLOGIA

**Organização e Elaboração**

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de  
Gestão de Promoção da Saúde

**2023**



Secretaria Municipal  
de Saúde





Secretaria Municipal  
de Saúde



Guilherme Gazzola  
**Prefeito Municipal**

Janaina Guerino de Camargo  
**Secretária Municipal de Saúde**

Dra. Claudia Cristina Pinton Magaldi  
**Gestora médica**

Dr. Fabiano C. B. Ralid  
**Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas**

Dr. Lucas Inácio  
**Médico Oftalmologista do Ambulatório de Especialidades Médicas**

Erica J. de Castro Tuani  
**Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas**

## Sumário

APRESENTAÇÃO: .....	5
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA.....	6
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta .....	6
1. Distúrbios de refração ou acomodação .....	6
2. Catarata em adultos .....	6
3. Retinopatia ou outras doenças de retina .....	7
4. Estrabismo .....	7
5. Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita .....	8
6. Glaucoma.....	9
7. Doenças da córnea e da superfície ocular .....	9
8. Toxoplasmose.....	10
REFERÊNCIAS: .....	11

## APRESENTAÇÃO:

O protocolo de Oftalmologia Adulto têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista, além de definir sua prioridade. Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento, e não estar contempladas nos protocolos.

Pacientes com risco de perda permanente de visão, já devidamente avaliados (como descolamento de retina, úlcera de córnea, hemorragia vítrea, retinopatia diabética proliferativa, entre outras) devem ter preferência no encaminhamento ao oftalmologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Sugere-se que as seguintes condições sejam avaliadas em caráter emergencial ou de pronto atendimento oftalmológico, não devendo, portanto, esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo:

- Diminuição de acuidade visual aguda ou associada a sintomas de gravidade (como dor ocular, olho vermelho, percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão);
- Suspeita de descolamento de retina (percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão);
- Queixa de fotopsias (percepção de flashes de luz que aparecem subitamente no campo de visão) ou moscas volantes de início recente (percepção de pontos, linhas ou teias de aranha no campo de visão móveis ou fixas);
- Queixa de metamorfopsia (percepção de tortuosidade na visão, notado sobretudo ao observar objetos com linhas retas);
- Conjuntivite catarral/mucopurulenta aguda sem melhora com antibiótico tópico;
- Corpo estranho ocular ou úlcera de córnea;
- Trauma ocular (trauma contuso, penetrante, perfurante; queimadura ocular; laceração palpebral, etc.);
- Uveítes agudas (como suspeita de toxoplasmose ocular aguda, entre outras);
- Indicação de transplante de córnea de urgência (úlceras corneanas sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocel);
- Infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite).

**O pronto atendimento oftalmológico de referência para nossa região é o Banco de Olhos de Sorocaba (BOS), sendo que o encaminhamento do paciente deve ser feito via solicitação de vaga pelo Portal CROSS.**

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando, exames complementares realizados recentemente e sua última receita de óculos.

## DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

Este PROTOCOLO foi baseado em publicação do Ministério da Saúde e UFRGS denominado PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA.

- Distúrbios de refração ou acomodação
- Catarata em adultos
- Retinopatia ou outras doenças de retina
- Estrabismo
- Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita
- Glaucoma
- Doenças da córnea e da superfície ocular
- Toxoplasmose

## Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta

### 1. Distúrbios de refração ou acomodação

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência oftalmológica:**

Diminuição de acuidade visual aguda ou associada a percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão, fotopsia (flashes luminosos), moscas volantes ou metamorfopsia (percepção irreal de tortuosidade ou deformação da imagem).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:**

Paciente com queixa de diminuição não aguda da acuidade visual; ou paciente com distúrbio de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) ou acomodação (presbiopia) com necessidade de revisão por modificação na acuidade visual; ou paciente usuário de lente de contato, sem acompanhamento com oftalmologista.

### 2. Catarata em adultos

O encaminhamento de pessoas com catarata para o oftalmologista se justifica quando há diminuição da acuidade visual (em vistas a procedimento cirúrgico ou revisão de grau após procedimento).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:**

Paciente com diagnóstico de catarata e com queixa de diminuição da capacidade visual funcional (queixa de diminuição visual que interfere nas suas atividades da vida diária); ou diminuição da acuidade visual medida com a tabela de acuidade visual (AV em 20/25 ou pior), paciente com diagnóstico de catarata, previamente operados, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual; ou paciente com suspeita de catarata (Quadro 1).

#### **Quadro 1 – Suspeita de catarata senil**

Idade acima de 60 anos,

Queixa de turvação não-dolorosa e progressiva da visão, em um ou ambos os olhos

Perda de reflexo vermelho através da pupila ou obscurecimento dos detalhes do fundo de olho

Observação: a catarata pode ocorrer em adultos não-idosos quando outros fatores de risco estão presentes, principalmente diabetes, uso de corticoide sistêmico prolongado, ou trauma ocular prévio.

### **3. Retinopatia ou outras doenças de retina**

Todo paciente diabético ou pacientes em uso crônico de hidroxiclороquina/cloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, independente de diminuição na acuidade visual.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência oftalmológica:**

Diminuição de acuidade visual aguda ou associada a percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão, fotopsia (flashes luminosos), moscas volantes ou metamorfopsia (percepção irreal de tortuosidade ou deformação da imagem).

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:**

- Rastreamento retinopatia diabética:
  - Rastreamento de retinopatia diabética em gestantes com DM1 ou DM2, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional (não é necessário encaminhar para rastreamento gestantes com diabetes gestacional); ou
  - Avaliação inicial de pacientes com DM2 (no momento do diagnóstico) ou DM1 (cinco anos após o diagnóstico); ou
  - rastreamento anual de retinopatia diabética em pacientes com DM1 ou DM2 (na impossibilidade de solicitar retinografia na APS).
- Rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina/hidroxiclороquina; ou
- Outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular, descolamento de retina, oclusão de veia central da retina, entre outros).

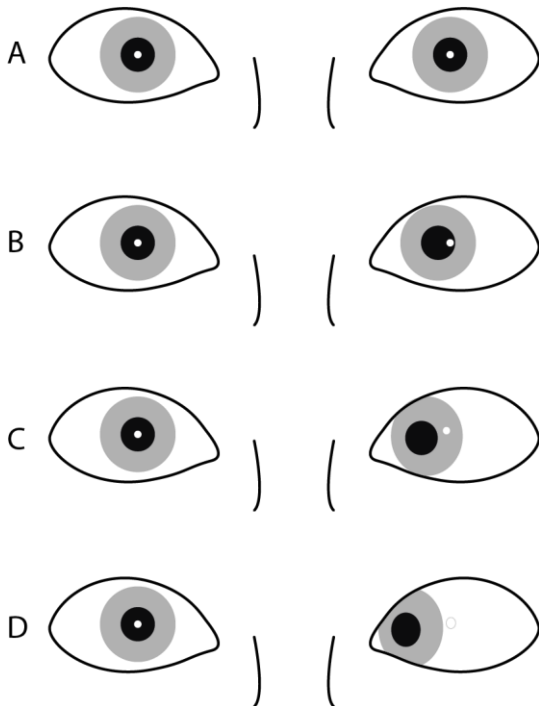
### **4. Estrabismo**

O estrabismo pode ser constante, intermitente (aparece ocasionalmente) ou latente (aparece quando desocui momentaneamente um dos olhos). Os critérios de encaminhamento se aplicam a todas essas variações. Consultar o teste de Hirshberg (figura 1) para auxílio no diagnóstico.

O teste de Hirschberg é útil para definir a presença e a direção do desvio em pacientes com estrabismo constante. Coloca-se um foco de luz, como uma lanterna de bolso, a 30 cm do rosto do paciente e observa-se onde a luz reflete em ambas as córneas. O ponto de luz sobre as córneas deve estar posicionado simetricamente em ambos os olhos, aproximadamente no centro da pupila. Havendo estrabismo, o reflexo aparecerá deslocado medialmente no olho com

exodesvio (estrabismo divergente), lateralmente no olho com esodesvio (estrabismo convergente), e inferior ou superiormente no olho com desvio vertical.

**Figura 1 – Teste de Hishberg**



A – ausência de desvio (ortotropia).

B, C, D – Estrabismo convergente (esotropia) no olho esquerdo.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência clínica:**

- Estrabismo de início abrupto, especialmente se associado a cefaleia, diplopia e/ou sinais meníngeos.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:**

- Estrabismo de início recente e/ou queixa de diplopia aguda após avaliação em serviço de emergência clínica; ou
- Estrabismo associado à diminuição de acuidade visual ou outros sintomas como torcicolo; ou
- Estrabismo em pessoas assintomáticas que desejam intervenção cirúrgica por motivo estético.

**5. Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência clínica:**

- Trauma ocular (laceração palpebral e/ou de vias lacrimais); ou
- Infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite); ou



- Proptose de início agudo ou suspeita de doenças inflamatórias ou vasculares agudas das órbitas.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:**

#### **Pálpebras**

- Lesão palpebral com suspeita de neoplasia (como lesões ulceradas, pigmentares, nodulares, etc.); ou
- Alteração da posição das pálpebras (ptose, ectrópio, entrópio) ou má oclusão palpebral (lagoftalmo); ou
- Dermatocalase (excesso de pele e flacidez na prega palpebral superior) com obstrução do eixo visual; ou
- Hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias); ou
- Simbléfaro (adesão entre a pálpebra e a superfície ocular).

#### **Vias lacrimais**

- Epífora (lacrimejamento) crônica; ou
- Dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente.

#### **Órbita**

- Proptose crônica (relacionada ou não a Doença de Graves).

### **6. Glaucoma**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência oftalmológica:**

- Suspeita de glaucoma agudo (olho vermelho geralmente unilateral, dor ocular grave de início abrupto, náuseas e vômitos, olho tenso a palpação).

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:**

- Suspeita (por exemplo, por aumento da pressão intraocular ou aumento da escavação do disco óptico) ou diagnóstico de glaucoma.

**Atenção:** Oriente o paciente para que leve a receita com os medicamentos (colírios) de uso contínuo para tratamento de Glaucoma.

### **7. Doenças da córnea e da superfície ocular**

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência oftalmológica:**

- Olho vermelho agudo, principalmente quando a hiperemia predomina ao redor da córnea (ceratite, úlcera de córnea, corpo estranho, etc.) ou é localizada setorialmente (episclerite, esclerite); ou
- Conjuntivite hiperaguda – instalação em 12 a 24 horas – com secreção purulenta

- abundante (suspeita de conjuntivite gonocócica); ou conjuntivite aguda com secreção catarral ou mucopurulenta sem melhora após o 2º - 3º dia de antibiótico tópico; ou
- Qualquer sintoma agudo (baixa de visão, dor ou secreção) em usuário de lente de contato; ou
  - indicação de transplante de córnea de urgência: úlcera corneana sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocel.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia geral:**

- Pterígio associado a diminuição de acuidade visual; ou
- Pterígio sintomático (irritação ocular) ou olho seco sem alívio com tratamento clínico (lubrificante ocular 3 a 6 vezes ao dia) por 1 mês; ou
- Outras doenças da córnea sintomáticas (ceratocone, distrofia, displasia, leucoma, edema de córnea, ceratopatia bolhosa, etc.).

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia (transplante de córnea-eletivo):**

- Doenças de córnea (ceratocone, ceratopatia bolhosa, leucoma, distrofia de Fuchs, ceratite intersticial, degeneração corneana, entre outras) associada a diminuição de acuidade visual, dor ocular ou desconforto; ou
- Falência secundária ou tardia de transplante prévio.

**Atenção: O Banco de Olhos de Sorocaba (BOS)** permite que o próprio paciente realize o cadastro para avaliação de transplante eletivo de córnea, acessando <https://bos.org.br/cadastro-e-avaliacao-de-transplante>.

## **8. Toxoplasmose**

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência oftalmológica:**

- Pacientes com suspeita de toxoplasmose ocular aguda ou reativada.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia:**

- Pacientes com toxoplasmose ocular que necessite acompanhamento ambulatorial, após avaliação inicial com oftalmologista na emergência.

## REFERÊNCIAS:

- ALVES, M. R. et al. **Estrabismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- ALVES, M. R. et al. **Óptica, refração e visão subnormal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- ALVES, M. R.; MOREIRA, C. A. **Semiologia básica em oftalmologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira).
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. **Preferred Practice Pattern Guidelines: Age-Related Macular Degeneration**. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 2015. Disponível em: <<https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/age-related-macular-degeneration-ppp-2015>>. Acesso em: 16 jun. 2017.
- AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. **Preferred Practice Pattern Guidelines: Diabetic Retinopathy**. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 2016. Disponível em:
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2016. **Diabetes Care**, New York, v. 30, Suppl. 1, p. S1-S112.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de outubro de 2009, Seção 1. Disponível em:
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/MS nº 1.279, de 19 de novembro de 2013. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Glaucoma**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
- DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- EHLERS, J. P.; SHAH, C. P. **Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2009.
- JACOBS, D. S.; TROBE, J.; PARK, L. **Cataract in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cataract-in-adults>>. Acesso em: 14 jun. 2017.
- JACOBS, D. S.; TROBE, J.; PARK, L. **Open-angle glaucoma: Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em:

<<http://www.uptodate.com/contents/open-angle-glaucoma-epidemiology-clinical-presentation-and-diagnosis>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

MARMOR, M. F. et al. Revised recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy. **Ophthalmology**, Rochester, v. 118, n. 2, p. 415-422, 2011.

MCCULLOCH, D. K. et al. **Diabetic retinopathy: Screening**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diabetic-retinopathy-screening>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

MIAN, S. I. **Visual impairment in adults: Refractive disorders and presbyopia**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/visual-impairment-in-adults-refractive-disorders-and-presbyopia>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

WALLACE, D. J. **Antimalarial drugs in the treatment of rheumatic disease**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/antimalarial-drugs-in-the-treatment-of-rheumatic-disease>>. Acesso em: 17 Jun. 2017.

YAMANE, R. **Semiologia ocular**. 1. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

<https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> acesso em Maio de 2023.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação: