

Apoiando o VISÃO 2020: O Direito à Visão



O Jornal é produzido em colaboração com a
Organização Mundial da Saúde

Volume 1 | Número 1 | Junho 2009

Esse número do Jornal de Saúde Ocular Comunitária (CEHJ) em português é baseado nos Números 53 e 55 do Volume 18 da edição internacional do CEHJ.

Editor do Volume 18 (53 e 55)

Victoria Francis

Consultores (Edição em português)

Andrea Zin

Claudia Leite

Comitê Editorial

Dr Nick Astbury

Prof Allen Foster

Prof Clare Gilbert

Dr Murray McGavin

Dr Ian Murdoch

Dr GVS Murthy

Dr Daksha Patel

Dr Richard Wormald

Dr David Yorston

Assessores

Dr Liz Barnett (Ensino e Aprendizagem)

Catherine Cross (Infra-estrutura e Tecnologia)

Dr Pak Sang Lee (Equipamento Oftalmológico)

Sue Stevens (Enfermagem em Oftalmologia)

Tradução

João Marcello Furtado

Fábio Marques do Nascimento

Lingo Translation

Assistente Editorial Anita Shah

Design Lance Bellers

Impressão Newman Thomson

Edição online Sally Parsley

Email web@cehjournal.org

Informação e inscrição

Andrea Zin

Unidade de Pesquisa Clínica

Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ

Av. Rui Barbosa 716

CEP 22.250-020

Rio de Janeiro-Brasil

Email andreazin@iff.fiocruz.br

A edição em português do Jornal de Saúde Ocular Comunitária é enviada gratuitamente para candidatos de países de baixa e média renda. Para obter sua cópia gratuita, por favor, envie seu nome, ocupação e endereço postal para o email ou endereço acima.

Website

www.cehjournal.org/portuguese

O Jornal de Saúde Ocular Comunitária é publicado 4 vezes ao ano e enviada gratuitamente a países de baixa e média renda que façam a requisição. Também estão disponíveis edições em francês, chinês e espanhol, além de um suplemento especial produzido na Índia (inglês). Por favor envie seu nome, ocupação, e endereço postal ao endereço acima. Tarifa de inscrição para candidatos de outros países: um ano £ 50; 3 anos £ 100. Envie os dados de seu cartão de crédito ou um cheque internacional/ordem bancária à London School of Hygiene and Tropical Medicine, para o endereço acima.

ISSN 2041-188X (Impresso)

© O International Centre for Eye Health, London. Artigos podem ser fotocopiados, reproduzidos ou traduzidos, desde que não seja para fins comerciais. O autor deve ser reconhecido, assim como o Jornal de Saúde Ocular Comunitária. As xilografuras devem ser reconhecidas em nome de Victoria Francis.

O Jornal é produzido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde. Artigos assinados são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem as políticas adotadas pela Organização Mundial de Saúde. A Organização Mundial de Saúde não garante que a informação contida nesta publicação esteja completa e correta e não poderá ser responsável por quaisquer danos resultantes de seu uso. A menção de companhias ou determinados fabricantes de produtos não significa que eles são endossados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde em detrimento de outros.

CUIDADO OCULAR PRIMÁRIO



O olho vermelho – primeiros socorros a nível primário



Isaac Baba

Cirurgião de catarata, Bawku Hospital,
PO Box 45, Bawku, Gana.

O olho vermelho representa uma grande proporção dos problemas oculares vistos na maioria das clínicas oftalmológicas em países em desenvolvimento. Por exemplo, na unidade de oftalmologia do hospital de Bawku, Gana, em 2004 de um total de 21.391 pacientes ambulatoriais, 8.931 tinham algum tipo de olho vermelho, representando mais de 40% do número total de pacientes selecionados.

A maioria dos casos de olho vermelho é vista em clínicas da comunidade e em centros de saúde, onde o diagnóstico e o manejo são feitos por enfermeiras treinadas em saúde comunitária, por agentes treinados em cuidados oculares primários e por enfermeiras oftalmológicas. É por este motivo que deve ser dada a atenção adequada à prevenção, ao diagnóstico precoce e à gestão dos primeiros socorros destas condições.

As causas comuns para o olho vermelho agudo são a conjuntivite e tracoma, úlcera de córnea, irite aguda, glaucoma agudo e ferimentos (ou traumatismo). O olho vermelho pode ocorrer também devido ao uso de medicamentos tradicionais prejudiciais para outras condições oculares. Este artigo trata principalmente do manejo dos primeiros socorros (nível primário) do olho vermelho, que não seja devido a um ferimento.

Conjuntivite

A conjuntivite afeta pessoas de todas as idades

É a causa mais comum de hiperemia ocular. Normalmente é indolor e caracterizada por secreção aquosa ou purulenta. Existem vários tipos diferentes de conjuntivite: conjuntivite bacteriana causada por bactérias, ex. *Staphylococcus* ou *Streptococcus*; conjuntivite viral causada por vírus, ex. herpes simplex; e conjuntivite alérgica causada por alérgenos, ex. fumo, cosméticos, medicamentos, etc. Os sinais variam dependendo da causa, mas incluem edema palpebral, hiperemia conjuntival e secreção aquosa ou purulenta. A córnea e a pupila normalmente encontram-se normais.

Tratamento

A conjuntivite normalmente não afeta a visão e é simples de se tratar. Para o tratamento de conjuntivite bacteriana, limpe os olhos e aplique qualquer antibiótico de uso tópico. Na falta de quaisquer antibióticos, simplesmente a manutenção dos olhos livre da secreção permitirá que os mesmos se recuperem em poucos dias.

Normalmente não é necessário nenhum tratamento para a conjuntivite viral, mas uma pomada antibiótica pode dar mais segurança ao paciente. A conjuntivite viral pode ocorrer em epidemias, afetando várias pessoas ao mesmo tempo. Por exemplo, uma única criança em fase escolar, nesta condição,

poderia infectar metade da escola em apenas um dia. Em casos como este, é melhor fechar a escola por alguns dias para evitar que a doença se espalhe. Esta condição é conhecida popularmente na África Ocidental como 'Apolo'. O perigo encontra-se no uso de medicação tradicional errada, que pode piorar a condição do olho.

A conjuntivite alérgica (às vezes também chamada de conjuntivite primaveril ou ceratoconjuntivite primaveril) normalmente possui uma longa história de prurido intenso de ambos os olhos. A conjuntivite primaveril crônica dá aos olhos de uma criança uma aparência castanha escura. Em casos mais graves estas crianças irão precisar de esteróides de uso tópico prescritos por um especialista. Preparações oftalmológicas esteroidais podem ser perigosas e só devem ser prescritas por um oftalmologista.

Conjuntivite do recém-nascido

Qualquer infecção ocular durante os primeiros 28 dias de vida é conhecida como conjuntivite neonatal ou ophtalmia neonatorum. Se for causada por *Gonococcus*, ela é grave. As pálpebras ficam muito edemaciadas e com secreção purulenta, a conjuntiva fica vermelha e pode haver manchas de sangue, a córnea geralmente está límpida (mas um ponto branco nesta pode indicar uma úlcera, o que é grave e precisa de encaminhamento urgente).

Tratamento

Limpe os olhos cuidadosamente com água limpa ou solução salina fisiológica e aplique uma pomada de tetraciclina de hora a hora. Se a córnea tiver sido afetada, encaminhe o bebê para um centro oftalmológico, onde o mesmo será tratado intensivamente com colírios antibióticos e, às vezes, antibióticos sistêmicos.

Prevenção

Todos os bebês devem ter os olhos limpos imediatamente após o nascimento, e deve ser aplicada uma pomada de tetraciclina. Durante o cuidado pré-natal, todas as mães que possuam infecções vaginais devem ser tratadas. Educar parteiras tradicionais, agentes de saúde comunitária, e ambos os pais, pois esta é uma doença sexualmente transmissível frequente.

Úlcera de córnea

As úlceras da córnea podem ter várias causas. Elas podem ser causadas por infecção - bacterianas, fungos, vírus ou *acanthamoeba*, ou desnutrição, como no sarampo/deficiência de vitamina A, que ocorrem em crianças com idade entre seis meses e dois anos. Algumas causas são predominantemente unilaterais, enquanto que em outras, como na deficiência de vitamina A, são frequentemente bilaterais. A consequência de uma úlcera da córnea pode ser uma cicatriz corneana ou uma *phthisis bulbi*.

Uma quebra na superfície corneana é conhecida como abrasão/erosão/úlcera

Continua na página 4 ►

Diagnóstico diferencial do olho vermelho sem lesão

	CONJUTIVITE	ÚLCERA CORNEAL	IRITE AGUDA	GLAUCOMA AGUDO
Olho	Geralmente bilateral	Geralmente unilateral	Geralmente unilateral	Geralmente unilateral
Visão	Normal	Geralmente diminuída	Frequentemente diminuída	Diminuição importante
Dor ocular	Normal ou ardor	Geralmente doloroso	Dor moderada, sensibilidade à luz	Dor severa (dor de cabeça e náusea)
Secreção	Viscosa ou aquosa	Pode ser viscosa	Aquosa	Aquosa
Conjuntiva	Hiperemia difusa (variável)	Hiperemia mais acentuada em redor da córnea (perilímbica)	Hiperemia mais acentuada em redor da córnea (perilímbica)	Intensa hiperemia difusa
Córnea	Normal	Mancha cinza, branca (que se cora com fluoresceína)	Geralmente transparente (os precipitados ceráticos podem ser visíveis com aumento)	Edemaciada (devido à presença de fluido na córnea)
Câmara anterior (CA)	Normal	Geralmente normal (às vezes hipópio)	As células são visíveis com aumento	Rasa ou estreita
Tamanho da pupila	Normal e arredondada	Normal e arredondada	Pequena e irregular	Dilatada
Resposta da pupila à luz	Presente	Presente	Reação mínima pois já se encontra pequena	Mínima ou não reactiva
Pressão Intra-Ocular (PIO)	Normal (mas não tente medir a PIO)	Normal (mas não tente medir a PIO)	Normal	Aumentada
Sinal / teste diagnóstico útil	Secreção purulenta em ambos os olhos	Córnea com marcação positiva para fluoresceína	Pupila irregular quando dilatada com colírio	PIO aumentada

Primeiros socorros em caso de olho vermelho sem lesão

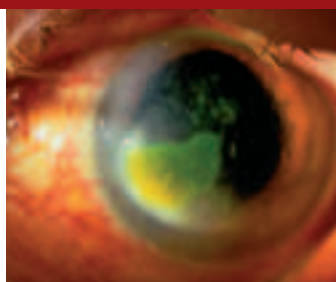


Conjuntivite

Secreção em ambos os olhos com córnea transparente e pupila normal

Tratar

Pomada antibiótica 3 x/ dia durante 5 dias
Orientar sobre a higiene



Úlcera corneana

Ponto branco ou marca na córnea que se cora com fluoresceína.

Encaminhar

Pomada ou colírio antibiótico de hora em hora

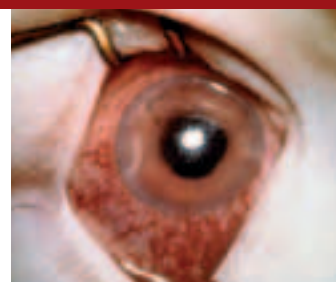


Irite aguda

Pupila pequena que se torna irregular quando se dilatada

Encaminhar

Dilate a pupila se for possível



Glaucoma agudo

Olho bastante dolorido com visão diminuída e pupila dilatada

Encaminhar

Diamox via oral 500 mg e colírio de pilocarpina se for possível

corneana. Por questões de simplicidade iremos referir-nos a todas estas lesões como úlceras. Existem úlceras superficiais e profundas. O paciente irá queixar-se de hiperemia ocular e dor.

As pálpebras podem estar edemaciadas, a conjuntiva encontra-se hiperemiada ao redor da córnea, a pupila encontra-se normal, e a acuidade visual encontra-se frequentemente reduzida. Com frequência há um ponto ou marca acinzentada na córnea. O outro olho frequentemente encontra-se normal. Existe um teste especial para identificar úlceras de córneas: uma tira de fluoresceína é colocada na parte interna da pálpebra inferior e esta irá marcar e delimitar de verde quaisquer quebras no epitélio. Veja a página 79 para instruções de como fazer este procedimento.

Tratamento

A úlcera corneana é um problema ocular sério. Deve ser feita a aplicação frequente (de hora em hora) de colírio antibiótico, curativo ocular, e encaminhamento do paciente para ser socorrido urgentemente. Se o paciente tiver de um a dez anos de idade, também deve ser administrada 200,000 de vitamina A via oral. Todas as úlceras de córnea devem ser tratadas por um oftalmologista, visto que elas podem levar facilmente a cicatrizes corneanas e cegueira.

O especialista irá diagnosticar a causa e tratá-la adequadamente. Úlceras bacterianas são tratadas com antibióticos tópicos e subconjuntivais. Úlceras fúngicas são tratadas com antifúngicos, ex. natamycina, mas são difíceis de serem tratadas. Úlceras virais são tratadas com antivirais, ex. acyclovir. Úlceras nutricionais são geralmente devido à deficiência de vitamina A que se segue após o sarampo ou desnutrição. O tratamento envolve a administração de vitamina A de acordo com a idade.

Irite aguda

A irite aguda é geralmente de etiologia desconhecida. O paciente queixa-se de hiperemia ocular e dor. Não há secreção, mas a acuidade visual encontra-se reduzida. A conjuntiva encontra-se hiperemiada mas a córnea está clara. A pupila geralmente encontra-se pequena e pode estar irregular na forma - isto fica mais óbvio à medida que a pupila se dilata com o tratamento.

Tratamento

Este é um problema sério. Se você puder dilatar a pupila com um midriático de ação rápida, como a tropicamida, isso deve ser feito e, logo após, o paciente deverá ser encaminhado rapidamente para receber ajuda.

Glaucoma agudo

Esta doença é rara em indivíduos de origem Africana, mas é mais comum em indivíduos da Ásia. No glaucoma agudo, a pressão do olho sobe rapidamente. Isto faz com que o olho fique muito dolorido e vermelho, com baixa acuidade visual. A córnea fica opaca devido ao edema e a pupila torna-se grande e não diminui quando uma luz forte incide sobre o olho.

Tratamento

Esta é uma doença muito séria e dolorosa. O paciente deve ser encaminhado imediatamente para tratamento. Se você tiver comprimidos de diamox (250 mg cada), administre dois comprimidos via oral de uma vez e depois um comprimido quatro vezes ao dia, e encaminhe o paciente. Pode ser administrado colírio de pilocarpina (se disponível) para diminuir a pupila.

Medicina oftalmológica “caseira”

A Medicina oftalmológica “caseira” é tão antiga como o próprio homem. Os curandeiros tradicionais são membros altamente respeitados em cada comunidade.

Muitos pacientes que buscam atendimento em uma clínica oftalmológica na África teriam usado alguma forma de erva ou preparação aplicada nos olhos antes de lá chegarem. Isto é especialmente perigoso nas crianças.

Os remédios caseiros podem ser classificados como nocivos ou inofensivos. Os tratamentos oftalmológicos inofensivos podem incluir a magia empregada pelos curandeiros e uso de solução salina, para citar alguns. Entre os exemplos de medicação ocular nociva inclui-se o álcool, conchas moídas, estrume de burro e vaca, preparações de ervas, escarro humano, fezes de pássaros e lagartixas, urina, etc. Os profissionais de saúde ocular espalhados pelo mundo provavelmente seriam capazes de adicionar mais coisas a esta lista, baseados na sua própria experiência, e estas preparações diferem de uma cultura para a outra. As preparações que são colocadas no olho podem causar úlceras da córnea ou piorar as já existentes, e terminar como cicatrizes ou perfurações do olho que levam à cegueira.

O agente de saúde ocular possui um papel importante na prevenção da cegueira através do uso de remédios caseiros. Eles são frequentemente o primeiro ponto de contacto quando algo corre mal com o tratamento, e eles também estão suficientemente próximos da comunidade para poder desencorajar a sua utilização. O primeiro passo para prevenir a cegueira devido ao uso de remédios caseiros é estabelecer a confiança e o respeito entre os prestadores de assistência médica e os pacientes e as comunidades.

É importante entender as razões pelas quais as pessoas usam remédios caseiros, e não as julgar. Existe uma ignorância generalizada sobre os perigos da auto-medicação nas condições oculares. Muitos pacientes pobres desistem de procurar ajuda de clínicas de saúde por causa da atitude negativa de alguns profissionais da saúde. As crenças sócio-culturais em maus espíritos e feitiçaria podem levar as pessoas a pensar que a melhor atitude a ser tomada é através de curandeiros espirituais, ao invés dos médicos; para muitos pacientes, os remédios oftalmológicos prescritos são considerados muito caros. Além disso, a distância das instalações de saúde acaba por fazer com que os pacientes procurem ajuda na fonte mais próxima.

Tratamento

A maioria dos pacientes tendem a ir ao hospital quando o olho já se encontra lesionado. O tratamento é feito com irrigação de água, se o remédio caseiro foi aplicado recentemente, e depois colírio antibiótico de uso tópico de hora a hora.

Cada oportunidade deve ser usada para educar as pessoas e desestimular o uso de remédios caseiros, por exemplo, a educação da saúde nas comunidades, escolas, grupos de mulheres e clínicas. Encaminhe todos os pacientes com complicações oftalmológicas.

Lesões (ou traumatismo)

As lesões traumáticas representam cerca de 10% de todos os olhos vermelhos. Estas lesões podem causar danos irreversíveis aos olhos levando à cegueira. Muitas destas necessitariam de encaminhamento imediato para um serviço de assistência secundária ou terciária. Os primeiros socorros do olho vermelho com lesão a nível primário serão abordados numa edição futura do jornal, e por isso não será incluída aqui.

Fontes

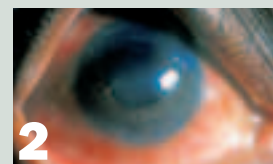
Sutter E, Foster A, and Francis V. Hanyane: A village struggles for eye health, Part 2: Common eye diseases for village health workers. Part 3: Lecture notes on common eye diseases for ophthalmic assistants. London: International Centre for Eye Health. 1989.

Teste Fotográfico do Olho Vermelho

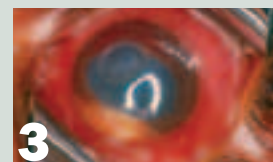
O que há de errado com estes olhos? Qual é o tratamento?



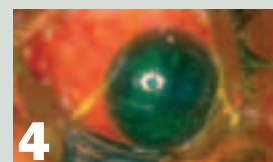
1 Um rapaz de 14 anos. Queixa-se que olhos coçam há três anos com secreção viscosa e clara. AV 6/6.



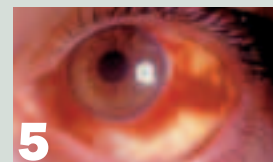
2 Mulher de 45 anos. Queixa-se de olho dolorido e desconforto sob luz clara com secreção aquosa. AV 6/12.



3 Menina de 5 anos. Dor importante e perda de visão há três dias. Usou remédio caseiro para o olho uma semana atrás. AV CD.



4 Menino de 6 anos. Olhos doloridos há dez dias. Teve malária há um mês. A sensibilidade corneana estava reduzida quando foi testada. AV 6/60.



5 Mulher de 25 anos. Sem dor ou secreção. Reclamava de olhos vermelhos desde esta manhã. AV 6/6.



6 Rapaz de 19 anos. Reclama de sensação de corpo estranho granulado, olhos doloridos há três dias com uma secreção viscosa amarelada. AV 6/9.

Questionário realizado por David Yorston e Marcia Zondervan