

## Protocolos De Encaminhamento Para Oftalmologia Adulto

O protocolo de Oftalmologia Adulto será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória e 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. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

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 frotasias (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 (úlcera corneana sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocelose);
- Infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite).

---

**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 e os exames complementares realizados recentemente.

---

Publicado em 19 de junho de 2017.

## Supervisão Geral:

João Gabbardo dos Reis

## Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Roberto Nunes Umpierre

## Organização e Edição:

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

## Autores:

Aline Lutz

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Felícia de Moraes Tavares

Gabriela Unchalo Eckert

Paula Blasco Gross

Jacó Lavinsky

Rudi Roman

Elise Botessele de Oliveira

Josué Basso

Dimitris Rucks Varvaki Rados.

## Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

## Diagramação:

Carolyne Vasques Cabral

TelessaúdeRS-UFRGS 2017

Porto Alegre – RS.

## Projeto Teleoftalmo – Olhar Gaúcho

TeleOftalmo – Olhar Gaúcho é um projeto de telediagnóstico a serviço da saúde ocular com o objetivo de otimizar o acesso da população do Rio Grande do Sul ao diagnóstico e manejo de condições oftalmológicas e qualificar a lista de espera para a especialidade. O projeto é uma parceria do TelessaúdeRS-UFRGS, da Secretaria Estadual da Saúde e da Associação Hospitalar Moinhos de Vento, através do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

Pacientes na lista de espera para consulta oftalmológica presencial poderão ser regulados para atendimento pelo TeleOftalmo. Caberá ao médico assistente do paciente acessar a Plataforma de Telessaúde, disponível em [www.plataformatelessaude.ufrgs.br](http://www.plataformatelessaude.ufrgs.br), para solicitar o telediagnóstico.

### Principais avaliações oftalmológicas realizadas

O Teleoftalmo oferece os seguintes exames: aferição da acuidade visual, refração, medição da pressão intraocular, documentação fotográfica do segmento anterior e do fundo do olho, avaliação das pálpebras, da motilidade ocular extrínseca e dos reflexos pupilares.

### Quem pode solicitar

Todos os médicos que atuam nos postos de saúde da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do Rio Grande do Sul.

### Público-alvo

Crianças a partir de 8 anos de idade e adultos com as seguintes condições clínicas: baixa da acuidade visual inespecífica, erros de refração, estrabismo, lesões palpebrais, lesões da conjuntiva, catarata, e pacientes diabéticos para rastreamento de retinopatia diabética. São critérios de exclusão: condições clínicas com indicação cirúrgica prévia, necessidade de exames complementares não ofertados no telediagnóstico, e alterações oculares agudas que necessitam pronto-atendimento.

### Funcionamento

O médico da atenção primária solicita o telediagnóstico para seu paciente via Plataforma de Telessaúde. A equipe do TelessaúdeRS-UFRGS realiza o agendamento para uma das unidades remotas do estado. As unidades remotas serão localizadas nas cidades de Porto Alegre, Santa Rosa, Santa Cruz do Sul, Farroupilha, Pelotas, Santa Maria e Passo Fundo. A avaliação é feita por telemedicina pelos oftalmologistas do TelessaúdeRS-UFRGS, com apoio presencial da equipe de enfermagem do consultório remoto. O laudo é entregue no final da avaliação para o paciente e enviado pela Plataforma de Telessaúde para o médico solicitante, junto com recomendações de conduta. Pacientes com erro de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia) poderão receber óculos gratuitamente.

## Protocolo 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.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual (alteração na visão para perto ou para longe) e outros achados do exame físico como: torcicolo, nistagmo, estrabismo, pterígio ou achados corneanos);
2. diagnóstico prévio de distúrbio de refração ou acomodação? (sim ou não). Se sim, qual o distúrbio, grau da lente corretiva e quando foi última revisão oftalmológica?
3. medida de acuidade visual<sup>1</sup> (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
4. prejuízo funcional devido à diminuição da acuidade visual? (sim ou não). Se sim, descreva;
5. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

## Protocolo 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). O acompanhamento da acuidade visual pode ser realizado na APS por meio da tabela de acuidade visual (ver figura 1 no anexo).

---

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

- 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).

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

- paciente com diagnóstico de catarata, previamente operados, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual; ou
- paciente com suspeita de catarata (ver quadro 1 no anexo).

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual e prejuízo funcional, perda de reflexo vermelho, outros achados relevantes);
2. medida de acuidade visual<sup>1</sup> (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
3. paciente previamente operado de catarata (sim ou não);
4. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

## Protocolo 3 – Retinopatia ou outras doenças de retina

Todo paciente diabético ou pacientes em uso crônico de hidroxicloroquina/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, ftopsia (flashes luminosos), moscas volantes ou metamorfopsia (percepção irreal de tortuosidade ou deformação da imagem).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitar retinografia na Atenção Primária à Saúde (seguimento anual após primeira avaliação presencial com oftalmologista):

- diagnóstico de retinopatia diabética não-proliferativa leve; ou
- rastreamento de retinopatia em pacientes com diabetes (DM1 ou DM2).

### 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).
- diagnóstico de retinopatia diabética identificado por retinografia:
  - edema macular diabético; ou
  - retinopatia proliferativa; ou
  - retinopatia não proliferativa moderada/grave; ou
  - retinopatia não proliferativa leve na impossibilidade de acompanhar por retinografia na APS.
- rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina/hidroxicloroquina; ou
- outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular, descolamento de retina, oclusão de veia central da retina, entre outros).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes);
2. apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico;
3. apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não)? Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico;
4. se gestante, descreva idade gestacional;
5. se paciente utiliza hidroxicloroquina/cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início;
6. realizou retinografia previamente (sim ou não). Se sim, descreva o laudo com data;
7. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 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 2 no anexo) para auxílio no diagnóstico.

---

### **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.

### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

1. sinais e sintomas (descreva idade de início, evolução e sintomas associados como diminuição de acuidade visual, torcicolo, diplopia);
2. descreva o tipo de desvio: esodesvio (convergente), exodesvio (divergente) ou desvio vertical;
3. medida de acuidade visual<sup>1</sup> (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
4. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

## Protocolo 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 (lagofalmo); 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 (lacrimajamento) crônica; ou
- dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente.

#### Órbita

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

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrição da alteração palpebral ou de vias lacrimais, tempo de evolução, recorrência);
2. apresenta comprometimento funcional (sim ou não). Se sim, descreva;
3. realizou tratamento prévio para a condição (se indicado). Se sim, descreva;
4. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



## Protocolo 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.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. há quanto tempo apresenta diagnóstico de glaucoma?
2. medida de acuidade visual<sup>1</sup> (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
3. tratamento prévio ou atual para glaucoma (descreva medicamentos e posologia em uso, realização de cirurgia ou terapia com laser);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

## Protocolo 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.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. apresenta diminuição de acuidade visual (sim ou não);
3. medida de acuidade visual<sup>1</sup> (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
4. descreva tratamento realizado para condição (se indicado);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 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.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de sorologia (IgM e IgG);
3. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, causa da imunossupressão;
4. medida de acuidade visual<sup>1</sup> (tabela de acuidade visual – ver figura 1 no anexo) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup> A medida da acuidade visual em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.

## 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.

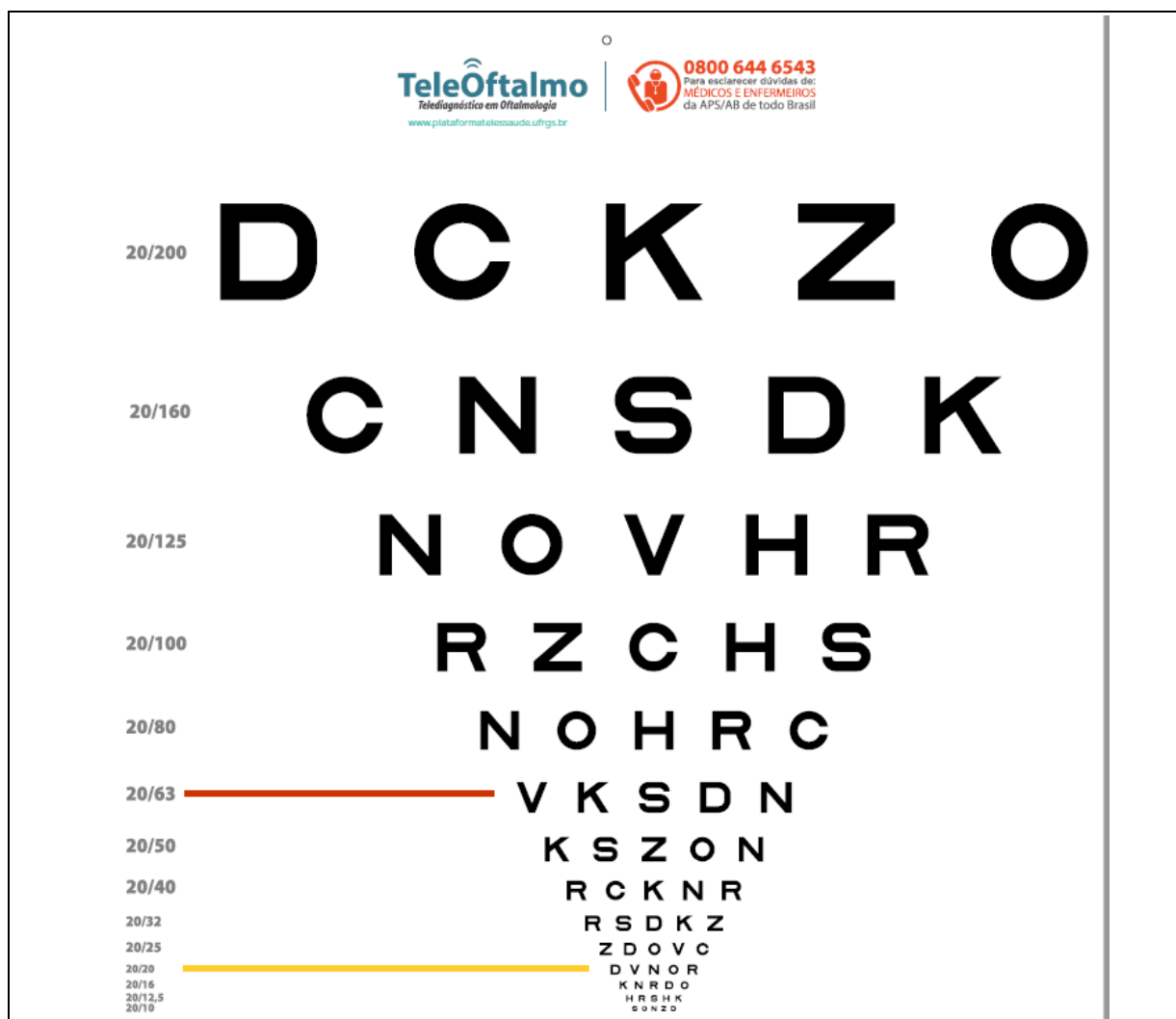
WALLACE, D. J. **Antimalarial drugs in the treatment of rheumatic disease**. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/antimalarial-drugs-in-the-treatment-of-rheumatic-disease>>. Acesso em: 17 Jun. 2017.

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



## Anexos – Figuras e Quadros Auxiliares

Figura 1 –Figura ilustrativa da tabela de acuidade visual (utilizar tabela em tamanho padronizado)



**Posicionamento da tabela:**

- Posicionar a tabela de tal forma que o optotipo 20/20 fique na altura dos olhos do paciente (sentado ou de pé),
- Fazer marcação no chão para determinar a distância que o paciente deve ficar da tabela (preferencialmente entre 4 a 6 metros).

**Orientações para realizar o exame:**

- Acuidade visual (AV) é testada individualmente para cada olho. Primeiro cobre-se o olho esquerdo (OE) para aferir a AV do olho direito (OD).
- A medida da AV em pessoas que já utilizam lente corretiva deve ser feita com o paciente utilizando a lente corretiva.
- Na tabela de optotipos, vê-se a AV ao lado de cada linha (exemplo: 20/20, 20/30, etc.). Considera-se como AV a linha de optotipos menores que o paciente responde corretamente. Caso acerte apenas parte dos optotipos, considerar a AV como a linha de cima.

**Notação:**

- Informar se o teste foi realizado com ou sem lente corretiva, o olho avaliado e a fração do optotipo que determina a AV.
- Exemplo: AV s/c OD (fração da tabela) OE (fração da tabela)  
Acuidade visual sem correção no Olho Direito (20/30) e no olho esquerdo (20/40)

Fonte: Telessaunders-UFRGS (2017) adaptado de Alves (2013).



**Quadro 1 – Suspeita de catarata senil**

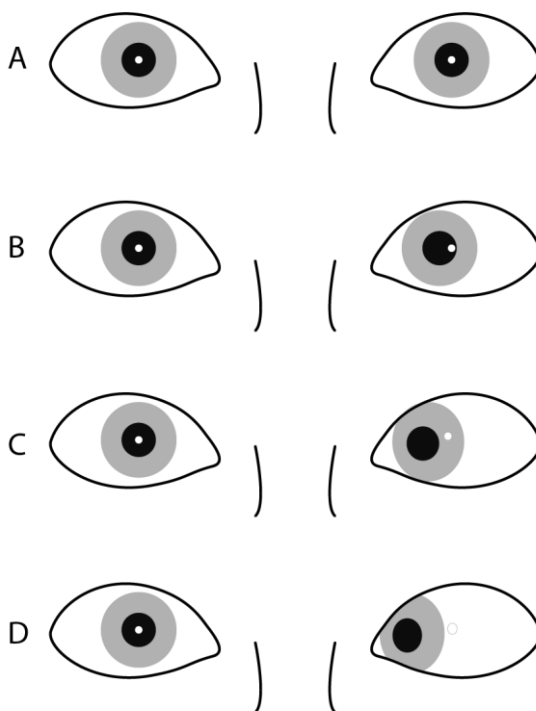
- Idade acima de 60 anos,
- Queixa de turvação não-dolorosa e progressiva da visão, em um ou ambos os olhos
- Perda de reflexo vermelho através da pupila ou obscurecimento dos detalhes do fundo de olho

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.

Fonte: JACOBS (2016).

**Figura 2 – Teste de Hirschberg**

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.



A – ausência de desvio (ortotropia).

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).