



A Prevenção da Cegueira evitável nos países em desenvolvimento: rastreio visual infantil - o papel do ortoptista

Ilda Maria Poças (1), Pedro Miguel Lino (2)

(1) Professora Coordenadora Especialista, Área Científica de Ortópica, ESTeSL - Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa, IPL – Instituto Politécnico de Lisboa, ilda.pocas@estesl.ipl.pt
(2) Ortopista, Hospital Cuf Cascais – HCC, José de Mello Saude- JMS, pedro.lino@jmellosaude.pt

Contextualização:

Existe uma grande assimetria no acesso aos cuidados de saúde entre os países desenvolvidos (PD) e os países em desenvolvimento (PED), onde se incluem as Comunidades dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Desta assimetria destacam-se as condições económicas precárias dos PED, a má acessibilidade e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

Verifica-se também um número reduzido de profissionais de saúde nestes países. Em Moçambique existe 1 médico para 30 mil habitantes (AHO, 2015), em contraste, em Portugal existe 1 médico para 213,6 habitantes (PORDATA, 2015).

Numa tentativa de minimizar esta carência nos cuidados de saúde da visão, deslocam-se dos PD, equipas de oftalmologistas em curtos períodos de tempo, com o objetivo de tratar os casos de cegueira evitável, nas diferentes faixas etárias.

A última missão de oftalmologia promovida pelo Instituto Marquês Vale Flor (IMVF) em São Tomé e Príncipe permitiu a observação de mais de 500 doentes e a realização de mais de 70 cirurgias durante duas semanas. Estas missões têm ainda como objetivo formar, em contexto real, equipas de saúde local (IMVF, 2016).



Nos PED, as principais causas de deficiência visual são: doenças congénitas da retina, catarata, glaucoma congénito, retinopatias infecciosas, traumas oculares, ametropias e deficiência de vitamina A (OMS, 2016).

A OMS (2016), estima que 1,4 milhões de crianças são cegas e que 500.000 novos casos surjam em cada ano. O programa Vision 2020 procura reduzir estes indicadores, pois cerca de 43% dos casos de cegueira infantil são evitáveis, existindo atualmente, formas de prevenção ou correção da cegueira e da perda da visão.

A prevenção e deteção precoces são cada vez mais importantes na redução das taxas de incidência de patologias oculares.

Torna-se importante, que nos PED, os serviços de cuidados primários, promovam a realização de ações de promoção da saúde e prevenção da doença e ações de rastreio visual, para reduzir a cegueira evitável, detetando precocemente as alterações e rentabilizando a presença das equipas de oftalmologia.

Estudos efectuados (Bodack, 2010, Carlton, 2009), revelam que a formação e a experiência do observador são fundamentais para o sucesso dos programas de rastreio e consequente aplicação da terapêutica adequada. Quanto mais especializado for o profissional, melhores resultados se obtêm na aplicação dos programas de rastreio visual.

Objetivos:

Descrever os parâmetros a avaliar num rastreio visual infantil inseridos num protocolo de observação eficaz com adequada sensibilidade e especificidade de modo a identificar as alterações susceptíveis de provocar alterações da função visual, nomeadamente baixa visão, erros refrativos, estrabismos e cataratas.

Refletir acerca do papel do ortoptista nas equipas de saúde local nos PED, particularmente ao nível das CPLP.

Metodologia:

Rastreio visual infantil: Aplicação de protocolo de avaliação visual, que identifique os casos suscetíveis de resolução: ambliopias, cataratas, erros refrativos, alterações do equilíbrio oculomotor e da visão binocular.

Procedimentos prévios: Realização de ações de sensibilização para pais e professores, com objetivo, de educar para a saúde visual, de informar da existência dos rastreios e solicitar autorização para a participação das crianças.

Protocolo: Rápido e fácil que permita rastreios em massa. Testes adequados às populações alvo, considerando a idade da criança e o seu estágio de desenvolvimento global. A realizar nos centros de saúde, em jardins de infância e escolas.

Exames a realizar (Donahue, et al, 2013; Pinto et al 2014):

- Breve anamnese
- Análise dos aspetos oculares externos (pálpebras, conjuntiva, meios transparentes)
- Acuidade visual para longe e perto, com escalas morfoscópicas em monocularidade. Recurso ao buraco estenopeico sempre que se justifique
- Reflexos fotomotores e reflexo vermelho
- Movimentos oculares e equilíbrio oculomotor (cover test) para perto e para longe com um ponto de fixação detalhado
- Ponto próximo de convergência
- Visão estereoscópica
- Visão cromática (testes de Ishihara ou por comparação)
- Foto-refração: Identificação da ametropia, observação do crescente pupilar e reflexos corneanos



O que referenciar para oftalmologia? (DGS, 2012)

- Assimetrias de AV e baixas de AV (< 0.8) que não melhorem com o buraco estenopeico
- Estrabismos e outras anomalias da visão binocular (diplopias e ausência ou diminuição da estereopsia)
- Alterações da visão cromática
- Alterações do reflexo vermelho do fundo ocular
- Alterações no segmento anterior.



Que resultados?

Numa população estudada, num dos PED, de 946 crianças, de idade compreendida entre os 5 e os 15 anos, verificou-se que:

- 80% nunca tinham efectuado exame visual
- 33,6% apresentavam baixa de acuidade visual, dos quais 68% melhoravam com o buraco estenopeico, sendo estes potenciais utilizadores de correção ótica.
- 3,4% apresentavam estrabismo.

Neste estudo, 100 (10,7%) das crianças necessitavam de observação médica por baixa visão não atribuível a erro de refração e as restantes poderiam ser monitorizadas pelo ortoptista.



Conclusão:

Estes dados demonstram a necessidade de métodos de rastreio rápidos e sensíveis, como o protocolo apresentado, que permitam a identificação precoce de problemas visuais. Demonstram também que existem dificuldades de consciencialização da importância da prevenção por meio da avaliação precoce e do acesso à saúde ocular.

Uma vez que os acessos aos cuidados de saúde secundários e terciários nas CPLP, se encontram limitados, é importante a implementação de programas que, indo de encontro às populações, possam garantir e proporcionar cuidados primários que resolvam as deficiências visuais passíveis de prevenir a cegueira evitável nestes países.

Para impedir o desenvolvimento de problemas visuais mais graves, é pertinente a integração de ortoptistas nas equipas de saúde local para aplicação do protocolo de rastreio visual que identifique as situações susceptíveis de resolução ou de encaminhamento, permitindo, inclusive, um acesso mais equitativo e eficaz aos cuidados visuais prestados pelas equipas médicas visitantes.

O ortoptista, como profissional vocacionado e especializado nos cuidados da visão, integrado nas equipas de saúde local, com acesso a instrumentação básica de oftalmologia:

- Será o primeiro elemento da rede de prestação de cuidados visuais, responsável pela identificação de alterações e pela reabilitação das que não necessitem de intervenção médica, como a correção de erros refrativos e a monitorização da evolução de patologias em desenvolvimento
- Será também responsável pela organização e realização de ações de sensibilização, de educação e de promoção para a saúde visual, procurando assegurar a melhor visão possível para todas as crianças e melhorar a sua qualidade de vida
- Poderá também interferir na gestão das missões das equipas de oftalmologia, identificando os casos que necessitam de tratamento médico imediato. Neste sentido é também imperativo a criação de normativos para os diferentes situações, permitindo assim que os casos mais graves recebam tratamento atempado.



Assim torna-se crucial a formação de novos ortoptistas nos países das CPLP, de modo a aumentar o seu número e conseguir-se dar resposta atempada às necessidades de cada país, evitando-se casos de deficiência visual por inacessibilidade aos cuidados de saúde da visão.

Bibliografia:

- Bodack, M. Chung, I., Krumholtz, I. An Analysis of Vision Screening Data from New York City Public Schools, Journal of the American Optometric Association . 81-9 (2010); 476-484
- Carlton, J. Czosi.Murray, C. The value of screening for amblyopia revised(2010)
- Sean P. Donahue, MD, PhD,a Brian Arthur, MD,b Daniel E. Neely, MD,c Robert W. Arnold, MD,David Silbert, MD, FAAP,e and James B. Ruben, MD,f on behalf of the AAPOS Vision Screening Committee*Guidelines for automated preschool vision screening: A 10-year, evidence-based update, Journal of AAPOS, Volume 17 Number 1 / February 2013
- Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Comissão de Coordenação do Programa Nacional para a Saúde da Visão- Boas Práticas em Oftalmologia – Criança DGS (2010). Manual de Boas Práticas em Oftalmologia. Lisboa. Min-saúde. Acedido através de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>
- Guercio JR, Martyn LJ. Congenital malformations of the eye and orbit. Otolaryngol Clin North Am 2007;40:113-140
- Gilbert CE, Wood M, Waddel K, Foster A. Causes of childhood blindness in East Africa: Results in 491 pupils attending 17 schools for the blind in Malawi, Kenya and Uganda. Ophthalmic Epidemiol 1995;2:77-8
- Graziano, R. M.; Leone, C. R.; *Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo externo*. Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Naidoo KS et al. Refractive error and visual impairment in African children in South Africa. Investigative Ophthalmology & Visual Science. September 2003; Vol.44, 3764-3770. doi:10.1167/iov.03-0283
- Pinto et al (2014). Estudo piloto para a validação de um protocolo de rastreio oftalmológico infantil em cuidados de saúde primários. Acta Pediátrica Portuguesa. Acedido através de <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4654>
- Torp-Pedersen, T.; Boyd, H.; Poulsen, G.; Haargaard, B.; Wohlfahrt, J.; Holmes, J.; Melbye, M. *In-utero exposure to smoking, alcohol, coffee, and tea and risk of strabismus*. Am J Epidemiol, 2010; 171: 868-875
- <http://www.who.int/healthsystems/topics/en/index.html>
- World Health Organization(2012).Executive Board Room, Geneva
- IMVF- website online <http://www.imvf.org/?noticia=1650> (12/03/2017)
- Pordata online 2015 – Registo de médicos em Portugal