

**Manual do residente de Medicina de Família e  
Comunidade:  
Abordagem a problemas relacionados aos olhos e  
visão**

Leticia Talita Moraes

**Manual do residente de Medicina de Família e Comunidade:  
Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: Estevão Goulart Ravizzini Monteiro (Médico de Família e Comunidade)  
Coorientador: João Alfredo Candorin da Silva (Médico de Família e Comunidade)

Campo Grande

2022

## RESUMO

MORAES, Leticia Talita. Manual do residente de Medicina de Família e Comunidade: Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande. Objetivo: Auxiliar profissionais que atendem na atenção básica no melhor manejo aos pacientes com queixas oftálmicas, de maneira prática, rápida, facilitando o atendimento e conduta. Métodos: A elaboração desse capítulo se baseou em uma revisão bibliográfica, por meio de material disponível na literatura nacional e científica, disponíveis na plataforma Scielo, Pubmed, e em livros que são referência na Atenção Primária. Resultados: Produção do capítulo de Abordagem a problemas relacionados aos olhos e a visão. Conclusão: É importante que os profissionais da atenção básica saibam diagnosticar as doenças oculares que levam a cegueira e a incapacidade funcional, identificando as que necessitam de atendimento em serviço de urgência para possível encaminhamento, e as que são passíveis de tratamento e manejo na APS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, acuidade visual, oftalmopatia, erros de refração, olho vermelho.

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	5
2.	QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA .....	5
3.	HIPÓTESE .....	5
4.	OBJETIVO PRIMÁRIO.....	5
5.	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	6
6.	MÉTODOS .....	6
7.	RESULTADOS .....	6
7.1.	<b>Alteração da visão .....</b>	<b>6</b>
7.1.1.	Medida da acuidade visual .....	7
7.1.2.	Ametropias .....	9
7.1.3.	Patologias Oculares .....	10
7.1.3.1.	Catarata .....	10
7.1.3.2.	Glaucoma.....	12
7.1.4.	Patologias da retina.....	13
7.1.4.1.	Retinopatia Diabética .....	13
7.1.4.2.	Retinopatia Hipertensiva .....	15
7.2.	<b>Olho vermelho .....</b>	<b>15</b>
7.2.1.	Conjuntivite .....	16
7.2.2.	Celulite Orbitária .....	22
7.2.3.	Hemorragia subconjuntival .....	23
7.2.4.	Uveíte .....	24
7.2.5.	Episclerite .....	25
7.2.6.	Hordéolo e Calázio.....	26
7.2.7.	Pterígio .....	27
7.2.8.	Pinguécua .....	29
7.3.	<b>Afecções Oculares emergentes.....</b>	<b>30</b>
7.3.1.	Olho vermelho .....	30
7.3.2.	Descolamento de retina .....	31
7.3.3.	Perda aguda da visão.....	31
7.3.4.	Glaucoma de ângulo fechado .....	31
7.3.5.	Trauma Mecânico .....	33
7.3.6.	Trauma com suspeita de Perfuração.....	33
7.3.7.	Queimadura Química.....	33
7.3.8.	Radiação .....	34
7.3.9.	Corpo estranho.....	34
7.4.	<b>Protocolos de encaminhamento a consultas eletivas em oftalmologista. ....</b>	<b>35</b>

8. DISCUSSÃO.....	37
9. CONCLUSÕES.....	38
10. REFERÊNCIAS .....	39

## **1. INTRODUÇÃO**

A visão é um dos sentidos primordiais para a evolução da espécie e para o desenvolvimento do ser humano, sendo fundamental em todas as fases da vida. A Atenção Primária à Saúde (APS), por ser porta de entrada para o sistema público de saúde, lida com patologias que por vezes estão a cargo das especialidades e pouco abordadas e conduzidas pelo Médico de Família, como é o caso de problemas relacionados aos olhos e visão (PORTES, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo menos 1 bilhão de pessoas no mundo tem deficiência visual evitável e/ou tratável (World Health Organization, 2022). Nesse cenário fica evidente a importância da introdução de cuidados oculares na atenção básica, realizando ações individuais ou coletivas direcionadas à promoção, prevenção e recuperação, assim como ações para controle de patologias que levem a alterações oculares (Portes, 2012).

## **2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA**

Como conduzir os problemas mais comuns relacionados aos olhos e visão vistos na atenção básica em Campo Grande?

## **3. HIPÓTESE**

Manual do residente de medicina de família e comunidade: abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão.

## **4. OBJETIVO PRIMÁRIO**

Auxiliar os residentes e profissionais médicos que atuam na atenção primária, a uma melhor abordagem de investigação, diagnóstico e tratamento dos temas mais comuns atendidos na APS, de maneira prática, rápida, facilitando assim seu atendimento e conduta.

## **5. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

Abordar as queixas de baixa acuidade visual e suas causas.

Conhecer o tratamento das patologias oculares mais comuns na atenção básica.

Facilitar a identificação de urgências e emergências oftalmológicas na atenção primária.

Entender o protocolo de encaminhamento às consultas em oftalmologia eletivas.

## **6. MÉTODOS**

Os tópicos a serem abordados, nesse capítulo, foram escolhidos com base no Currículo Baseado em Evidências para Médicos de Família e Comunidade preconizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, associado a levantamento de informações em grupo, sobre as principais patologias oculares no contexto da APS relevantes para serem abordadas.

A elaboração se baseou em uma revisão bibliográfica, sobre problemas relacionados aos olhos e visão no contexto da atenção primária, adaptadas à realidade local, através de material disponível na literatura nacional e científica, disponíveis na plataforma Scielo, Pubmed, e em livros que são referência na Atenção Primária.

Foram utilizados os descritores: atenção primária à saúde, acuidade visual, oftalmopatia, erros de refração e olho vermelho, e selecionados os trabalhos mais atuais sobre o tema.

Critérios de inclusão e exclusão não foram aplicados a esse trabalho.

## **7. RESULTADOS**

### **7.1. Alteração da visão**

A baixa acuidade visual é definida como a dificuldade para enxergar com clareza objetos, independente da distância deles, pode estar ligado a distúrbios da

refração ou acomodação, ser consequência de doenças sistêmicas comuns como diabetes e hipertensão ou ser patologias oculares próprias como catarata e glaucoma. Na tabela de Snellen, o valor de referência para se definir baixa acuidade visual é igual ou menor a 20/60 (OTTAIANO, 2019).

No mundo, cerca de 2,2 bilhões de pessoas têm distúrbios visuais, seja ele para perto ou para longe. Estima-se que em regiões de baixa e média renda seja 4 vezes maior do que em regiões de alta renda (World Health Organization, 2022).

Elas podem ser divididas em agudas ou crônicas, sendo a primeira uma causa de encaminhamento ao serviço de emergência, e será abordada no capítulo afecções oculares emergentes (GUSSO, 2019).

### **7.1.1. Medida da acuidade visual**

Durante a consulta, medir a acuidade visual do paciente com essa queixa é fundamental tanto para entender o prejuízo funcional, como para descrição em um possível encaminhamento. Para medir a acuidade visual, o paciente deve estar sentado, em um ambiente com iluminação adequada, a uma distância de 4 a 5 metros da tabela de Snellen (FIGURA 1), a qual deve estar com a sua região mediana, na altura dos olhos do paciente (FIGURA 2) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O exame será realizado com um olho por vez, e iniciado pelo olho direito, ou seja, com o esquerdo ocluído. Se o paciente usar óculos corretivo, o exame deve ser realizado com e sem correção. O registro pode ser feito no seguinte modelo: Snellen OD C/C xx/xx S/C xx/xx, OE C/C xx/xx S/C xx/xx. (OD: Olho direito; OE: Olho esquerdo; C/C com correção; S/C: sem correção) (FONDATION PRO VISU, 2019).

Peça ao paciente para que leia as letras das maiores (primeiras linhas), até as menores (FONDATION PRO VISU, 2019).

A estimativa do grau de comprometimento é realizado através da última linha que o paciente conseguir enxergar com clareza. Se, por exemplo, a última fileira descrita com clareza pelo paciente for 20/50, isso significa que ele consegue enxergar a 20 pés o que uma pessoa com visão normal enxergaria a 50 pés (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).



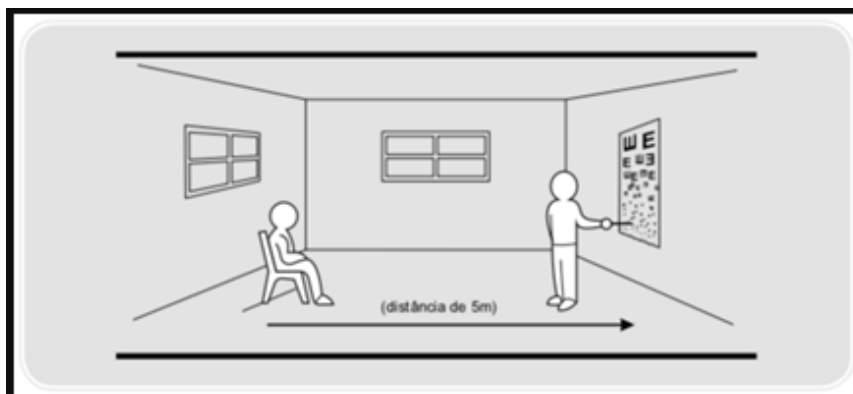
Aplicativos de celular como o Snellen Chart ®, facilita a aplicação do teste, e fornece informações primordiais ao atendimento oftalmológico. A acuidade visual de um olho normal é 20/20 (DUNCAN, 2022).

Figura 1: Tabela de Snellen.

<b>E</b>	1	20/200
<b>F P</b>	2	20/100
<b>T O Z</b>	3	20/70
<b>L P E D</b>	4	20/50
<b>P E C F D</b>	5	20/40
<b>E D F C Z P</b>	6	20/30
<b>F E L O P Z D</b>	7	20/25
<b>D E F P O T E C</b>	8	20/20
<b>L E F O D P C T</b>	9	
<b>F D P L T C E O</b>	10	
<b>F E E L O C P T E</b>	11	

Fonte: FONDATION PRO VISU, 2019

Figura 2: Aplicação do teste



Fonte: FONDATION PRO VISU, 2019

### **7.1.2. Ametropias**

Em um paciente com queixa de baixa acuidade visual, o primeiro diagnóstico a ser descartado são os erros de refração, já que são a principal causa de baixa acuidade visual no mundo. Eles costumam surgir lentamente e na maioria dos casos se estabilizam após a adolescência (SOUZA, 2022).

Para a imagem ser formada corretamente, o sistema visual deve estar preservado, ele se inicia com focalização da luz na retina e finaliza com o nervo óptico emitindo a imagem ao córtex occipital. A focalização da imagem depende de diversos fatores, como a capacidade de refração da córnea, do cristalino e de diversas outras estruturas que a luz atravessa, além também de depender do comprimento do olho (SOUZA, 2022).

Os três principais erros de refração são a miopia, a hipermetropia e o astigmatismo (GUSSO, 2019).

Na miopia, o globo ocular é alongado ou com excesso de poder de refração, sendo as imagens são formadas a frente da retina, os pacientes referem clareza ao enxergar objetos próximos e dificuldade visual a objetos distantes, a correção se dá através do uso de lente divergente (GUSSO, 2019).

Já na hipermetropia o globo ocular é encurtado ou baixo poder de refração, fazendo com que a imagem se forme atrás da retina, o que é corrigido com uso de lente convergente. O paciente refere sintomas após esforço visual prolongado, se manifestando através de cefaléia, visão borrada, cansaço visual e sensação de peso (SOUZA, 2022).

No astigmatismo a curvatura da córnea não é perfeitamente esférica, necessitando de lente esférica. O principal sintoma é a astenopia (vista cansada) e em casos avançados dificuldade visual (SOUZA, 2022).

Com o avançar da idade, surge a presbiopia, erro de refração caracterizado pela diminuição da capacidade de acomodação do cristalino permitindo assim a visão para perto. Dessa forma, pacientes com presbiopia referem prejuízo na leitura, por exemplo (SOUZA, 2022).

#### **Quando encaminhar ao especialista**

Paciente com queixa de diminuição da acuidade visual de forma lenta e gradual deve ser encaminhado ao oftalmologista de forma eletiva, ou quando já tiver diagnóstico de erro de refração, com necessidade de revisar grau (REGULA SUS, 2017).

O encaminhamento deve ser realizado de forma urgente quando houver perda visual abrupta, associada ou não a diminuição súbita do campo visual, enxergar imagens deformadas ou flashes luminosos (REGULA SUS, 2017).

O encaminhamento deve conter o quadro visual detalhado, com tempo de evolução e sintomas associados, se possui diagnóstico prévio de distúrbio de refração, uso óculos ou lente corretiva, e se existe prejuízo funcional (REGULA SUS, 2017).

Informar sobre presença de Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial Sistêmica e medicações em uso. Quando possível realizar medida da acuidade visual através da tabela de Snellen (SESAU, 2021).

### **7.1.3. Patologias Oculares**

#### **7.1.3.1. Catarata**

##### **Definição**

Catarata é caracterizada como uma opacidade do cristalino, decorrente de metaplasia fibrótica do tecido local (FIGURA 3). Ela pode ser consequência de traumatismo ocular, uveíte, doenças sistêmicas como diabetes mellitus, galactosemia, neurofibromatose tipo 2, radioterapia e uso de corticóide. Entretanto a causa mais comum é a senil, com evolução lenta e gradual, com a prevalência aumentada com a idade (DUNCAN, 2022).

##### **Quadro Clínico**

Os pacientes queixam-se de incômodo visual ao serem expostos a luz de forte intensidade, diminuição da acuidade visual, sensação de visão embaçada e alteração

das cores. Ao exame físico é possível observar ausência do reflexo vermelho, pupila branca e alteração da transparência do cristalino (DUNCAN, 2022).

## **Tratamento**

O tratamento efetivo da catarata é a correção cirúrgica, com substituição da lente opaca. É indicada quando houver dano à qualidade de vida, são realizados diversos exames oftalmológicos pré-operatório. O paciente deve ser orientado a não realizar atividades vigorosas e não se inclinar para frente no pós operatório (DUNCAN, 2022).

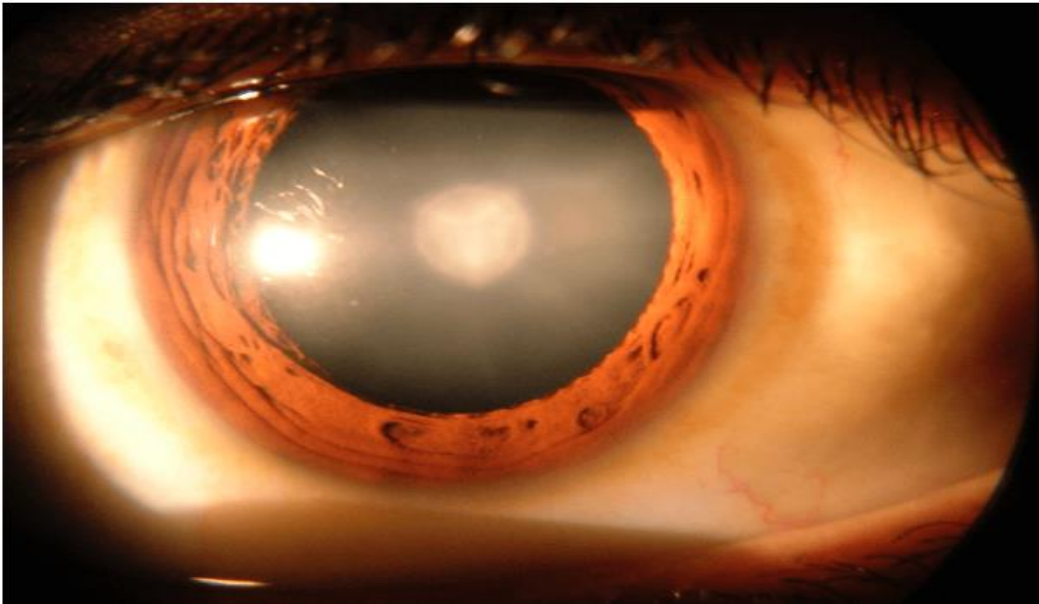
## **Quando encaminhar ao especialista**

O protocolo do Regula SUS do Rio Grande do Sul, divide o encaminhamento a catarata em cirúrgico e oftalmologia geral. No primeiro deverão ser encaminhados os pacientes com diagnóstico prévio de catarata e que possuem alguma alteração da acuidade visual medida através da tabela Snellen, ou prejuízo funcional devido a visão. Já pacientes que possuem diagnóstico de catarata, que foram previamente operados e apresentam diminuição da acuidade visual, ou aqueles com suspeita de catarata, devem ser encaminhados ao oftalmologista geral (REGULA SUS, 2017).

O encaminhamento deve conter a história clínica, tempo de evolução, se há prejuízo funcional, se houve correção cirúrgica e quando possível medida da acuidade visual (REGULA SUS, 2017).

Pacientes acima de 50 anos, com visão embaçada ou turva, associado a diminuição progressiva da visão, com piora para objetos distantes e melhora para perto, devem ser encaminhados ao especialista, sem necessidade de exames complementares. O encaminhamento deve ser realizado por médico, sem necessidade de ser especialista (SESAU, 2021).

Figura 3: Visão ampliada de catarata



Fonte: FONDATION PRO VISU, 2019.

### 7.1.3.2. Glaucoma

#### Definição

O glaucoma é definido como um conjunto de transtornos que tem como característica comum o aumento da pressão intraocular, resultado da diminuição progressiva da drenagem do humor aquoso, com dano progressivo ao nervo óptico. Isso acarreta diminuição progressiva e irreversível da acuidade visual. É a principal causa de cegueira não reversível no mundo (MIRANDA, 2021).

#### Quadro Clínico

O glaucoma primário de ângulo aberto é o mais comum, o paciente pode ser assintomático e sem queixas visuais, a limitação da visão se inicia com diminuição do campo visual, já no glaucoma de ângulo fechado, pode manifestar com hiperemia e dor ocular importante, devido ao rápido e intenso aumento da pressão intra ocular (MIRANDA, 2021).

Os fatores de risco para glaucoma de ângulo aberto ainda não estão bem definidos, mas algumas literaturas sugerem doenças sistêmicas como diabetes

mellitus, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, além de idade avançada, história familiar, distúrbios de refração e raça negra (MIRANDA, 2021).

## **Tratamento**

É realizado com medicações tópicas à base de betabloqueadores, agonista adrenérgicos e colinérgicos, e análogos de prostaglandinas (MIRANDA, 2021).

A cirurgia a laser é reservada para pacientes que não respondem à terapia medicamentosa (MIRANDA, 2021).

## **Protocolo para encaminhamento a Oftalmologia-Glaucoma**

Os motivos de encaminhamento incluem pacientes com histórico familiar de glaucoma, mesmo que assintomáticos e relato de déficit visual súbito. O encaminhamento só pode ser realizado por médico oftalmologista (SESAU, 2021).

### **7.1.4. Patologias da retina**

#### **7.1.4.1. Retinopatia Diabética**

### **Definição**

Além de predispor a catarata, glaucoma e patologias na córnea, o Diabetes Mellitus (DM) causa alterações na microcirculação da retina, conhecido como Retinopatia Diabética (RD) (BASTOS, 2022).

Estima-se que no Brasil, metade dos portadores de DM, possuam retinopatia diabética. A recomendação da Academia Americana de Oftalmologia é que todo paciente DM tipo 2 seja submetido a avaliação oftalmológica com foco na retina no momento do diagnóstico, e o DM tipo 1 após 5 anos. Dessa forma, os pacientes seriam diagnosticados precocemente e o tratamento seria instituído anteriormente a perda da acuidade visual. Entretanto, eles são encaminhados ou procuram atendimento médico

especializado em fases avançadas. Estudos referem que apenas 50% dos pacientes são avaliados e tratados de forma adequada pelo oftalmologista (BASTOS, 2022).

### **Quadro Clínico**

A RD se inicia com o aparecimento de microaneurismas e em estágios avançados evolui com neovascularização, denominada RD proliferativa. Sendo assim, pode ser dividida em dois grupos: RD proliferativa e RD não proliferativa, a depender da presença de neovasos, e posteriormente dividida conforme a gravidade em leve, moderada e grave. Em todas as fases da doença o paciente pode queixar-se da diminuição da acuidade visual, mas a cegueira está associada à fase mais avançada (BASTOS, 2022).

### **Tratamento**

Após diagnosticada e avaliada a possível perda de visão, a fotocoagulação da retina por meio de laser é o tratamento indicado. Estudos demonstram que o tratamento precoce reduz em 50% o risco de progressão da perda da acuidade visual (BASTOS, 2022).

### **Protocolo para encaminhamento a Oftalmologia- Retinopatia Diabética**

Todo paciente com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 deve ser encaminhado no momento do diagnóstico, com acompanhamento anual. Já portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 devem ser encaminhados após 5 anos do diagnóstico, também com acompanhamento anual (SESAU, 2021). Gestantes diabéticas tipo 1 ou 2, independentemente da idade gestacional, e usuários crônicos de hidroxicloroquina/cloroquina, também necessitam ser encaminhados, sem necessidade de haver alteração visual (REGULA SUS, 2017).

Deve haver registro de glicemia em jejum, hemoglobina glicada e triglicerídeos, realizados a menos de 3 meses. O encaminhamento para Consulta em Oftalmologia- Retinopatia Diabética deve ser realizado por Médico Oftalmologista (SESAU, 2021).

#### **7.1.4.2. Retinopatia Hipertensiva**

##### **Definição**

A hipertensão arterial sistêmica afeta a circulação retiniana assim como nos demais sistemas do organismo, as manifestações clínicas na retinopatia hipertensiva dependem da velocidade de instalação da hipertensão (BASTOS, 2022).

A hipertensão crônica, predispõe a aterosclerose, fazendo com que as arteríolas retinianas se tornem tortuosas e estreitas. Na hipertensão aguda, ocorre perda da autorregulação da circulação retiniana, que pode gerar lesão no endotélio e oclusão das arteríolas (BASTOS, 2022).

##### **Quando encaminhar ao especialista**

Pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica mal controlada e aqueles acima de 60 anos mesmo que controlados devem ser encaminhados a especialidade oftalmologia geral, sem necessidade de exames complementares. O encaminhamento pode ser feito por médico generalista ou enfermeiro (SESAU, 2021).

#### **7.2. Olho vermelho**

A principal queixa oftalmológica que leva os pacientes a procura de atendimento na Atenção Básica é o olho vermelho. Apresenta-se como vermelhidão, decorrente de dilatação vascular na esclera (superfície branca dos olhos). Possui uma variedade de diagnósticos (FIGURA 10), sendo a maioria benigna, entretanto alguns casos podem levar a perda da acuidade visual e a complicações (MIRANDA, 2021).

É de suma importância que o profissional que atenda esse paciente saiba realizar a triagem adequada, reconhecendo os sinais de alerta (QUADRO 1) e encaminhando ao especialista, se necessário (MIRANDA, 2021).

Importante também diferenciar as doenças da conjuntiva primária das causas secundárias a doenças sistêmicas, como é o caso da blefarite e o olho seco (VARU, 2019).



Quadro 1: Sinais e sintomas de alerta

Presença de sangue ou pus na camada anterior
Dor ocular importante
Fotofobia
Diminuição visual abrupta
Alteração pupilar
Cirurgia ocular recente
Alteração na córnea

(Fonte: MIRANDA, 2021)

### 7.2.1. Conjuntivite

A conjuntiva é uma fina camada que recobre a esclera (parte branca dos olhos) e o interior das pálpebras. A inflamação da conjuntiva é conhecida como conjuntivite, marcado pela dilatação dos vasos, o que ocasiona hiperemia, edema, lacrimejamento e casualmente secreção mucóide. Nos Estados Unidos, 70 % dos pacientes com essa patologia procuram o atendimento em Unidades de Atenção Primária e Serviços de Urgência (AZARI, 2013).

Pode ter origem infecciosa e não infecciosa, sendo que no primeiro grupo os principais agentes etiológicos são vírus e bactérias. As não infecciosas são de causa alérgica, tóxica ou secundária a doenças sistêmicas (AZARI, 2013).

Apesar de ser benigna, autolimitada e raramente causar dano estrutural, seu impacto se dá nos custos de procura de serviço de saúde, medicações e absenteísmo no trabalho e escola (VARU, 2019).

É de suma importância saber diferenciar entre os principais agentes, pois o uso indiscriminado de antibióticos pode ser tóxico e os corticóides tópicos podem estender a infecção por adenovírus e agravar a infecção de herpes simples (VARU, 2019).

Os vírus mais associados à conjuntivite são os adenovírus e herpes simples. Além dos sintomas oculares, pode apresentar linfadenopatia submandibular e pré auricular, tem um curso autolimitado a 1-2 semanas, podendo se estender até 4 semanas (AZARI, 2013).

Frequentemente acompanhada por sintomas do trato respiratório, o adenovírus é a principal causa de conjuntivite viral, responsável por 65% a 90% dos casos. É altamente contagioso, podendo ocorrer como epidemias. Tem curso autolimitado e evolui, na maioria dos casos, sem complicações. Pacientes referem sensação de corpo estranho nos olhos, prurido ocular, fotofobia, lacrimejamento, em casos mais graves pode apresentar sangramento conjuntival. Não costuma causar diminuição da acuidade visual ou alterações na pupila. A transmissão costuma ser de 10 a 14 dias, e o período de incubação de 5 a 12 dias (AZARI, 2013).

Os pacientes devem ser orientados sobre higienização para evitar a propagação do vírus, fazer uso de compressas frias para alívio dos sintomas. Pode ser prescrito lubrificantes e colírios anti-histamínicos (VARU, 2019).

Conjuntivites virais não requerem o uso de antibióticos tópicos, porém são frequentemente utilizados. Segundo estudos, essas prescrições são na maioria das vezes realizadas por médicos não especialistas e feitas para pacientes brancos, ricos e/ou educados (VARU, 2019).

Os indivíduos afetados devem ser orientados sobre lavagem de mãos, uso de toalhas separadas e evitar contato próximo, diminuindo assim a cadeia de transmissão (VARU, 2019).

Lactentes e crianças menores são as mais atingidas pela infecção primária ocular, na maioria das vezes causadas pelo Herpes vírus tipo I. Se manifesta com ceratoconjuntivite, lesões vesiculares perioculares uni ou bilateral, pode levar a baixa acuidade visual e redução da sensibilidade da córnea. O vírus pode se alojar no gânglio trigeminal e na córnea e ficar latente, podendo ocorrer recidivas. O tratamento é realizado com antiviral tópico ou oral a depender da gravidade do caso e a área atingida. Corticóides são contraindicados por favorecer a replicação do vírus (RANDALL, 2020).

A conjuntivite causada pelo vírus da varicela-zoster, se manifesta como vesículas perioculares dolorosas, geralmente unilateral acompanhando o dermatomo, causado pela reativação do vírus (FIGURA 4). A vermelhidão ocular pode ser precedida por algia, ardência e prurido no dermatomo acometido. Deve haver suspeita de envolvimento ocular, que há vesículas em ponta de nariz. O manejo inclui cuidados com a ferida, uso de antivirais como aciclovir em altas doses (800mg 5 vezes ao dia

por 7-10 dias), além de encaminhamento precoce ao oftalmologista, pois possui risco de graves sequelas visuais (RANDALL, 2020).

Figura 4: Infecção por Herpes Zoster, provável acometimento ocular. Seta mostra lesão em ponta de nariz.



Fonte: RANDALL, 2020.

Principalmente causado pelos agentes *Staphylococcus*, *Haemophilus* e *Streptococcus*, através do contato com as mãos, ou por infecção em tecidos próximos à órbita ocular. A conjuntivite bacteriana a princípio é monocular, porém ocorre disseminação para o outro olho na maioria dos casos. O principal sintoma é a secreção amarelada, principalmente pela manhã, que prejudica a abertura das pálpebras, e a sensação de corpo estranho (FIGURA 5). A motricidade e os reflexos oculares estão preservados, assim como a acuidade visual. Na maioria dos casos é benigna e autolimitada, durando em média 3 semanas, e responde bem a antibióticos tópicos de 7-10 dias, além disso é importante orientar quando a higiene adequada e lavagem das mãos (RANDALL, 2020).

Figura 5: Conjuntivite Bacteriana.



Fonte: FONDATION PRO VISU, 2020.

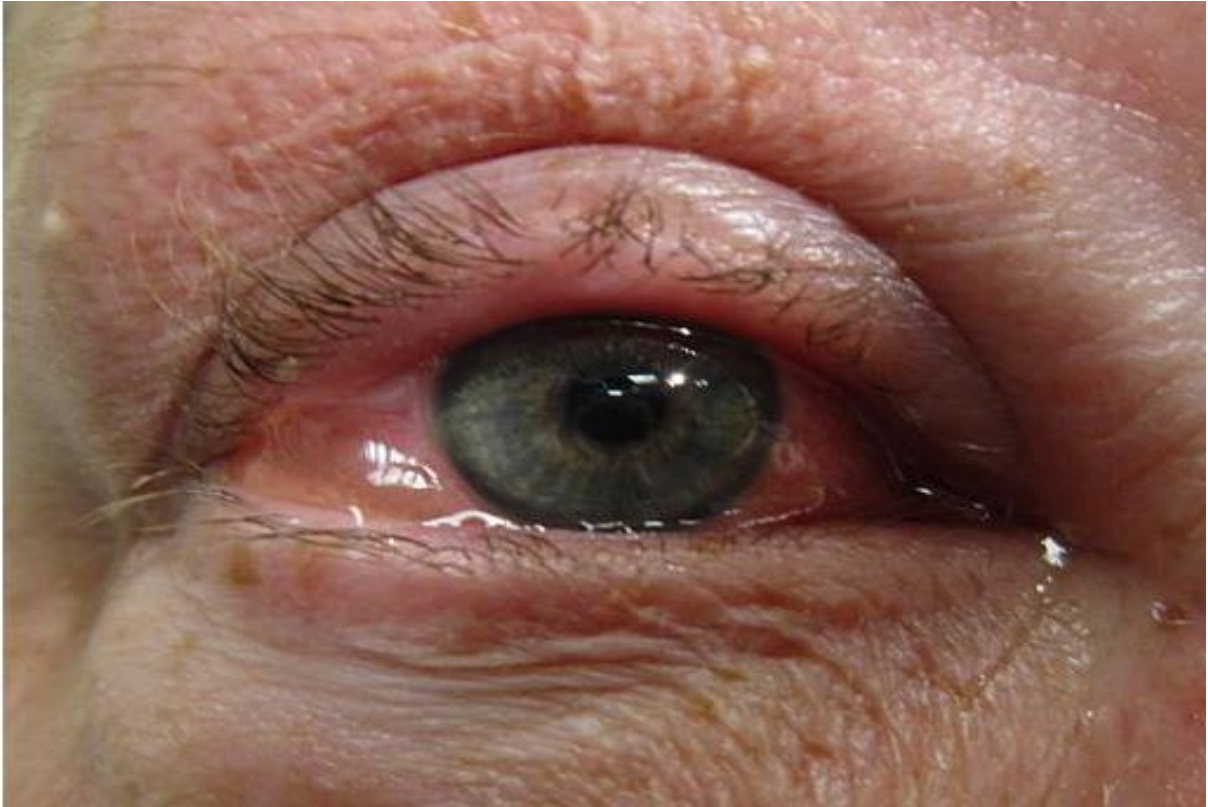
Solução oftálmica de iodopovidona 1,25%, se mostrou semelhante ao uso de antimicrobianos, e pode ser uma opção em casos em que essas medicações não estiverem disponíveis (VARU, 2019).

Apesar de ter curso benigno e autolimitado em pacientes adultos imunocompetentes. O uso de antibióticos tópicos, se mostrou superior na remissão dos sintomas e da infecção quando comparado ao placebo, sendo importante considerar sua prescrição (SHEIKH, 2012). A tabela 1 mostra opções de antibióticos tópicos, posologia e grau de evidência (VARU, 2019).

A conjuntivite alérgica ocorre em pacientes com histórico de rinite, asma e dermatites. Cursam com hiperemia ocular, lacrimejamento, prurido e geralmente estão acompanhados de sintomas respiratórios (FIGURA 6) As opções de tratamento incluem compressa fria para alívio dos sintomas, colírios com ação anti-histamínica, sendo os mais potentes os inibidores do receptor H1 essas medicações, auxiliam na redução do prurido, porém são contraindicados em pacientes com glaucoma de ângulo fechado, também é citado o uso de vasoconstritores, com cautela devido ao efeito rebote que essas medicações podem causar, e estabilizadores de mastócitos em casos refratários os persistentes, ambos tópicos (RANDALL, 2020).

Interessantes orientar que esses colírios podem ser resfriados em geladeira, pois temperaturas amenas auxiliam no alívio dos sintomas. Além disso, é fundamental a higiene pessoal e ambiental em casos de conjuntivite alérgica (VARU, 2019.)

Figura 6: Conjuntivite Alérgica.



Fonte: FONDATION PRO VISU, 2019.

Tabela 1: Opções de antibióticos tópicos.

Agente Causador	Opções de Tratamento	Nível de evidência
Conjuntivite Bacteriana	Pomada de tobramicina 3 vezes ao dia por 1 semana	A
	Besifloxacino 1 gota 3 vezes ao dia por 1 semana.	A
		A

	<p>Pomada de Ciprofloxacina 3 vezes ao dia por 1 semana. Solução 1-2 gotas 4 vezes ao dia por 1 semana.</p> <p>Trimetoprima/polimixina B: 1 ou 2 gotas 4 x/dia por 1 semana.</p> <p>Gentamicina Pomada: 4 x/d por 1 semana Solução: 1-2 gotas 4 x/d por 1 semana.</p>	<p>A</p> <p>B</p>
Conjuntivite Viral	<p>Compressa fria Lágrimas artificiais Anti-histamínicos</p>	C
Conjuntivite Alérgica	<p><u>Anti-Histamínicos</u></p> <p>Azelastina 0,05%: 1 gota 2 x/d Emedastina 0,05%: 1 gota 4 x/d Inibidores tópicos de mastócitos</p> <p>Cromolyn sódico 4%: 1-2 gotas a cada 4-6 h. Lodoxamida 0,1%: 1-2 gotas 4 x/d. Nedocromil 2%: 1-2 gotas 2 x/d.</p> <p><u>AINE</u></p> <p>Cetorolaco: 1 gota 4 x/d</p> <p><u>Vasoconstritor/anti-histamínico</u></p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>B</p>

	Nafazolina/feniramina: 1-2 gotas até 4 x/d	B
--	---	---

Fonte: Elaboração própria, com dados de Varu, 2019.

### **Quando encaminhar ao especialista**

Em caso de conjuntivites que não melhoram após 1 semana ou sem resposta a terapia. Além dos sinais de alerta como diminuição da acuidade visual, dor importante, episódios recorrentes, fotofobia. Além de conjuntivites causadas pelo Herpes-Zoster, devem ser encaminhadas ao oftalmologista (AZARI 2013).

### **7.2.2. Celulite Orbitária**

Pode ser dividida pelo septo orbitário em pré e pós septal. A primeira ocorre anteriormente ao septo, atingindo camadas mais externas, principalmente o tecido subcutâneo anterior, já a segunda atinge as camadas posteriores ao septo, com risco de perda visual (DUNCAN, 2022).

A celulite pré-septal, apesar de ser a mais benigna, pode evoluir com complicações, sendo as mais relatadas as meningites, abscessos e trombose de seio cavernoso (VELASCO, 2019).

É causado por traumas cutâneos, infecções de vias aéreas e infecção próxima aos olhos, os pacientes se queixam de edema e hiperemia palpebral unilateral, com dor a palpação, porém sem dor a mobilização ocular, reflexos pupilares e acuidade visual preservados (VELASCO, 2019).

No tratamento da celulite pré-septal, germes gram-positivos devem ser cobertos, para isso boas opções são as cefalexina ou amoxicilina com clavulanato, via oral, com 10 dias de tratamento (DUNCAN, 2022).

### **7.2.3. Hemorragia subconjuntival**

#### **Definição**

Uma das principais causas de olho vermelho agudo. Se manifesta através de área vermelha, bem delimitada, não há inflamação ou secreção ocular, podendo atingir um ou ambos os olhos (FIGURA 7). Geralmente ocasionado por tossir, espirrar, fazer esforço, ações que geram aumento súbito no capilar, fazendo com que ele se rompa. Além de ser ocasionado por pequenos traumas e até mesmo por esfregar os olhos. Causas menos comuns incluem a hipertensão arterial, diabetes mellitus, distúrbios da coagulação e terapia anticoagulante (BOYD, 2019). Durante o exame físico deve ser descartada a crise hipertensiva (DUNCAN, 2022).

#### **Tratamento**

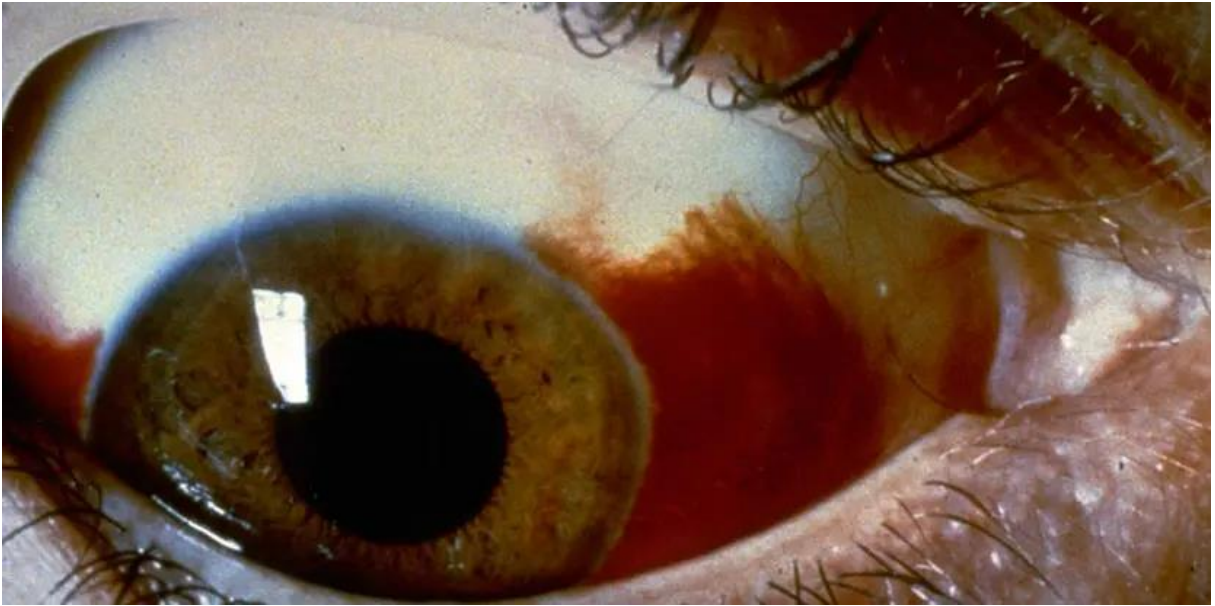
Não requer tratamento específico, e o paciente deve ser orientado sobre a benignidade do quadro e pode durar de 2-3 semanas, desaparecendo espontaneamente (BOYD, 2019).

#### **Quando encaminhar**

A avaliação de especialista deve ser solicitada em quadros recorrentes, crônicos ou associados à dor (BOYD, 2019).



Figura 7: Hemorragia Subconjuntival



Fonte: BOYD, 2019

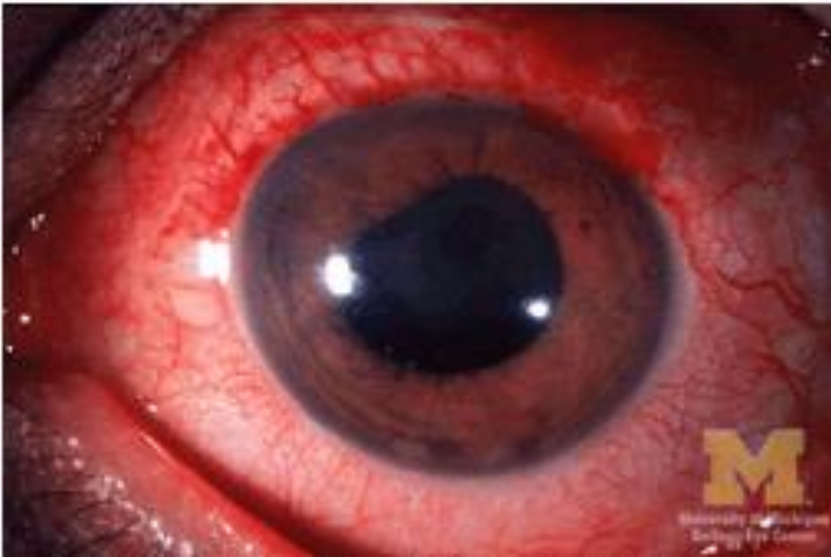
#### 7.2.4. Uveíte

Úvea é uma estrutura vascular intraocular que recobre a maior parte do olho, composta pela íris, corpo ciliar e coróide. A forma mais comum de uveíte é a anterior, a qual atinge principalmente a íris (irite) (CARDOSO, 2022).

Pode ser decorrente de trauma ocular, doenças infecciosas, autoimunes e neoplásicas. Se manifesta com dor unilateral de início agudo, associado a lacrimejamento, hiperemia e fotofobia (FIGURA 8). Além disso, pode ocasionar redução da acuidade visual e visão embaçada, podendo acarretar cegueira permanente (MIRANDA, 2021).

Ao suspeitar desta patologia, o paciente deve ser encaminhado ao oftalmologista para tratamento da causa base (MIRANDA, 2021).

Figura 8: Uveíte



Fonte: FONDATION PRO VISU, 2020.

### **7.2.5. Episclerite**

#### **Definição**

É uma inflamação da esclera, geralmente benigna e autolimitada, além da hiperemia ocular, se manifesta com dor ocular de início súbito, desconforto à palpação, porém a acuidade visual não é afetada (GUSSO, 2019).

#### **Tratamento**

O tratamento requer o uso de lubrificantes tópicos, e anti-inflamatórios tópicos também podem ser úteis (GUSSO, 2019).

#### **Quando encaminhar**

O encaminhamento ao oftalmologista é indicado nos casos de piora dos sintomas (GUSSO, 2019).

### **7.2.6. Hordéolo e Calázio**

#### **Definição**

Hordéolo, conhecido popularmente como terçol, é uma inflamação pustulosa das glândulas palpebrais marginais internas ou externas. Cursa com hiperemia no local, calor, edema e dor, não costuma afetar a visão e apresenta resolução espontânea após a drenagem do conteúdo (GUSSO, 2019).

Quando o hordéolo é interno e não há a drenagem, pode evoluir para o calázio (FIGURA 9), que é um cisto com retenção crônica de material sebáceo, o paciente se queixa de uma nodulação ou massa em pálpebra, que pode causar dor e desconforto estético (GUSSO, 2019).

#### **Tratamento**

O tratamento do hordéolo consiste em compressas mornas, 3 a 4 vezes ao dia, que auxiliam na drenagem, associado ao uso de pomadas tópicas de corticoides e antibióticos (GUSSO, 2019).

Já o tratamento do calázio é realizado quando há comprometimento estético ou sintomas, e consiste em incisão e drenagem do material em cirurgia ambulatorial, devendo ser referenciado ao especialista (GUSSO, 2019).

#### **Quando encaminhar**

O encaminhamento ao especialista deve ser realizado em casos que for indicado procedimento cirúrgico, ou quando há complicação, como nos casos de celulite. Paciente irá queixar-se de edema, diplopia, protusão do globo ocular, redução da mobilidade ocular (GUSSO, 2019)

Figura 9: Calázio em pálpebra inferior.



Fonte: MIRANDA, 2020

### 7.2.7. Pterígio

#### Definição

As doenças oculares que levam a cegueira e distúrbios visuais são o foco principal das estratégias de prevenção, porém algumas dessas doenças não levam a esse desfecho, mas são as principais causas de procura de serviço médico em oftalmologia, como é o caso das conjuntivites, pterígio, olho seco (DUNCAN, 2022).

O Pterígio é uma afecção benigna causada pelo crescimento anormal de tecido epitelial da conjuntiva sobre a margem da córnea (FIGURA 10), principalmente córnea nasal, e está diretamente ligado a exposição solar, sendo mais prevalente em países próximos à linha do equador (DUNCAN, 2022).

Esse crescimento progride lentamente sem causar sintomas, porém pode evoluir com ardência ocular, hiperemia e sensação de corpo estranho. Em raros casos pode atingir região pupilar e o ápice da córnea causando redução da acuidade visual (DUNCAN, 2022).

#### Tratamento

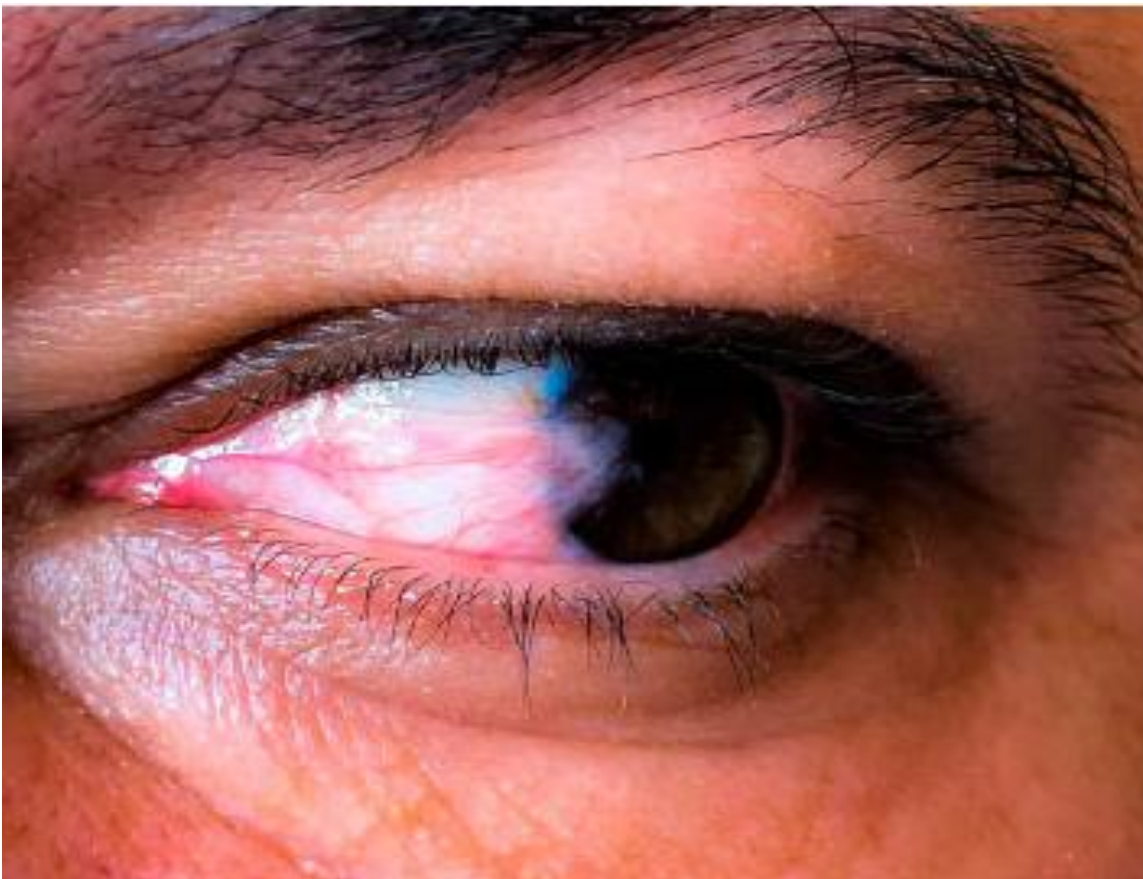
O tratamento conservador com uso de colírios lubrificantes pode ser instituído em pequenas lesões assintomáticas. O uso de óculos com proteção UV pode prevenir e evitar a progressão do pterígio (GUSSO, 2019).

### **Protocolo para encaminhamento a Oftalmologia- Pterígio**

Importante referenciar ao especialista para excisão cirúrgica em caso de lesão maior que 4mm, sintomas visuais e inflamação recorrente (GUSSO, 2019).

Deve conter a história clínica, tempo de evolução, remédios em uso, se foi realizado exames e tratamentos prévios. O profissional solicitante pode ser médico generalista (SESAU, 2021).

Figura 10: Pterígio.

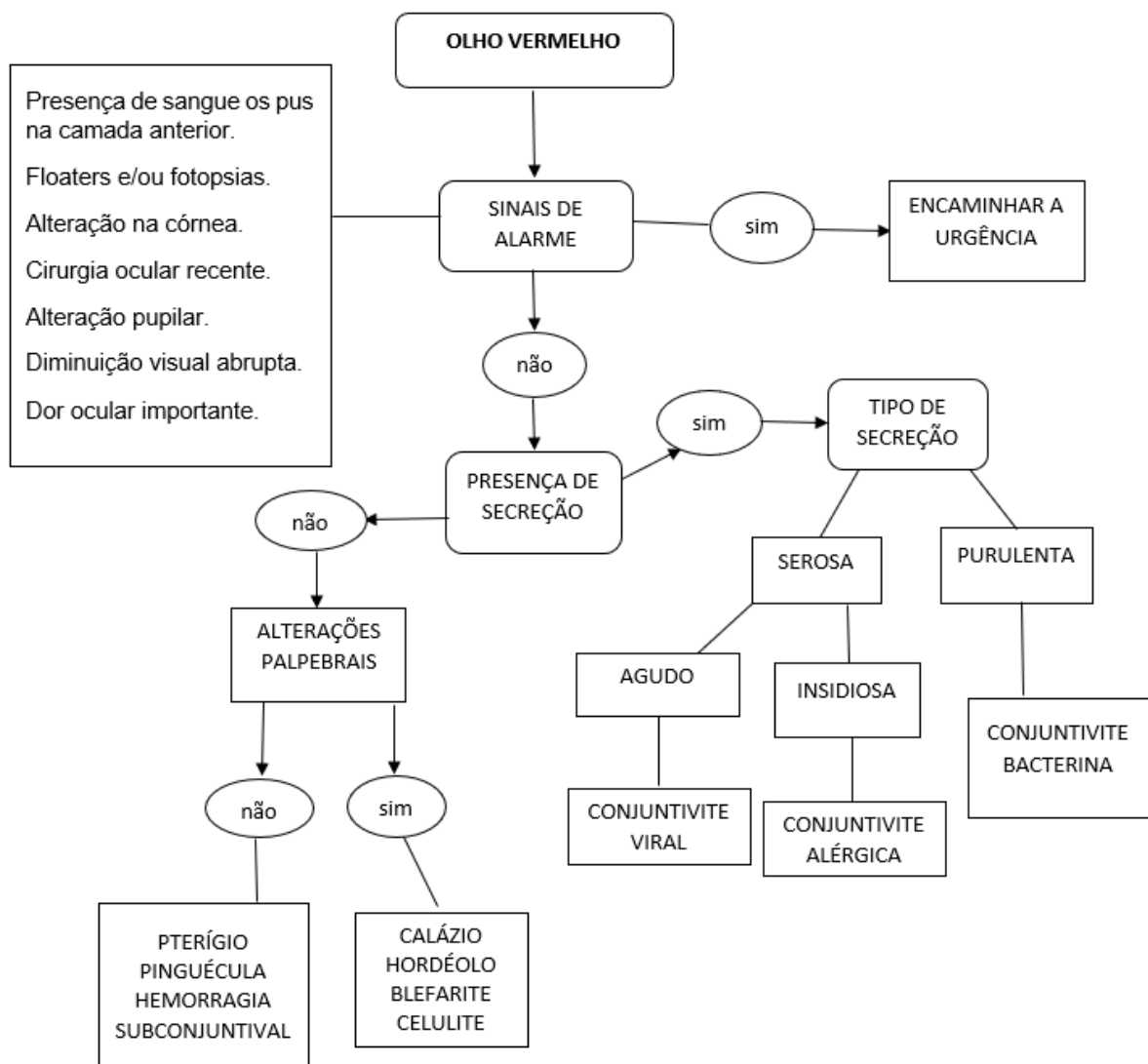


Fonte: MIRANDA, 2020.

### 7.2.8. Pinguécula

Condição benigna, assintomática, que se manifesta como lesão branco-amarelada em conjuntiva, podendo ser precursora do pterígio. O tratamento consiste no uso de lubrificantes tópicos (GUSSO, 2019).

Figura 11: Diagnóstico de Olho Vermelho



Fonte: Elaboração própria, com dados de Miranda, 2020.

### **7.3. Afecções Oculares emergentes**

São definidas como patologias com 15 dias de devolução antes de procurar auxílio médico. Correspondem a até 20% dos atendimentos em urgência, com potencial risco de danificar a integridade ocular e a visão (CARDOSO, 2022).

As mais comuns são as traumáticas, sendo de origem mecânica, química, térmica ou radiação (CARDOSO, 2022).

O segundo grupo pode ser causado por inflamação ocular e/ou perda aguda da visão (CARDOSO, 2022).

Na abordagem a esses pacientes, é importante seguir um roteiro de atendimento. A iniciar pela anamnese direcionada a queixa, com detalhes sobre a evolução temporal, associação entre a intensidade da dor e a acuidade visual, história de trauma, lesões da pálpebra ou pele, recorrência do quadro, uso de colírios e cirurgias oculares prévias (CARDOSO, 2022).

As urgências oftalmológicas podem ser definidas em três grupos: olho vermelho, perda aguda da visão e trauma (CARDOSO, 2022).

#### **7.3.1. Olho vermelho**

Queixa comum não só nas urgências, importante definir se a acuidade visual está preservada ou não. Caso esteja preservada, é provável que esteja de frente a um caso de conjuntivite, que possui quadro benigno e autolimitado (CARDOSO, 2022).

Quando há perda da acuidade visual associado a inflamação, a avaliação do especialista deve ser realizada o mais rápido possível. Os possíveis diagnósticos são esclerite, uveíte, ceratite e glaucoma agudo. Importante realizar analgesia e controle dos sintomas associados à dor, enquanto o paciente aguarda avaliação da especialidade (CARDOSO, 2022).

A identificação do agente infeccioso pode ser demorada e pouco específica, por isso, iniciar um tratamento de amplo espectro, anti-inflamatórios e tratar os sintomas associados, com o objetivo de tratar os agentes mais comuns de acordo com

a epidemiologia, tem maior chance de um desfecho clínico favorável (CARDOSO, 2022).

### **7.3.2. Descolamento de retina**

A suspeita desta patologia surge em pacientes com queixa de flashes de luz (fotopsias) e/ou manchas escuras (floaters), ou naqueles com perda progressiva de campo visual. Fotopsia e floaters sugerem uma rotura retiniana, o que pode ocasionar descolamento de retina. Dados da história clínica incluem início dos sintomas, perda visual, histórico de trauma ocular ou cirurgias prévias. É uma patologia que ameaça a visão, com incidência de 1 em 10.000. Por isso, é importante que o profissional de saúde saiba identificar o descolamento de retina e referenciar ao serviço de urgência para tratamento de acordo com sua causa base (VELASCO, 2022).

### **7.3.3. Perda aguda da visão**

Quanto pior e mais grave a perda da acuidade visual, mais rápido deve ser a avaliação por oftalmologista e neurologista. Isso porque as perdas agudas da visão são causadas por lesão no olho, na órbita ou no SNC. Quando a perda de visão é bilateral e sem sinais de inflamação, as chances são maiores de haver lesão no SNC, seja ela compressiva, desmielinizante ou isquêmica. Já a perda de acuidade visual unilateral e indolor, está associada a lesão no componente neurosensorial, seja ela retina ou nervo óptico. Perdas bitemporais sugerem lesão no quiasma óptico, lesões homônimas indicam lesão no córtex occipital ou trato óptico (CARDOSO, 2022).

Assim, é fundamental investigar sinais sensoriais, motores, cognitivos, pois ajudam a identificar a gravidade da lesão (CARDOSO, 2022).

### **7.3.4. Glaucoma de ângulo fechado**

#### **Definição**

Pode ser agudo, intermitente ou crônico. Quando agudo, se manifesta de forma mais sintomática e é extremamente grave, apresentando hiperemia conjuntival



importante, edema de córnea, com consistência dura à palpação, dor ocular intensa unilateral, cefaleia em hemicrania ipsilateral, pode estar associado a náusea, vômito, alteração nos reflexos pupilares, turvação e perda visual. É decorrente do aumento súbito e expressivo da pressão intraocular (MIRANDA, 2021).

Os principais fatores de risco incluem idade avançada, sexo feminino, etnia asiática, possuir anatomia ocular que predispõem o fechamento do ângulo, como nos casos de hipermetropia. Além disso, alguns medicamentos podem predispor ao fechamento, como é o caso de colírios tópicos vasodilatadores (exemplo, Tropicamida) usados para realizar exames oftalmológicos (FLORES-SANCHEZ 2019).

Ao exame físico é importante determinar a acuidade visual. Quando o paciente não conseguir ler as letras pela tabela de Snellen, deve-se avaliar a possibilidade de contar os dedos mostrados pelo examinador e perceber movimentos e luzes (FLORES-SANCHEZ 2019).

## **Tratamento**

O tratamento requer a diminuição da pressão intraocular, por isso é importante o encaminhamento imediato ao serviço de emergência oftalmológica. Quando não for possível encaminhamento imediato, algumas medidas como deitar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana e sem travesseiros, pode auxiliar no fechamento do ângulo. Também é citado o uso de acetazolamida por via oral 250 mg 6/6 horas, manitol 20%, e colírios mióticos. Analgesia e uso de antieméticos podem ser feitos se houver necessidade (RANDALL, 2020).

O foco principal do tratamento é restaurar a pressão intraocular, que se faz em serviço especializado através de um pequeno orifício realizado na íris por laser. O tratamento é realizado em ambos os olhos, pois possivelmente o outro olho também é anatomicamente predisposto a fechar (FLORES-SANCHEZ 2019).

## **Quando encaminhar**

Na suspeita de glaucoma agudo, o paciente deve ser referenciado imediatamente ao serviço de urgência oftalmológica (FLORES-SANCHEZ 2019).

### **7.3.5. Trauma Mecânico**

O trauma mecânico pode ser por contusão, laceração, perfuração e deslocamento de tecido. Associado a ele pode haver fratura de ossos da órbita o que favorece a retenção de corpo estranho (CARDOSO, 2022).

Enquanto se aguarda conduta oftalmológica, é importante instituir medidas como antibioticoterapia endovenosa, profilaxia antitetânica, analgesia e antieméticos, e curativo não compressivo, que pode ser feito com protetor ocular de plástico, ou copo pequeno de café, fixado com esparadrapo. Não deve ser usado colírio, pomadas e realizar a limpeza em caso de suspeita de perfuração (CARDOSO, 2022).

### **7.3.6. Trauma com suspeita de Perfuração**

A perfuração ou trauma penetrante deve ser suspeitada quando houver saída de líquido aquoso, sangue ou conteúdo ocular, alteração na forma da pupila, diferença de profundidade e deformidade no globo ocular, coágulo sanguíneo volumoso (CARDOSO, 2022).

### **7.3.7. Queimadura Química**

O trauma químico pode ser até mais danoso do que outras emergências oculares, dividido conforme o Ph, em meio ácido, como as causadas por baterias de carro, vinagre, cloro, acetona, ou por meio básico/alcalino (de pior gravidade), causada por amônia, cal, soda cáustica (VELASCO, 2019).

Os sinais e sintomas causados por essas lesões incluem dor, olho vermelho, edema de pálpebras, diminuição da acuidade visual, queimadura ao redor dos olhos, e ainda pode evoluir para aumento da pressão intraocular (VELASCO, 2019).

A conduta imediata deve ser a limpeza abundante com ringer lactato, soro fisiológico ou até mesmo água corrente, no mínimo 2 litros (CARDOSO, 2022). Limpar com cotonete umedecido o interior das pálpebras. Medidas posteriores incluem o uso de colírio de antibióticos para diminuir a chance de infecções secundárias, corticoides tópicos para controlar o processo inflamatório e colírios midriáticos para controle da

dor. Esses pacientes deverão ser acompanhados em ambulatório da especialidade para avaliação de complicações (VELASCO, 2019).

### **7.3.8. Radiação**

O trauma por radiação mais comum é o causado por solda elétrica, é necessário cessar a fonte geradora o mais rápido possível. Medidas como proteção ocular com oclusão sem compressão, antibioticoterapia e analgesia podem ser instituídas (CARDOSO, 2022).

Opções de tratamento incluem colírio anestésico, pomada com antibiótico, e se dor intensa, colírio de atropina 1% e oclusão ocular (GUSSO, 2019).

### **7.3.9. Corpo estranho**

Corpo estranho pode ter origem biológica, como em pelos e partes de animais, sementes, seivas, folhas. E não-biológicos, como vidros, metais, lente de contato deslocada (CARDOSO, 2022).

Essa lesão pode causar danos a longo prazo devido reação química no local e infecções oportunistas (CARDOSO, 2022).

É importante que o corpo estranho seja removido, para isso pode ser usado haste flexível de algodão, agulha de insulina, pinça de joalheiro. Quando o agente causador estiver alojado em local de difícil acesso, a irrigação do local com soro fisiológico pode auxiliar no processo. Assim como o uso de colírio de fluorescência e anestésico, o qual deve ser usado apenas durante o procedimento. Quando o corpo estranho estiver aderido a córnea, deve ser encaminhado ao especialista para que seja removido sob visualização na lâmpada de fenda. A proteção ocular, uso de antibióticos e analgésicos podem auxiliar no processo de recuperação. (CARDOSO, 2022).

#### **7.4. Protocolos de encaminhamento a consultas eletivas em oftalmologista.**

O encaminhamento para consultas eletivas em oftalmologia da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, que pode ser realizado diretamente pelo médico da APS, é dividido em três categorias: Oftalmologia Geral, Pterígio e Catarata (SESAU, 2021).

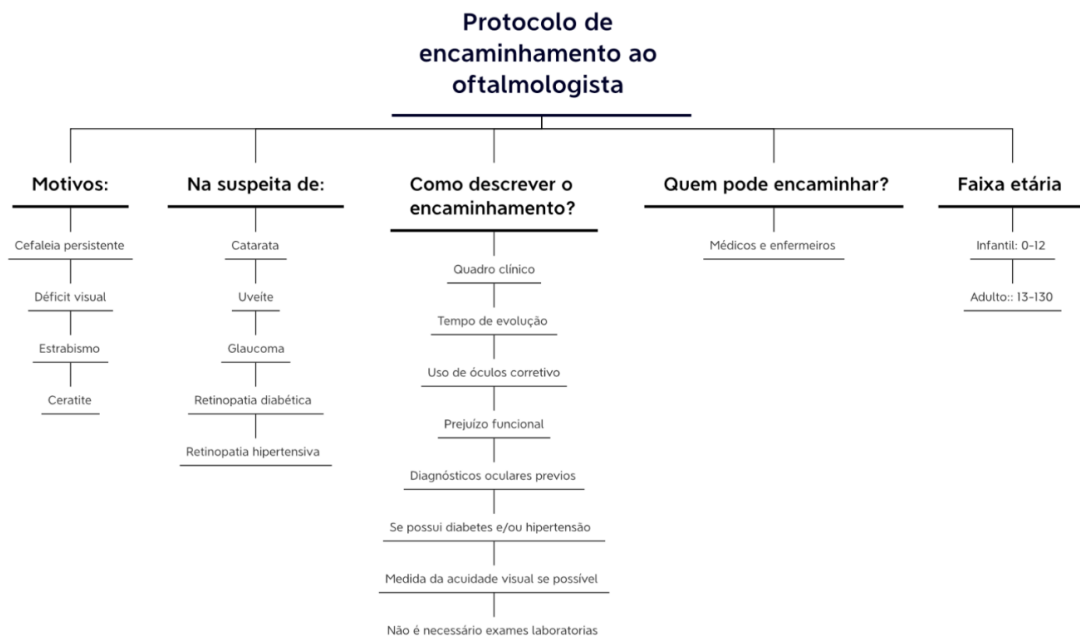
O primeiro grupo, inclui a maioria das patologias oculares, e está melhor elucidado na figura 12. Queixas de cefaleia persistente, em região frontal, principalmente ao final do dia ou após esforço prolongado, e após exclusão de outros diagnósticos, podem ser encaminhadas à oftalmologia geral. É necessário informar se possui diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou alterações renais, além do valor da Pressão Arterial. São prioridades nos atendimentos crianças de até 7 anos e adultos maiores de 40 anos (SESAU, 2021).

Pacientes acima de 60 anos com diagnóstico de Hipertensão e pacientes com mau controle pressórico, devem ser encaminhados para avaliação. Não é descrito sobre o rastreio de retinopatia diabética em consultas com oftalmologia geral, porém consta uma sugestão de protocolo para consultas nessa especialidade que deve ser feita pelo médico oftalmologista. Pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 deve ser encaminhado no momento do diagnóstico e Diabetes Mellitus tipo 1 após 5 anos de diagnóstico, com registro de glicemia em jejum, hemoglobina glicada e triglicerídeos, realizados a menos de 3 meses (SESAU, 2021).

As Consultas em Oftalmologia - Pterígio devem ser realizadas quando houver diagnóstico, não é descrito a necessidade de estar associado a sintomas como prurido, ardência ou diminuição da acuidade visual. Deve estar presente no encaminhamento o quadro clínico, tempo desde o início das queixas, tratamentos realizados e medicações em uso (SESAU, 2021).

O protocolo sugerido para consultas em Catarata orienta encaminhamento de pacientes acima de 50 anos, com queixa de diminuição da acuidade visual progressiva, associado a turvação visual e melhora da visão para objetos próximos. Importante descrever história clínica detalhada, tempo de evolução, diagnósticos prévios e medicações em uso. São prioridade no atendimento pacientes com único olho funcionante e sem sucesso ao uso de lentes corretivas (SESAU, 2021).

Figura 12: Encaminhamento a oftalmologia Geral.



Fonte: Elaboração própria com dados de Sesau, 2021.

## 8. DISCUSSÃO

Estima-se que no Brasil 45 milhões de pessoas moram em cidades que não possuem oftalmologista. Isso demonstra a importância da atenção básica e do Médico de Família na abordagem a doenças relacionadas aos olhos e a visão, já que muitas vezes esse será o único acesso ao serviço de saúde (FURTADO, 2022).

A expectativa é que a prevalência de distúrbios visuais cresça juntamente com o envelhecimento populacional, já que doenças que cursam com essa queixa atingem predominantemente pacientes idosos. Cerca de 82% dos pacientes cegos possuem 50 anos ou mais (OTTAIANO, 2019).

Os níveis de saúde ocular são diretamente proporcionais ao nível socioeconômico, já que aproximadamente 90% dos casos de cegueira no mundo atinge países pobres ou em desenvolvimento. Isso, associado ao fato de que 60% das causas de cegueira são tratáveis, corroboram com a importância de ampliar o acesso aos serviços de saúde ocular (OTTAIANO, 2019).

Diante do impacto social e financeiro que as doenças relacionadas aos olhos e a visão possuem, se torna relevante a abordagem de tal tema dentro de um Manual de consultas rápidas para profissionais atuantes na Atenção Primária. Com a criação deste capítulo tem-se o intuito de difundir o conhecimento em oftalmologia, auxiliando os residentes e profissionais médicos que atuam na atenção primária, a uma melhor abordagem de investigação, diagnóstico e tratamento dos temas mais comuns vistos na atenção primária, de maneira prática, rápida, facilitando assim seu atendimento, conduta e reduzindo os custos com encaminhamentos desnecessários.

## 9. CONCLUSÕES

Frente ao que foi observado no estudo do capítulo, é possível concluir que os problemas relacionados aos olhos e visão são queixas frequentes nos atendimentos em atenção primária. Alguns deles são de baixa complexidade, podendo ser resolvidos durante o atendimento e outros necessitando de avaliação de especialidade, seja ela em caráter ambulatorial ou em serviço de urgência. Sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde a identificação dos sinais e sintomas de alerta.

Além disso, as patologias mais comuns que cursam com diminuição crônica da acuidade visual e causam prejuízo na qualidade de vida do paciente, são pouco resolvidas na unidade de saúde, sendo necessário avaliação do serviço especializado. Porém, a atenção básica tem papel fundamental no controle das comorbidades e na prevenção de perda visual.

Em suma, o aumento da população idosa e por vivermos em um país em desenvolvimento, é importante que o diagnóstico de doenças oculares que levam a cegueira e a incapacidade funcional, sejam realizados o mais breve possível, corroborando com a importância do manejo adequado realizado no sistema que é porta de entrada do serviço de saúde.

## 10. REFERÊNCIAS

AZARI, A.A, Barney N.P. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. Madison, v.310, n.16, 1721-1729, out. 2013.

BASTOS, T.M.A. .; OLIVEIRA, I.P. de .; JORGE, R. Manifestações oculares de doenças sistêmicas II: retinopatia diabética e retinopatia hipertensiva. Medicina (Ribeirão Preto), [S. l.], v. 55, n. 2, p. e-178543, 2022. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.178543. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/178543>. Acesso em: 7 dez. 2022.

BOYD, K. MENDONZA, O. What is a subconjunctival hemorrhage? American Academy of Ophthalmology, 2019. Disponível em: <https://www.aao.org/eye-health/diseases/what-is-subconjunctival-hemorrhage>. Acesso em: 01 de dezembro de 2022.

CARDOSO FILHO, A.P; COSTA, L.C.D.F.; ROCHA, E.M. Urgências Oftalmológicas: o que todo médico precisa saber. Medicina (Ribeirão Preto), v. 55, n. 2, p. e-174157, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174157>. Acesso em: 15 de novembro 2022.

Diário Oficial de Campo Grande, MS. 28 dez. 2021. BRASIL. 4<sup>o</sup> Registro Notarial e Registral de Títulos e Documentos da Comarca de Campo Grande - Estado de Mato Grosso do Sul. Nº 6.504.

DUNCAN, B.B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. 2v.

Flores-Sánchez, B.C.,Tatham, A.J. (2019). Acute angle closure glaucoma. British journal of hospital medicine. London, England, v. 80, n.12, C174–C179, dezembro 2019.



FONDATION PRO VISU. Pro Visu, 2019. Conjuntivite alérgica. Disponível em: <https://www.provisu.ch/en/most-frequent-diseases/allergic-conjunctivitis.html>.

FONDATION PRO VISU. Pro Visu, 2019. Teste de Snellen. Disponível em: <https://www.provisu.ch/pt/component/content/article/29-rastreio/372-testes-de-visao.html?Itemid=473>

FONDATION PRO VISU. Pro Visu, 2020. Conjuntivite infecciosa. Disponível em: <https://www.provisu.ch/en/most-frequent-diseases/infectious-conjunctivitis.html>

FONDATION PRO VISU. Pro Visu, 2020. Uveíte. Disponível em: <https://www.provisu.ch/en/most-frequent-diseases/uveitis.html#diagnosis>.

GUSSO, G. et al. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2.ed. Porto Alegre - RS: ARTMED, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno\\_saude\\_ocular.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf)

MIRANDA, B.A, REIS, C., Botteon, C.S. Importância do diagnóstico diferencial de olho vermelho não traumático na atenção primária: uma revisão da literatura. Rev.méd. Minas Gerais. Belo Horizonte - MG, 31, 31202-31202, Janeiro 2021.

OTTAIANO, J.A.A. et al. As condições de Saúde Ocular no Brasil. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 1.ed. 2019. Disponível em: [https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes\\_saude\\_ocular\\_brasil2019.pdf](https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf)

PORTES, A.J.F. Oftalmologia e atenção primária a saúde. Rev Bras Oftalmol., Rio de Janeiro – RJ, v. 71, n. 6, p. 351-352, dez. 2012.

RANDAL, A.S. et al. Basic ophthalmology for the primary health care practitioner: the red eye. SA Pharmaceutical Journal. 2020. Disponível em: <http://www.sapj.co.za/index.php/SAPJ/article/view/2797>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

Regula SUS. Protocolos de encaminhamento oftalmologia adulto. Regula SUS, 2017. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/oftalmologia\\_adulto.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/oftalmologia_adulto.pdf). Acesso em: 14 de dezembro de 2022.

SHEIKH, A. et al. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. The Cochrane database of systematic reviews, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001211.pub3>. Acesso em: 01 de dezembro de 2022.

SOUZA, S.J.F. et al . Presbiopia e Ametropias. Medicina (Ribeirão Preto), [S. l.], v. 55, n. 2, p. e-173948, 2022. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.173948. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/173948>. Acesso em: 7 dez. 2022.

VARU, D.M. et al. Conjunctivis Preferred Practice Pattern ®. Ophthalmology, 2019. Disponível em: [https://www.aaajournal.org/article/S0161-6420\(18\)32646-0/fulltext](https://www.aaajournal.org/article/S0161-6420(18)32646-0/fulltext). Acesso em: 01 de dezembro de 2022.

VELASCO, I.T. et al. Medicina de emergência: abordagem prática. 16<sup>o</sup> edição. Barueri, SP: Manole. 2022.

World Health Organization. Relatório Mundial sobre a visão [Internet]. 2021 [capturado em 20 de julho de 2022].