

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase

Cadernos de prevenção e
reabilitação em hanseníase; n. 3

2ª edição revisada e ampliada

Brasília-DF, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de prevenção e reabilitação
em hanseníase; n. 3

2ª edição revisada e ampliada

Brasília-DF, 2008

© 2002 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase; n. 3

Tiragem: 2.^a edição revisada e ampliada – 2008 – 30.000 exemplares

Elaboração, edição e distribuição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Organização: Programa Nacional de Controle da Hanseníase

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço:

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 1.^a andar, sala 134

CEP: 70058-900, Brasília/DF

E-mail : svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/svs>

Coordenação-geral:

Maria Leide W. de Oliveira

Danusa Fernandes Benjamim

Coordenação de texto:

Maria Rita Coelho Dantas

Reelaboração e revisão de conteúdo:

Antonio Augusto Velasco e Cruz – Oftalmologista, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto-SP

Edmundo Frota de Almeida – Universidade Federal do Pará – Belém-PA

Elcyline Leocádio – médica sanitária, PNCH/MS

Fernando Oréfice – Oftalmologista, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte-MG

Norma Helen Medina – Centro de Oftalmologia Sanitária – CVE – Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo-SP

Procópio Miguel dos Santos – Faculdade de Medicina do Distrito Federal – FEPECS – e Universidade de Brasília – UnB

Valenio Pérez França – Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte-MG

Wesley Ribeiro Campos – Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte-MG

Colaboradores:

Cláudia Maria Escarabel – assessora técnica do PNCH/MS

Sandra Ribeiro – assessora técnica do Programa Nacional de Controle da Hanseníase/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

Documentação fotográfica:

Cortesia dos doutores Fernando Oréfice e Wesley Ribeiro Campos, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG

Desenhos de anatomia:

Nilton H. Chinem

Coordenação editorial:

Fabiano Camilo

Projeto gráfico, diagramação e fotos do início dos capítulos:

Ct. Comunicação

Capa:

Eduardo Trindade

Revisão de texto:

Yana Palankof

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed., rev. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

92 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase; n. 3)

ISBN 978-85-334-1516-4

1. Doenças oculares. 2. Hanseníase. 3. Assistência à saúde. I. Título. II. Série.

CDU 616-002.73

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2008/0628

Títulos para indexação:

Título em Inglês: Proceedings manual for ocular alterations in leprosy

Título em Espanhol: Manual de conductas para alteraciones oculares en lepra

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Apresentação 6

Introdução 8

Acolhimento em alterações oculares 10

Prevenção da cegueira na hanseníase 18

Anatomia e fisiologia dos V e VII nervos cranianos 26

V nervo craniano ou trigêmeo 28

VII nervo craniano ou facial 29

Fisiopatologia 32

Propedêutica e alterações oculares 34

Roteiro de exame oftálmico 36

Testes da função palpebral 40

Estados reacionais 56

Tratamento clínico e cirúrgico 60

Disfunção das glândulas de Meibomius 62

Blefarite crônica estafilocócica 62

Olho seco 63

Conjuntivites bacterianas 64

Ceratite infecciosa (úlceras) 64

Estados reacionais 65

Catarata 68

Glaucoma 70

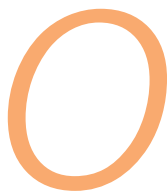
Ceratoplastia 70

Alterações palpebrais 72

Orientações para o autocuidado 78

**Política Nacional de Atenção em Oftalmologia
(Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008) 84**

Referências 88



Brasil apresenta elevada prevalência de doenças com acometimento oftalmológico que podem levar à cegueira, entre elas a hanseníase. Estima-se que no mundo aproximadamente 250 mil pessoas tenham um déficit visual grave por conta da hanseníase.

A frequência e a gravidade das alterações oculares dependem de fatores como: forma clínica da doença, tempo de evolução, tratamento e, principalmente, a qualidade da atenção oferecida pelo Sistema de Saúde. As complicações oculares da hanseníase, somadas à perda da sensibilidade tátil, impõem uma carga adicional à pessoa, comprometendo sua independência, autonomia e capacidade de realizar práticas de autocuidado. Disso deduz-se a importância de identificar e tratar precocemente os problemas visuais.

O controle da hanseníase e o fortalecimento da atenção integral aos pacientes requerem a integração de diversas áreas, e no âmbito da medicina, de várias especialidades, dentre as quais se destaca a oftalmologia.

Com base na Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 a 200 e das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Ministro da Saúde, institui por meio da Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008, a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase atende, assim, à recomendação de produzir protocolos para as diferentes complexidades da atenção; capacitação e educação permanente das equipes de saúde; assistência farmacêutica, assim como acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizadas pelo SUS.

O objetivo deste *Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase* é oferecer subsídios para direcionar e reordenar as ações de saúde ocular (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) desenvolvidas na rede do SUS em relação à assistência prestada aos portadores de deficiência visual decorrente da hanseníase; informar sobre a frequência e a importância das lesões oculares nestes pacientes e padronizar os procedimentos para a prevenção e o tratamento dessas alterações. Foram incluídos depoimentos de pessoas acometidas pela hanseníase e de profissionais de saúde de diversas áreas colhidos em oficinas e entrevistas realizadas entre fevereiro e março deste ano. Essas pessoas falaram de suas experiências de dor, acolhimento, superação e compromisso com o ser humano.

O Ministério da Saúde agradece a todas essas pessoas e também à inestimável colaboração dos especialistas que participaram da revisão técnica visando a contribuir para o controle da hanseníase e para melhoria da atenção em saúde no Brasil.

Maria Leide W. de Oliveira

Coordenação Nacional do Programa de Controle da Hanseníase

Gerson de Oliveira Penna

Secretário Nacional de Vigilância em Saúde

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO



hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória que compromete, principalmente, a pele e os nervos periféricos. Esse tropismo neural é responsável pelo potencial incapacitante da doença, que, sem intervenção, gera deformidades e incapacidades nos olhos, nas mãos e nos pés.

A neuropatia periférica, mesmo sem lesões motoras, acarreta com frequência a perda da sensibilidade superficial, ficando a pessoa privada de um dos mecanismos de defesa mais eficientes, que é a capacidade de sentir dor. Assim, com tais deficiências, a sua visão é fundamental para se proteger de queimaduras, ferimentos e traumatismos em geral.

Essa proteção fica diminuída pela grande frequência de comprometimento ocular na hanseníase, por ação direta do bacilo de Hansen, ou por processo inflamatório reacional, em geral, o segmento anterior do olho, em razão da preferência do bacilo em se instalar nos locais mais frios do corpo.

As complicações oculares da hanseníase são responsáveis por alguns dos aspectos mais dramáticos da doença. A perda de visão, associada à diminuição da sensibilidade tátil, impõe uma carga adicional ao paciente, pois além de incapacitá-lo isola-o, tirando-lhe a independência, a capacidade de cuidar-se e de se sustentar.

A instituição da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia vem responder à demanda de todos os programas de saúde que trabalham com prevenção da cegueira, aí incluído o Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

Para tanto, deverão ser implantadas ações adequadas à atenção básica, à média e à alta complexidade, em todas as Unidades Federadas, nas três esferas de gestão. Isso requer a articulação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e do DF e as Secretarias Municipais de Saúde por meio de redes estaduais e regionais que permitam “desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade (Portaria nº 957/2008, art. 2º, I); organizar linhas de cuidados especiais; identificar determinantes e condicionantes; definir critérios e técnicas mínimos; ampliar cobertura; contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos; promover intercâmbios com subsistemas de informações setoriais e qualificar a assistência.

O lançamento deste manual é, portanto, oportuno, e espera-se que venha a contribuir para fortalecer a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento da hanseníase na atenção básica e a apoiar o sistema de referência, que deve ser adequado a cada município e incluído em um Plano Diretor de Regionalização (PDR), conforme preconiza a referida portaria.

Este manual objetiva qualificar a assistência às pessoas com alterações oculares em hanseníase, atendendo aos princípios de integralidade e humanização. O capítulo acolhimento introduz uma questão fundamental para o usuário.

ACOLHIMENTO EM ALTERAÇÕES OCULARES

ACOLHIMENTO EM ALTERAÇÕES OCULARES

*Sim, cuide dos meus olhos para que eu possa tratar
meus ferimentos, tirar e recolocar ataduras e
ungüentos para amenizar a minha dor. Ensine-me
a cuidar deles para eu me prevenir do fogo, das pa-
nelas aquecidas, dos espinhos espalhados pelo chão.
Não tenha dúvida, eu lhe agradecerei por tudo isso.
Mas enquanto você cuida dos meus olhos, lembre-se
que com eles:
eu descobri o amor e me entreguei ao olhar do meu
amado e comuniquei a minha paixão, o meu ciúme
e a minha alegria;
eu vi o meu filho dar o primeiro sorriso, caminhar
em minha direção e impedi suas quedas ajudando-o
a andar;
eu chorei a morte de meu pai, escolhi a minha rou-
pa mais bonita e colhi flores numa manhã de chuva
fina para levar a nossa última despedida;
eu falei o que devia e o que não podia, amei e odiei,
implorei, seduzi; eu descobri o mundo e o trouxe
para dentro de mim.*

Alice¹

OS OLHOS, A VISÃO, O OLHAR... ÓRGÃOS, SENTIDO, PRÁTICA

No mais perfeito silêncio o olhar revela, transmite e capta emoções, sentimentos, desejos, informações. Janela da alma, os olhos falam de nós e apreendem o mundo.

Dos sentidos, a visão é o mais desenvolvido, e a acuidade visual pode ser medida e quantificada. O olhar não, o olhar é subjetivo e curiosamente pode ser treinado, praticado. Praticar o olhar é aprender a ver, vigiar, reparar, prestar atenção, sair da superficialidade do olhar desatento.

O olhar é a base do diagnóstico, que significa decodificar, sintetizar, comparar sinais, queixas e sintomas. Essa percepção pode ser ampliada com o toque, que pode mostrar tensões, espessamentos, securas, edemas, nódulos... Juntos, olhar e toque por vezes superam alguns resultados de exames em qualidade de informações.

¹ Alice acompanhou as oficinas e algumas entrevistas realizadas em março de 2008 e escreveu pequenos textos que dão sentido a fragmentos de algumas histórias e idéias expressas no trabalho com a finalidade de subsidiar os textos sobre acolhimento nos manuais técnicos sobre hanseníase.

O olhar, dirigido a um paciente, a uma paciente, dá início ao acolhimento. Já o toque e a forma de tocar, apertar a mão, examinar podem transmitir proximidade, conforto, segurança e com isso diminuir a ansiedade, o medo e a dor.

Na consulta, eu busco deixar o paciente muito à vontade e ter uma conversa muito objetiva com ele. Deixo transparecer que eu não estou ali olhando para ele como um doente no qual não se pode tocar. Isso faz com que ele se sinta seguro dentro do meu consultório e comigo. Se você transmite isso, você consegue sua confiança e vai tratá-lo sem problema. Um aperto de mão resolve muita coisa.

Kerginaldo (médico do PSF)

No acolhimento às pessoas com hanseníase, tocar o paciente assegura que o profissional de saúde não o teme, não o rejeita, não o discrimina. E assim, ele, ou ela, pode confiar que ficará curado e que será acompanhado no que for preciso. Do contrário, ele desconfia das informações, das receitas, das orientações...

Olhar do profissional, olhar do paciente, olhar da sociedade: caminhos de aprendizado e troca. É preciso saber (aprender a) valorizar o olhar (percepção) das pessoas com hanseníase.

Quando eu tive reação e passei a tomar corticóide, a pressão do meu olho começou a subir. O médico me explicou que era preciso tomar o medicamento, mas eu não aceitei e disse pra ele: doutor eu prefiro ficar com uma mão em garra do que ficar cega. Porque com a mão em garra eu consigo fazer muita coisa se eu tiver a visão. Eu acho que o paciente tem o direito de dizer se quer ou não um tratamento que o coloca em risco.

Marly (diretora do GAMAH)

Sim, Marly tem razão. Diferentemente de um objeto que se leva ao conserto, a pessoa doente tem o direito de conhecer e opinar sobre os tratamentos que lhe são propostos.

IMPORTÂNCIA DA VISÃO EM UM CONTEXTO DE PERDA DE SENSIBILIDADE

O comprometimento neurológico na hanseníase atinge com mais frequência os membros superiores e inferiores, provocando deficiência motora e perda de sensibilidade. Esta última priva a pessoa de um eficiente mecanismo de defesa: a dor.

Primeiro apareceu uma mancha. Depois minha mão foi ficando dormente até o cotovelo. Fui tirar uma comida no forno queimeei o braço até o osso sem sentir. Quando dei por mim estava com uma bolha imensa e o braço não doía.

Leila

Com a perda da sensibilidade, a visão adquire uma importância maior, mas nem sempre os olhos são avaliados como rotina nos pacientes com hanseníase. Isso talvez se explique porque grande número de profissionais de saúde desconhece as ações do bacilo e dos quadros reacionais da doença sobre os olhos. E embora a hanseníase seja uma causa importante de cegueira, não há informações precisas sobre o número de pessoas cegas por causa da doença, o que poderia sensibilizar e alertar os profissionais sobre a necessidade do exame e da prevenção.

Uma pessoa cega, que não tem sensibilidade nas mãos, não pode reconhecer a face de uma pessoa amiga, tem dificuldade para mover-se entre os móveis de uma casa, e realizar tarefas como cozinhar é praticamente impossível. Ela depende de outras pessoas.

Preservar a visão das pessoas com hanseníase é uma prioridade, por isso é preciso:

- fazer a avaliação periódica da acuidade visual, inclusive após a cura dos pacientes;
- dar atenção aos efeitos colaterais de alguns medicamentos;
- acompanhar outras patologias que afetam a visão;
- orientar a pessoa e seus familiares sobre a proteção e o cuidado com os olhos.

Além das informações em saúde, os pacientes precisam conhecer a legislação que protege pessoas com deficiências. Quem tem problemas nos olhos, por exemplo, tem direito ao fornecimento de óculos (órtese), e muitos não estão devidamente informados.

Eu não tenho força nos braços nem nas pernas, ando com problemas na vista por causa do diabetes, quando ela alteia eu fico cega. Já pelejei pra trocar meus óculos, mas não tenho condições.

Maria da Conceição

O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE

O diagnóstico precoce das doenças demanda um olhar treinado para reparar, saber investigar e decodificar sinais. O diagnóstico clínico da hanseníase é feito essencialmente pelo olhar e pelo toque sensível/não sensível ao paciente.

Desde 1995 que eu comecei com isso. Perdi a voz todinha, cabelos, sobrancelha. Apareceram caroços e ninguém descobria. Eu não calçava sapato, saía pedaços de carne dos pés, de dentro da unha, era caroço e mais caroço na mão. Foi em dois mil e pouco que eu fui descobrir. Uma doutora **olhou pra mim e disse: isso é hanseníase.**

Maria das Graças

A hanseníase tem vasta manifestação clínica, em alguns casos os sintomas e os sinais iniciais são mais discretos, mas também devem ser valorizados.

Em 2006 eu comecei com uma dormência no cotovelo. Quando eu encostava os braços na mesa, o esquerdo eu não sentia. Quando batia dava um choque. E sentia aquela queimação. Eu trabalhava com uma médica. Falei com ela, ela não acreditava. Achava que era um trauma, um jeito que eu tinha dado, sempre ela minimizando para não chegar ao que eu estava imaginando. Passou um ano, e no mês de outubro de 2007 eu insisti, ela pediu uma baciloscopia e deu negativa. Aí ela me disse: eu não falei que você não tinha hanseníase? Como eu continuei desconfiada e com as queixas, ela me encaminhou para uma dermatologista. Ela fez o exame de sensibilidade. E tome furar, furar, furar o cotovelo e nada de eu sentir. Então ela me levou a uma pessoa bem experiente que **conseguiu ver a mancha**, bem clarinha, e confirmou o diagnóstico. Nessa época eu já sentia muitas dores nas articulações, tanta que eu não conseguia mais subir as escadarias.

Silvânia, ACS

Nas formas multibacilares, com comprometimento sistêmico, a evolução é mais lenta e silenciosa, e os sinais, menos patognomônicos. Nesses casos os pacientes geralmente visitam vários médicos clínicos antes do diagnóstico. Porém, em algumas situações, o diagnóstico não é feito mesmo com riqueza de sintomas e sinais clínicos.

Eu fazia educação popular em saúde com um grupo de mulheres da periferia de Cuiabá quando uma delas, D. Joana, **olhou a mancha em meu pé e disse: você tem a doença da mancha?** Vamos no meu médico amanhã? Se ela falou “meu médico”, ela deveria ter a doença, então pensei que seria uma oportunidade dela me contar porque eu já estava com elas há um ano e ninguém tinha me contado nada disso. Mas eu não achava que era hanseníase porque eu tinha aquela mancha há alguns anos, já tinha ido a vários médicos nesse período, e todos trataram como uma micose. É bem verdade que ela foi mudando, eu via a mancha crescendo, caindo os pelos, diminuindo a sensibilidade, mas três meses antes tinha feito um consulta e o médico não diagnosticou. Eu fui com ela e saí de lá com o diagnóstico confirmado.

Zilda (pedagoga e psicóloga)

O diagnóstico tardio, em situações como a descrita acima, indica a necessidade de maior investimento por parte do governo, das universidades e entidades científicas, etc. em processos de capacitação e atualização dos médicos. No Brasil, país onde a doença é endêmica, deve-se levantar a hipótese diagnóstica de hanseníase diante de toda mancha com alteração de sensibilidade e toda área insensível na pele.

É preciso insistir na capacitação continuada dos profissionais de saúde visando ao diagnóstico precoce em razão dos benefícios para a pessoa doente, sua família, para a sociedade e para a redução do custo com saúde e previdência social. Além disso, a existência de pessoas com seqüelas severas da doença e deformidades contribui para manter o medo, alimentar o preconceito e a discriminação. E todo esforço deve ser feito para a mudança dessa realidade.

ACOLHIMENTO, HUMANIZAÇÃO, INTEGRALIDADE

O acolhimento é uma relação entre sujeitos autônomos, portadores de direitos e baseia-se nos princípios da humanização, que, em poucas palavras, significa tratar o outro como ser humano, de igual para igual, mesmo que este outro seja um paciente, pobre, sem instrução, branco, negro, etc. O cuidado e a atenção que os profissionais demonstram estão presentes quando os pacientes descrevem o respeito, a forma de olhar, tocar, escutar, responder, perguntar, falar a verdade. Às vezes, palavras duras de ouvir pelo que representam, mas esclarecedoras de uma situação de desconforto crônico, são recebidas com gratidão.

Depois de muito tempo, eu fui à oftalmologista e ela disse, olha, você vai curar a doença, mas a seqüela não, você pode ter certeza que nunca mais você vai ser a mesma. Foi a única que me alertou, dra. Ana, ela não deixou por menos, e eu devo muito obrigado a ela, que aí caiu a ficha.

Maria das Graças

No hospital universitário sou bem tratado. O pessoal é humano. Tem carinho com todo mundo, te tratam com respeito. Mas outros da rede pública eu não achei bom. Não achei nada bom. Parece que eles ficam até com nojo. Se eles souberem que você tem hanseníase, eles ficam com nojo. Isso aconteceu comigo num hospital. Lá eu também não me senti bem.

Francisco Souza

Nos serviços de saúde, a perspectiva da integralidade se materializa em práticas que valorizam o sujeito como ser integral. Quem adoece é um “ser real”, que faz sua história, e mesmo fragilizado pela doença continua sendo responsável pela condução de sua vida.

Na atenção integral valoriza-se o cuidado, não apenas a cura. E esse modo de cuidar baseia-se no compromisso e na responsabilidade, o que não acontece por acaso, por isso encontramos situações bem distintas no âmbito dos serviços de saúde.

A insensibilidade não é só da mancha. Muito profissionais ainda são insensíveis ao problema da hanseníase.

Wilson, fisioterapeuta

Nossa comunidade é privilegiada porque a equipe de saúde da família tem interesse no trabalho e temos os fisioterapeutas apoiando a implantação do programa. Aqui, quando a auxiliar de enfermagem está colhendo um exame, ela observa o paciente; quando eu estou fazendo uma coleta de citologia, aproveito para olhar o corpo da paciente e ver se tem alguma mancha; o médico nas consultas observa. Toda mancha, a gente examina. O olhar da nossa equipe realmente está voltado para a hanseníase.

Carla (enfermeira do PSF)

AUTOCUIDADO: RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

Cotidianamente as pessoas se cuidam. O autocuidado com vistas ao diagnóstico precoce e à prevenção de incapacidades causadas pela hanseníase tem início quando a pessoa procura um serviço de saúde motivada por uma suspeita ou um sintoma desconhecido. Continua quando a equipe assume o compromisso de cuidá-la, e a pessoa doente, ou com seqüelas, a responsabilidade de cuidar-se, examinando seu corpo, em particular olhos, pés e mãos, cotidianamente e seguindo as recomendações para evitar situações de risco. A partir desse “contrato” de responsabilidade compartilhada, os profissionais de saúde têm algumas tarefas, e o paciente, outras. Cada um deve fazer a sua parte.

Dentre as responsabilidades dos profissionais de saúde, cabe aos gestores, em particular, no processo de organização da rede de saúde, buscar oferecer a atenção integral, e nesse contexto planejar e garantir o acesso a oftalmologistas capacitados para o cuidado de pessoas atingidas pela hanseníase, assim como o acesso às orienta-



**HANSENÍASE:
CONHECER, UM
DIREITO DE TODOS**

Todas as pessoas precisam estar informadas sobre a hanseníase, porque qualquer um pode tê-la. Se não a gente, mas uma pessoa próxima, e precisamos estar preparados porque a prevenção de incapacidades deve ser feita desde o início da doença. É preciso que todos saibam como se pega, onde se trata, que a maioria das pessoas que têm contato com o bacilo não vão desenvolver a doença. Também é preciso esclarecer que quando se fala que a doença se pega em contato prolongado e íntimo não significa dizer que se está dormindo junto, casado ou vivendo numa casa fechada. Isso é importante porque pode gerar conflitos quando uma pessoa casada adoece e a outra não tem a doença. Principalmente se quem adoece é a mulher.



**Linda
(terapeuta
ocupacional)**

ções sobre os direitos dos pacientes, no âmbito da seguridade social.

É bom lembrar que nem todos os pacientes seguem à risca as recomendações das equipes de saúde, e isso não pode ser motivo para recriminações, pois alguns deles, por razões relacionadas à doença ou a outros problemas pessoais, reagem de modo ambivalente, negando a doença. Eles faltam às consultas, “esquecem” de realizar as práticas de autocuidado, tais como exame diário dos olhos, uso de colírio, óculos e protetores oculares noturnos, falham na tomada dos remédios, etc. Alguns mantêm hábitos que podem prejudicar o tratamento e a própria saúde. Nessas situações cabe à equipe tentar trazê-lo de volta ao caminho da cura, quando possível, e da preservação da saúde e do autocuidado, tantas vezes quanto for preciso, pois nem sempre essas pessoas estão conscientes do boicote e do prejuízo que suas atitudes representam.

A promoção e o repasse das informações necessárias às diversas práticas de autocuidado são funções das equipes de saúde em relação ao paciente, à sua família e à comunidade, tarefas estas que a atenção básica, pela proximidade com os doentes, está em melhor posição para assumir.

SABER VER, PODER VER PARA SE CUIDAR

A prevenção de alterações oculares tem uma finalidade dupla: a primeira, preservar a integridade física e funcional do aparelho visual, e a segunda, preservar a capacidade de a pessoa cuidar de si, de fazer o auto-exame dos olhos, da sua pele, de tomar seus medicamentos, fazer curativos, locomover-se sem ajuda de terceiros, etc.

A paciente chegou ao ambulatório toda feliz, me mostrando como o pé tinha melhorado. Ela mesma fazia seus curativos e achava que o pé estava ótimo, mas ao contrário, ele estava em péssimas condições. Eu achei estranha sua percepção e a levei no setor de oftalmologia para avaliar a acuidade visual. O resultado foi que ela estava com apenas 10% da visão, e dessa forma não podia avaliar corretamente suas condições.

Carmem (enfermeira)

Na promoção do autocuidado visual, a pessoa precisa ser examinada como um todo, sendo responsabilidade da equipe identificar necessidades não expressas, mas fundamentais à saúde do paciente, para orientá-lo melhor.

PREVENÇÃO DA CEGUEIRA NA HANSENÍASE



Há mais ou menos quatro anos iniciamos um trabalho de prevenção contra as alterações oculares na hanseníase. Criamos um ambulatório específico para atendimento a esses pacientes, objetivando diminuir sua dor física e psicológica, fornecendo uma qualidade melhor de visão.

Os pacientes portadores de hanseníase que são encaminhados ao nosso departamento são submetidos a exame oftalmológico completo, desde uma simples ectoscopia à prescrição de óculos. Realizamos a anamnese, a biomicroscopia, a tonometria, a fundoscopia, os testes de sensibilidade ocular, a refração, o tratamento clínico, e aqueles que necessitam de cirurgia ocular são conduzidos a esse procedimento. Eles também são orientados a retornar periodicamente.

Nosso objetivo é atender todos os pacientes portadores dessa doença, apresentando ou não queixas oculares. Esse trabalho é muito gratificante, pois tentamos evitar seqüelas oftalmológicas e melhoramos a qualidade de vida de um grupo de pessoas penalizadas com uma doença que traz conseqüências generalizadas.

Ana Cristina (médica oftalmologista)





A cegueira é um dos graves problemas de saúde pública, e no Brasil estima-se que há 1 milhão e 200 mil pessoas cegas e cerca de 4 milhões de deficientes visuais. Estudos revelam que a prevalência da cegueira é três vezes maior na população mais pobre. A maioria dos casos de cegueira é evitável, e a perda da visão traz graves prejuízos às atividades intelectuais, sociais, escolares e profissionais.

A cegueira é altamente incapacitante. Ela restringe a qualidade de vida dos indivíduos, interferindo na vida intelectual e ocupacional e nas atividades econômicas e sociais do indivíduo. Assim, a cegueira traz muito sofrimento para o indivíduo, com repercussões psicológicas.

A perda da visão apresenta um custo socioeconômico muito alto, considerando-se a necessidade de cuidados com esse indivíduo, reabilitação e educação especial. Some-se a isso seu direito de inserção no mercado de trabalho, a melhoria da sua auto-estima e o seu direito de acesso e acessibilidade aos espaços públicos e privados. A visão é tão necessária ao homem que o professor Hilton Rocha declarou que era preciso incluir o direito de ver entre os direitos básicos do homem.

A importância epidemiológica das doenças oftalmológicas no Brasil e o quadro de morbidade do país, composto por elevada prevalência de patologias que levam a essas doenças, vêm preocupando as autoridades e os profissionais que lidam com o problema, razão que, aliada a outras necessidades, determinou a instituição pelo Ministério da Saúde da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, uma conquista de fundamental importância para um “impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade...”, reconhecendo o direito de inclusão no direito social à saúde integral.

A prevenção da cegueira em hanseníase é um dos componentes do Programa Nacional de Controle da Hanseníase e precisa estar inteiramente integrada ao serviço de saúde. As atividades de promoção da saúde ocular, prevenção e tratamento das incapacidades oculares devem ser realizadas em todos os serviços de saúde, sobretudo nos serviços que objetivam o controle da hanseníase. Não basta prevenir e recuperar, é necessário reabilitar, educando o paciente, profissionalizando-o e inserindo-o no mercado de trabalho, quando necessário.

A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia prevê a necessidade de

promover o atendimento integral em oftalmologia aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a necessidade de estabelecer uma nova conformação para as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia, criando uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, conceituando ações na atenção básica, nas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e nos Centros de Referência em Oftalmologia, ao lado de todos os outros componentes já referenciados. (BRASIL, 2008)

A implantação dessa nova política vem reforçar, ampliar e qualificar ações que já vinham sendo desenvolvidas não apenas nas unidades básicas de saúde em geral e naquelas em que já estão implantadas as equipes de Saúde da Família, mas na média e alta complexidade.

As unidades básicas de saúde em geral e aquelas em que já estão implantadas as equipes de Saúde da Família e os agentes comunitários de saúde precisam ter profissionais que possam identificar clinicamente alterações oculares nos pacientes portadores de hanseníase que necessitem de atendimento especializado e/ou cirurgias e encaminhá-los aos serviços de oftalmologia nos níveis secundário e terciário, que devem estar preparados para receber, orientar e tratar esses pacientes.

O que é a visão

Visão é a capacidade dinâmica pela qual o olho percebe o universo que o cerca. Essa capacidade depende de uma ação coordenada entre o nosso sistema visual e o cérebro.

A visão é um dos sentidos mais importantes do homem e um dos sentidos atingidos pela hanseníase, limitando o contato do homem com o mundo exterior.

Para preservar a visão é preciso que alguns cuidados sejam tomados evitando que o desempenho dos olhos seja comprometido.

Fatores que contribuem para uma boa visão

- condições de vida;
- higiene pessoal e ambiental;
- dieta alimentar adequada;
- imunização;
- prevenção de problemas oculares.

Condições de vida: a melhoria das condições de vida da população resulta em melhoria das condições de saúde e conseqüentemente da saúde ocular.

Higiene pessoal e ambiental: as medidas de higiene e os cuidados com o corpo previnem a propagação de doenças, entre elas as oculares.

Dieta alimentar adequada: as crianças, os adolescentes e os adultos precisam ser estimulados a comer verduras, legumes e frutas. O aleitamento materno também deve ser estimulado, pois protege o bebê de cegueira noturna, já que é rico em vitamina A.

Imunização: é preciso que as crianças estejam vacinadas contra o sarampo, que pode causar cegueira. É necessário também que as crianças e as mulheres adultas sejam vacinadas contra a rubéola. A mulher adulta deve ser vacinada contra a rubéola a fim de evitar o aparecimento dessa doença durante a gestação, já que esta, se adquirida nos três primeiros meses, pode causar cegueira ou catarata congênita no recém-nascido. O pré-natal pode prevenir as conjuntivites do recém-nascido, adquiridas no canal de parto. As gestantes de alto risco devem fazer exame ocular de rotina para detectar possíveis alterações.

Prevenção de problemas oculares: para se manter uma boa capacidade visual é necessário que se faça:

- o reconhecimento precoce dos sinais e dos sintomas dos problemas oculares e visuais;
- a verificação periódica da acuidade visual;
- a prática dos cuidados de prevenção de infecções;
- a prática de prevenção de doenças oculares.



Fique de olho

O exame e o acompanhamento oftalmológico dos idosos é um procedimento muito importante para evitar problemas visuais que podem afetar sua qualidade de vida e prejudicar sua participação na vida familiar e comunitária.

Atenção primária ocular

As ações básicas simples de atenção ocular em nível comunitário, juntamente com educação para promoção e proteção ocular feitas por agentes de saúde treinados são conhecidas como atenção primária ocular, que podem ser divididas, do ponto de vista do gerenciamento, em três categorias de ação:

- reconhecimento e tratamento das alterações oculares simples, mais comuns, tais como conjuntivites;
- reconhecimento, tratamento inicial e referência de algumas condições oculares, como lagofalmo e úlcera de córnea;
- reconhecimento e referência de casos mais complexos, tais como catarata, olho vermelho com dor e perda súbita de visão.

O exame ocular simplificado deve ser realizado em todos os pacientes com hanseníase no momento do diagnóstico, na ocasião da alta e sempre que apresentar algum sinal ou sintoma ocular.

Os pacientes com alterações oculares devem ser mantidos sob observação periódica, mesmo após terem recebido alta. Sempre que for detectada alguma complicação oftalmológica o paciente deve ser encaminhado para atendimento especializado para tratamento.



Fique de olho

As crianças e os adolescentes atingidos pela hanseníase devem ter um acompanhamento especial na escola. A professora deve estar atenta às dificuldades visuais apresentadas pela criança e contar com o apoio da unidade de saúde para dar atenção às suas alterações oculares.

Na instituição da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, o Ministério define como seus principais componentes: atenção básica; atenção especializada; organização das redes de atenção em oftalmologia, subordinadas a um Plano Diretor de Regionalização (PDR); plano de prevenção e tratamento; regulamentação suplementar e complementar; regulação, fiscalização, controle e avaliação; sistema de informação; protocolos de condutas; capacitação e educação permanente; acesso à assistência farmacêutica; acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS.

A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia define como da responsabilidade da atenção básica realizar:

- ações de caráter individual ou coletivo voltadas à promoção da saúde e à prevenção de danos e recuperação;
- ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas que possam ser realizadas neste nível.

Acrescenta que essas ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde.

Define como responsabilidade da Atenção Especializada em Oftalmologia:

- realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada;
- promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços de qualidade, visando ao impacto na morbidade e na qualidade de vida do usuário, com garantia de equidade.

Um **sistema de referência** deve conter os três níveis de atenção ocular. O esquema de **atenção primária ocular** requer suporte contínuo de serviços de saúde de maior complexidade (níveis secundário e terciário) a fim de promover cuidado adequado, em tempo hábil, dos casos referenciados.

O **nível secundário de atenção ocular** é geralmente encontrado em serviços de oftalmologia de unidades de saúde ou em hospitais regionais.

O **nível de maior complexidade** do sistema geralmente é representado pelas universidades ou hospitais de oftalmologia, capazes de executar procedimentos de alta complexidade.

Atividades de prevenção da cegueira e reabilitação

O oftalmologista é quem deve realizar as atividades clínicas e cirúrgicas. Na rede básica de saúde, os profissionais de saúde são treinados para realizar as seguintes atividades simplificadas:

- Auto-exame: o paciente deve ser orientado a realizar uma inspeção dos olhos no espelho todos os dias, a fim de detectar algum corpo estranho ou outra alteração ocular, já que não tem a sensibilidade protetora da córnea. Deve, também, realizar a auto-avaliação da acuidade visual.
- Higiene ocular: orientar o paciente quanto à limpeza dos olhos para prevenir possíveis infecções.
- Exercícios: orientar os exercícios que têm como finalidade fortalecer os músculos palpebrais e estimular o piscamento regular para manter a córnea limpa e úmida.
- Óculos protetores: orientar para o uso de óculos escuros durante o dia, que protegem os olhos contra poeira e outras substâncias e excesso de luminosidade, assim como mantêm a umidade da córnea, minimizando seu ressecamento com o vento; e proteção para os olhos, à noite, quando estiver dormindo. Óculos escuros e/ou chapéus de abas largas (uso diurno) e proteção noturna com oclusores feitos de pano forrado com espuma. Orientar sobre essas medidas nos casos de lagofalmo e ectrópio que ainda não têm indicação cirúrgica ou que estejam esperando a realização da cirurgia.
- Atividades de educação em saúde para o uso correto de medicações, realização de atividades de prevenção e promoção da saúde ocular.

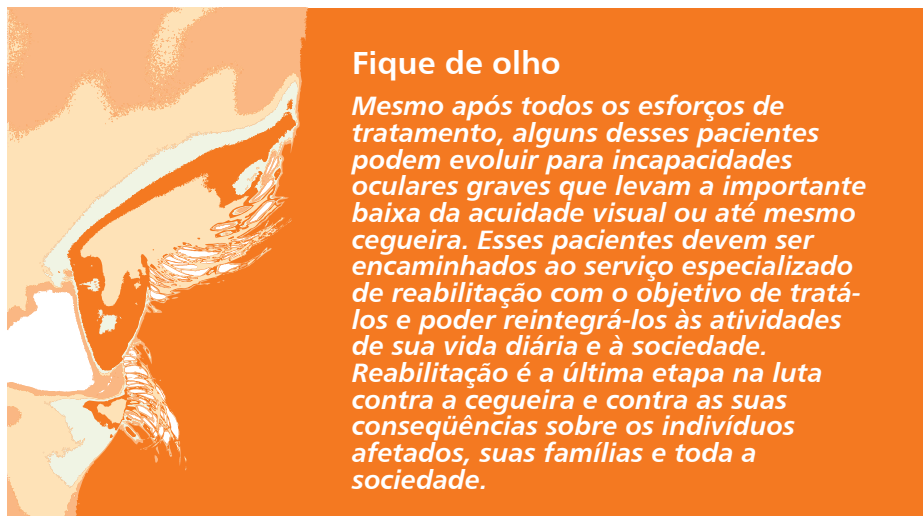


ELA SÓ FEZ OLHAR E DISSE...

Eu descobri no trabalho. Começaram a sair umas manchas pelo corpo todo, aí eu fui numa médica particular. Quando cheguei lá, ela só fez olhar e disse, já sei o que é, mas só se trata em posto de saúde e me encaminhou pra esse posto aqui, mas não me disse o nome da doença não. Eu comecei o tratamento, aí veio o tremor, que eu não seguro nem um lápis mais. As mãos ficaram dormentes. Incharam as mãos e as pernas. Tomei um remédio que melhorou, mas é uma doença que maltrata o corpo um bocadinho. As juntas dos dedos ficam todas dormentes, as mãos... Ela penetra nos nervos e até no olho. Eu sei que tem cura, mas depende primeiramente de tomar o medicamento certo, na hora, não passar dias sem tomar, não beber, não fumar. Com um ano mais ou menos eu tô bom. Depois eu tenho que ver se tô bom mesmo ou se pode voltar.



Manoel Claudino



Prevenir a cegueira e reabilitar o paciente com alterações oculares deve ser um compromisso de todos os profissionais que trabalham com doenças que provocam alterações oculares. É assim também um compromisso do Programa Nacional do Controle da Hanseníase, que neste manual convoca os profissionais para o estudo dessas alterações e a prática dos cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação ou reabilitação) em todos os níveis de atenção.

Assim, nada mais importante do que iniciar esse estudo conhecendo a anatomia e a fisiologia do V e VII nervos, para depois entrar no conhecimento da fisiopatologia, da propedêutica, dos estados reacionais e do tratamento clínico e cirúrgico das principais reações.

paradoras autocuidado escuta adesão acesso pleno humanização direitos assistência visão global
ssibilidade mobilização social acolhimento enfrentamento ver prevenção de incapacidades dev
gnóstico precoce apoio inclusão orientação tratamento regular contato perceber acompanhamento
ntrole independência cirurgias reparadoras autocuidado escuta adesão acesso pleno humaniza
ndimento multiprofissional acessibilidade mobilização social acolhimento enfrentamento ver p
npromisso olhar adaptação diagnóstico precoce apoio inclusão orientação tratamento regular conta
ervisionadas cura equidade controle independência cirurgias reparadoras autocuidado escuta adesã
istência visão global atendimento multiprofissional acessibilidade mobilização social acolhiment
apacidades deveres compromisso olhar adaptação diagnóstico precoce apoio inclusão orientação
ompanhamento doses supervisionadas cura equidade controle independência cirurgias reparadora
no humanização direitos assistência visão global atendimento multiprofissional acessibilida
enfrentamento ver prevenção de incapacidades deveres compromisso olhar adaptação diagnósti
tamento regular contato perceber acompanhamento doses supervisionadas cura equidade controle

ANATOMIA E FISIOLOGIA DOS V E VII NERVOS CRANIANOS

“

Eu sentia muita dor no corpo. Tinha muitas manchas e sentia vergonha delas. Uma vez eu queria ir ao *shop-ping* com a minha amiga e sua patroa. Mas a patroa dela disse que não me levaria com ela por causa das manchas. Fiquei muito triste. Estou terminando meu tratamento, mas estou com problemas nas vistas. Também estou com as pernas um pouco inchadas. Eu faço o meu tratamento direitinho e a enfermeira me atende muito bem. A dra. vai me dizer se vou ter alta hoje, mas sei que vou ter de voltar depois da alta, por causa desse meu problema nos olhos. A dra. me disse que preciso ter cuidado com os meus olhos, fazer tudo o que ela está me ensinando, para que eu não tenha problemas mais sérios.

”

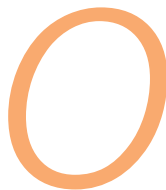
Marlene (paciente com problemas oculares)

ervisionadas cura equidade controle independência cirurgias reparadoras autocuidado escuta adesã
istência visão global atendimento multiprofissional acessibilidade mobilização social acolhiment
apacidades deveres compromisso olhar adaptação diagnóstico precoce apoio inclusão orientação
ompanhamento doses supervisionadas cura equidade controle independência cirurgias reparadora
no humanização direitos assistência visão global atendimento multiprofissional acessibilida
enfrentamento ver prevenção de incapacidades deveres compromisso olhar adaptação diagnósti
tamento regular contato perceber acompanhamento doses supervisionadas cura equidade controle
ocuidado escuta adesão acesso pleno humanização direitos assistência visão global atendime
bilização social acolhimento enfrentamento ver prevenção de incapacidades deveres compromisso
io inclusão orientação tratamento regular contato perceber acompanhamento doses supervisionadas
urgias reparadoras autocuidado escuta adesão acesso pleno humanização direitos assistência visão
ssibilidade mobilização social acolhimento enfrentamento ver prevenção de incapacidades dev
gnóstico precoce apoio inclusão orientação tratamento regular contato perceber acompanhamento
ntrole independência cirurgias reparadoras autocuidado escuta adesão acesso pleno humaniza





V nervo craniano ou trigêmeo



origina-se, superficialmente, no centro da superfície lateral da ponte. Dirige-se para a frente, fazendo uma pequena inclinação para cima ao nível da fossa craniana posterior em direção à parte petrosa do osso temporal.

O nervo trigêmeo possui duas raízes: uma motora e outra sensitiva, sendo esta mais larga que a primeira. As duas raízes seguem juntas até o cavo trigeminal, na parte petrosa do osso temporal, onde está localizado o gânglio trigeminal (semilunar ou gânglio de Gasser), o qual pertence à raiz sensitiva. A partir deste gânglio a raiz sensitiva se divide em três ramos, com cada um deles caminhando em direção ao local de ação específico (fig.1)

- primeiro ramo ou oftálmico;
- segundo ramo ou maxilar;
- terceiro ramo ou mandibular, que se dirige à mandíbula em conjunto com a raiz motora do nervo trigêmeo.

O **nervo oftálmico** é o menor dos ramos, segue junto à parede lateral do seio cavernoso, abaixo do terceiro e do quarto nervos cranianos, e lateralmente ao sexto e à artéria carótida interna. Logo atrás da fissura orbital superior ele se divide em três ramos: lacrimal, frontal e nasociliar – os quais ultrapassam a fissura para entrar na órbita.

O nervo lacrimal atravessa a fissura orbital superior sobre o anel de Zinn, dirigindo-se anteriormente para a margem superior do músculo reto lateral para alcançar a glândula lacrimal. Após emitir ramos para a glândula, inerva a conjuntiva e a pele da parte lateral da pálpebra superior.

O nervo frontal atravessa a fissura e também segue acima do anel de Zinn, entre o nervo troclear e o lacrimal. Dirige-se para a frente sobre o músculo levantador da pálpebra, dividindo-se em supratroclear e supraorbital.

O nervo supratroclear segue anteriormente passando acima da tróclea e emite ramos para inervar a pele da testa, da pálpebra superior e da conjuntiva.

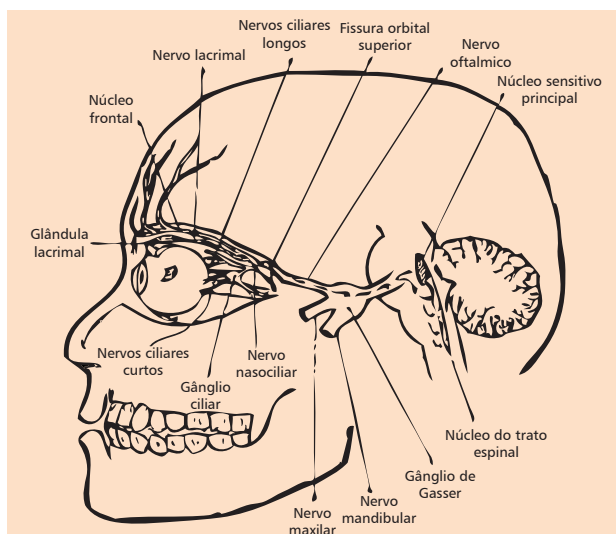


Figura 1 – Nervo trigêmeo (Vpar) Nervo oftálmico



**MUITOS NÃO
CONHECEM A
HANSENÍASE E AS
REAÇÕES ANTES E
DEPOIS DA CURA**

Quando eu acompanhava pacientes na perícia eu percebia que nem todos os médicos conheciam a doença e as seqüelas. Quantos deles, mais conscientes não me diziam: a maioria dos meus colegas tem informação da televisão: hanseníase tem cura. Vocês têm que batalhar por um treinamento específico sobre hanseníase, porque ninguém sabe o que é a doença. Na faculdade ninguém tenta saber, porque ninguém vai trabalhar nem ganhar dinheiro com isso. E eu pergunto, por que eles vão aprender se só se trata hanseníase no serviço público? Por isso é preciso sensibilizar todas as pessoas e melhorar o atendimento, desde o guarda. Porque muitas vezes o guardinha lá na porta não está sensibilizado e não informa direito. E os cursos de sensibilização que eu participei... eu não sei até que ponto aquilo sensibiliza.



Marly
(diretora do Gamah)

O nervo supraorbital caminha sobre o músculo levantador da pálpebra superior, deixando a órbita pelo forâmen supraorbital. Ocasionalmente, antes mesmo de deixar a órbita, o nervo se divide em ramo medial e lateral, emitindo vários outros ramos que irão inervar a testa, o couro cabeludo até o vértice, a pálpebra superior e a conjuntiva.

O nervo nasociliar se origina na parte ínfero-medial do nervo oftálmico, passa através da fissura orbital superior por dentro do anel de Zinn, entre as duas divisões do terceiro nervo, perto da raiz simpática do gânglio ciliar. Próximo ao forâmen etmoidal superior, ele emite os ramos:

1. ramo longo ou sensitivo do gânglio ciliar;
2. nervos ciliares longos, em número de dois, correm junto aos ciliares curtos, perfurando a esclera e passando entre esta e a coróide para inervar os músculos ciliares, a íris, o músculo dilatador da pupila e a córnea;
3. nervo etmoidal posterior: passa entre os músculos oblíquo superior e reto medial, entra no forâmen etmoidal onde inerva o seio esfenoidal e as células etmoidais posteriores;
4. nervo infratroclear: segue anteriormente junto à margem inferior do músculo oblíquo superior e abaixo da tróclea, onde se comunica com o nervo supratroclear para emergir na face. Emite vários ramos que inervam a pele e conjuntiva da porção medial do ângulo interno dos olhos, do saco lacrimal e dos canalículos, da carúncula e da raiz do nariz;
5. nervo etmoidal anterior: passa entre os músculos oblíquo superior e o reto medial, deixando a órbita pelo canal etmoidal anterior. Inerva as células etmoidais anteriores e médias, o infundíbulo do seio frontal e a pele sobre a cartilagem nasal até a ponta do nariz.

VII nervo craniano ou facial

O sétimo nervo craniano ou nervo facial emerge do cérebro, na margem inferior da ponte entre a oliva e o pedúnculo cerebelar inferior. Ele segue lateral e anteriormente na fossa cerebral posterior em direção ao meato acústico interno. Nesta parte do trajeto, o nervo facial repousa sobre um sulco juntamente com o oitavo nervo e o nervo intermédio, penetra no meato e, acompanhado do nervo intermédio, entra no canal do facial. Segue dentro deste canal e curva-se um pouco para trás, formando o gânglio geniculado. É neste ponto que ocorre a fusão do nervo intermédio ao facial. Daí continua seu percurso até curvar-se novamente, desta vez para baixo. Deixa o crânio através do forâmen estilomastóideo e, logo após emitir dois ramos, divide-se em ramo porozigomático e ramo cervicofacial, os quais seguem em direção à parótida onde novamente se subdividem em vários ramos.

No seu percurso, o nervo facial emite vários ramos, sendo importante lembrar, no entanto, que toda porção extracraniana contém somente fibras do nervo facial (fig. 2). Os ramos são:

Dentro do osso temporal

- nervo petroso superficial, com fibras somente do nervo intermédio;
- ramos timpânicos, com fibras tanto do nervo intermédio (secreto-motor) quanto do facial (sensitivo);
- Nervo do estapédio;
- Corda do tímpano, com fibras apenas do nervo intermédio.

Logo após deixar o crânio pelo forâmen estilomastóideo

- nervo auricular posterior;
- nervo digástrico;
- nervo estilóideo.

Na face

- nervo temporal;
- nervo zigomático;
- nervo bucal;
- nervo mandibular;
- nervo cervical.

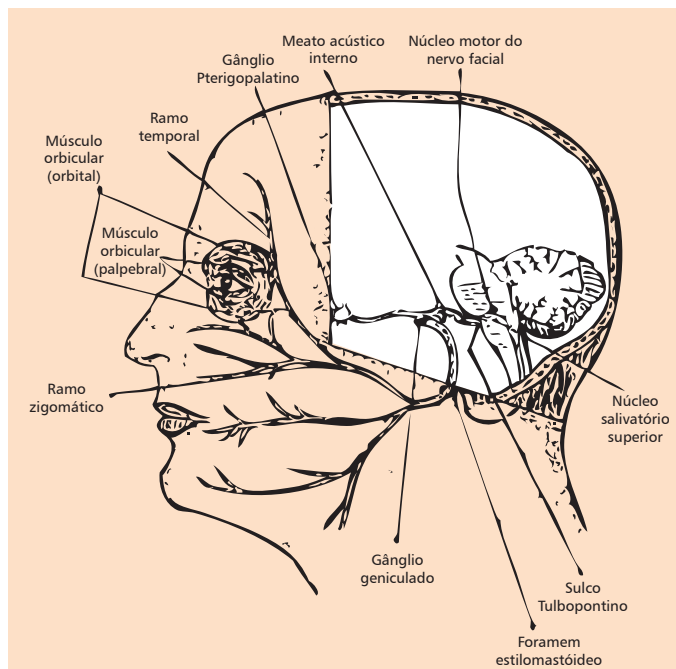


Figura 2 – Nervo facial (VII par)

O nervo petroso superficial origina-se do gânglio geniculado e une-se ao petroso profundo para formar o nervo do canal pterigóideo. Emite fibras gustativas para o palato mole e fibras secretoras para as glândulas palatinas, nasais e lacrimais. O ramo zigomático divide-se nos grupos superiores e inferiores. Os superiores inervam os músculos da pálpebra superior – orbicular dos olhos, corrugador do supercílio e prócero. Os inferiores, por sua vez, inervam os músculos da pálpebra inferior e as fibras superiores dos elevadores do lábio superior.

FISIOPATOLOGIA



ários mecanismos são reconhecidos como responsáveis pelo envolvimento ocular na hanseníase. As lesões podem ser causadas tanto pela invasão bacilar nos tecidos quanto pelas reações de origem imunológica:

- Lesão do V nervo craniano (trigêmeo): particularmente do ramo oftálmico, produz diminuição ou perda da sensibilidade corneana. No caso de anestesia mais intensa, pode ocorrer a diminuição ou perda do reflexo de piscar, levando ao ressecamento da córnea e, dessa forma, propiciando o aparecimento de erosões e/ou úlceras de córnea que, se não tratadas, podem levar até à cegueira.
- Lesão do VII nervo craniano facial: principalmente, se dos ramos temporal e zigomático, produzem paralisia seletiva do músculo orbicular levando à instalação de lagofthalmo de forma aguda ou crônica. Isso resulta em impossibilidade de fechamento completo das pálpebras com conseqüente ressecamento da córnea e da conjuntiva por exposição, aumentando a susceptibilidade às infecções secundárias.
- Lesão das estruturas oculares secundárias às reações imunológicas durante a evolução da doença, geralmente em vigência de estados reacionais, pode causar:
 - iridociclites;
 - esclerites;
 - ceratites;
 - neurite óptica.
- Lesão direta por invasão bacilar: algumas hipóteses tentam identificar a via de penetração do *Mycobacterium leprae* no olho:
 - via direta – gotículas ou aerossóis eliminados por doentes bacilíferos entrariam em contato diretamente com a mucosa conjuntival e penetrariam no olho;
 - via neural – o bacilo se disseminaria pelos nervos e atingiria o olho, provocando a doença;
 - via nasal – o bacilo chegaria ao olho vindo através do canal nasolacrimal, a partir do nariz, numa progressão contrária ao fluxo normal das lágrimas;
 - via endógena – o bacilo atingiria precocemente o olho por via sangüínea, instalando-se no corpo ciliar, donde se multiplicaria e invadiria a íris, a córnea, a conjuntiva, etc.;
 - via exógena – proveniente da infiltração periocular, o *Mycobacterium leprae* chegaria ao olho pelos canais perivasculars e linfáticos e pelo tecido subcutâneo.

A cegueira na hanseníase é uma condição multicausal e pode ser determinada principalmente pelos seguintes fatores:

- iridociclite insidiosa crônica decorrente do comprometimento do corpo ciliar pelo *Mycobacterium leprae*, que levaria à falência progressiva do olho, resultando no aparecimento de catarata e até de atrofia bulbar;
- casos negligenciados de lagofthalmo decorrentes do envolvimento do VII par craniano, podendo ou não o lagofthalmo vir associado à anestesia da córnea, pelo envolvimento do ramo oftálmico do V par craniano. Essa combinação lagofthalmo/anestesia corneana causaria uma ceratite neurotrófica e de exposição, aumentando o risco de infecções secundárias que podem evoluir, sem tratamento adequado, para graves complicações;
- ceratite, levando à opacidade corneana, capaz de causar grave diminuição na visão;
- catarata e glaucoma.

PROPEDÊUTICA E ALTERAÇÕES OCULARES



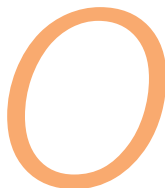
UM BOM EXAME É A CHAVE DO AUTOCUIDADO E DA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

A avaliação de incapacidade começa com o exame neurológico (para verificar se o paciente tem sensibilidade preservada) e o exame da acuidade visual. Eu ensino a auto-inspeção, recomendo que ele se olhe no espelho diariamente, observe as pálpebras, verifique se tem cílios invertidos, se tem algum fiapo de algodão, de toalha, ou qualquer corpo estranho que possa machucar seu olho. Se o paciente toma drogas que interferem na qualidade da lágrima e pode sentir o olho meio seco, ou tem perda de sensibilidade pela doença, ele precisa ficar mais atento, usar um colírio, fazer o exercício de piscar... As orientações dependem do exame, por isso eu digo que o exame é a chave do autocuidado, e uma preocupação minha é que a avaliação de incapacidade cai quase pela metade no momento da alta, quando se compara ao que foi feito no momento do diagnóstico.

Geisa (fisioterapeuta)



Roteiro de exame oftálmico



s pacientes com hanseníase que comparecerem a um serviço de oftalmologia devem ser submetidos à seguinte rotina de exames:

- anamnese;
- medida da acuidade visual – com e sem correção óptica;
- refração, quando indicado;
- exame ocular: ectoscopia e biomicroscopia:
 - exame dos anexos oculares: supercílios, cílios, pálpebras, conjuntivas tarsais (com eversão das pálpebras) e bulbar e sistema lacrimal;
 - exame do bulbo ocular: esclera e episclera, córnea, câmara anterior, pupila (tamanho, forma, cor e reflexos), íris, cristalino e vítreo.
- testes da função palpebral – testes de força muscular I, II e III;
- avaliação do filme lacrimal (teste de Schirmer, menisco, teste do rosa bengala, teste da fluoresceína, teste de ruptura do filme lacrimal – *break up time* – BUT);
- exame da via lacrimal excretora – teste de Zappia-Milder ou teste do desaparecimento do corante, quando indicado;
- testes da sensibilidade corneana;
- medida da pressão intra-ocular;
- exame da retina e coróide – oftalmoscopia.

Anamnese

As lesões oculares podem estar presentes em portadores de qualquer forma de hanseníase, exceto em pacientes no estágio inicial da doença (forma indeterminada). Por isso, é indispensável fazer, rotineiramente, a avaliação das condições oculares de todo paciente portador de hanseníase por meio de anamnese dirigida para detectar os sintomas subjetivos de lesão do bulbo ocular e/ou de anexos.

Perguntar aos pacientes se em algum momento apresentaram olho vermelho, ardor, lacrimajamento, sensação de corpo estranho, prurido, secreção, dor, sensação de olho seco, fotofobia e baixa de acuidade visual.

Na anamnese é importante:

1. identificar: a data em que foi feito o diagnóstico, o tipo e a regularidade do tratamento, ocorrência ou não de episódios reacionais concomitantes com as alterações oculares;
2. investigar o uso de corticosteróides, a dosagem e o tempo de uso. Nos pacientes que já receberam alta, é importante anotar a data da alta e se os episódios reacionais persistem.

Medida da acuidade visual

A acuidade visual é um dos parâmetros usados para determinar o grau de incapacidade do paciente de hanseníase.

Medir, na consulta, a acuidade visual de cada olho, em separado, sem e com a correção óptica.

Caso o paciente apresente acuidade visual 0,1 ou menor em qualquer olho, classifica-se a incapacidade ocular como grau II.

Em se tratando de hanseníase, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) consideram cegueira quando a acuidade visual for menor que 0,1 ou quando a pessoa não puder contar os dedos da mão do examinador a uma distância de 6 m. Essa preconização é decorrente da maior dificuldade que tem o paciente com baixa acuidade visual para realizar atividades mínimas na sua vida diária, quando associada à presença de insensibilidade nas mãos e nos pés (vide classificação do grau de incapacidade no *Manual de prevenção de incapacidade* que está sendo disponibilizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase).

Exame dos anexos oculares

O exame deve ser feito em ambiente com boa iluminação. Com a utilização de luz natural e/ou o auxílio de uma lanterna, examinar os supercílios, as pálpebras e os cílios para verificar se há a presença de nódulos, infiltrações, placas eritematosas, perda de pêlos, alterações no posicionamento das pálpebras e dos cílios. Palpar a região do supercílio e as pálpebras para detectar nódulos profundos.

Supercílios e cílios

O envolvimento da pele da face é muito comum na hanseníase, principalmente nos pacientes portadores da forma multibacilar. Eles podem apresentar espessamento e/ou queda de pêlos (madarose) na porção lateral dos supercílios. Na madarose, a lesão do bulbo piloso ocorre por invasão direta pelo *Mycobacterium leprae*, sendo em geral uma manifestação tardia que aparece dez anos após o início da doença.

A madarose inicia-se no terço lateral (madarose parcial), e em estágios mais avançados pode comprometer todo o supercílio (madarose total). No supercílio também pode ser observada a presença de infiltrações, nódulos hansênicos e manchas. A madarose superciliar é uma manifestação muito estigmatizante, principalmente em pacientes do sexo masculino, por levar a uma aparência feminina.

Também nos cílios pode ocorrer madarose, ciliar parcial ou total (foto 1).



Foto 1 – Madarose total (superciliar e ciliar)

Pálpebras

Os processos inflamatórios ou infiltrações bacilares no nervo facial podem causar alterações na função motora, produzindo desde fraqueza muscular (paresias) até perda total da função (paralisia) da musculatura da hemiface do lado comprometido.

A pálpebra inferior pode ser a primeira a sofrer alterações, especialmente nas fibras mais marginais do músculo orbicular. Do envolvimento do orbicular resulta o lagofthalmo e/ou o ectrópio, que podem ser classificados em leve, moderado ou grave (foto 2).

O processo lento e progressivo de mioatrofia do músculo orbicular, uni ou bilateral, tem aspecto característico de uma pálpebra frouxa e caída, que deixa exposta a conjuntiva inferior e a córnea.

Há sempre comprometimento do piscamento em vários graus de intensidade, e nos casos mais grave ocorre uma total redução ou impossibilidade do fechamento das pálpebras. Nessas condições há interferência na manutenção e na reposição fisiológica do filme lacrimal pré-corneano, passando a ocorrer uma rápida evaporação da lágrima com conseqüente ressecamento da córnea e da conjuntiva. Com a exposição da córnea, principalmente durante o sono, vem o risco de desidratação das células epiteliais, descamação e aparecimento de úlceras corneanas.

A falha do piscamento prejudica não só a distribuição do filme lacrimal, como também sua drenagem, com comprometimento do mecanismo da bomba lacrimal. Conseqüentemente ocorre uma estase da lágrima e o aparecimento de epífora.

Nos casos de acometimento do nervo facial, é importante lembrar que as fibras do nervo intermédio, nervo este que acompanha o nervo facial e é responsável pela inervação parassimpática da glândula lacrimal, podem também estar lesadas, o que levaria a uma diminuição da produção de lágrima, potencializando os sintomas e os sinais da alteração do filme lacrimal.



Foto 2 – Ectrópio

Independentemente da forma clínica da doença, os pacientes podem desenvolver tanto lagofthalmo, decorrente de lesão do nervo facial, como perda da sensibilidade corneana, pelo envolvimento do ramo oftálmico do nervo trigêmeo. Essas duas alterações nervosas podem se apresentar isoladamente ou em associação.

Os hansenomas e a infiltração da pele e de outras estruturas palpebrais pelo *M. leprae* podem levar a uma diminuição ou perda de tecido elástico, com acentuada calasodermia palpebral, principalmente das pálpebras superiores, com a redundância de pele, dobrando-se sobre os cílios, podendo inclusive tocar a córnea ou obstruir o eixo da visão. Além disso, também os edemas inflamatórios da região contribuem muito para o aumento progressivo da calasodermia, dando ao

paciente uma aparência facial de senilidade precoce. O processo inflamatório aliado aos repetidos edemas, apesar de regredirem com o tratamento, deixam como seqüela uma atrofia de tecidos, traduzida por acentuação dos sulcos naturais da pele, tornando as rugas bem mais evidentes.

Alteração da relação margem palpebral/bulbo: ectrópio e frouxidão ligamentar

Na pálpebra inferior, a atrofia, o estiramento e o subsequente alongamento dos tendões, lateral e medial, contribuem para a eversão da margem palpebral, caracterizando o que chamamos de ectrópio. O ectrópio na doença de Hansen pode ser classificado basicamente como do tipo paralítico, estando mais relacionado à atonia do músculo orbicular. Com a evolução do quadro, ocorre também uma progressiva atonia e alongamento dos ligamentos palpebrais, medial e lateral, em especial deste último. Na grande maioria dos casos é o ligamento palpebral lateral que está mais frouxo e alongado, e que contribui para a eversão da pálpebra, expondo a conjuntiva, que ceratiniza e provoca retração do fórnice inferior. Também a atrofia da placa tarsal resulta em uma pálpebra flácida, fina e sem estrutura suficiente para se manter em posição adequada, levando ao arqueamento e à exposição do olho ao ressecamento.

Quanto ao diagnóstico do tipo do ectrópio paralítico, este pode ser facilmente realizado naqueles casos em que há uma paralisia facial periférica típica. Mas nem sempre é fácil a distinção entre os tipos paralítico e involutivo, este último decorrente da senilidade. Essa dificuldade no diagnóstico clínico resulta da possibilidade de um ectrópio isolado poder ser a consequência de um acometimento muito seletivo do nervo facial.

Frouxidão da lamela anterior pré-tarsal da pálpebra superior: anomalias do sulco palpebral superior, ptose ciliar e entrópio

As anomalias da lamela anterior pré-tarsal formam um dos quadros mais interessantes e pouco conhecidos das alterações palpebrais na hanseníase. Normalmente, a lamela anterior pré-tarsal é lisa e aderente ao tarso. Os cílios que nela se inserem apresentam a típica orientação superior. Nos pacientes com hanseníase de longa duração, a lamela anterior pré-tarsal (pele e músculos) freqüentemente se apresenta redundante e frouxa por causa da atrofia dos tecidos que apóiam os folículos pilosos dos cílios. Em consequência, o sulco palpebral mostra-se apagado ou duplo e os cílios perdem a típica orientação superior e paulatinamente se inclinam para baixo. Essa condição, além de levar a uma ptose ciliar, também propicia o aparecimento de entrópio mecânico, com os cílios tocando o bulbo ocular.

A ptose ciliar deve ser diferenciada da triquíase, que também é altamente prevalente no paciente portador da hanseníase (foto 3).

Triquíase

A triquíase ocorre na hanseníase por processo inflamatório do próprio bulbo piloso ou por atrofia dos tecidos que apóiam os folículos. Os cílios se voltam contra o olho lesando a córnea e a conjuntiva (foto 4). Como a sensibilidade corneana pode estar comprometida, o paciente não percebe esse contínuo toque dos pêlos sobre a córnea, o que leva a úlceras e suas graves consequências.



**AGENTE DE SAÚDE:
NÚMERO 1 DO
DIAGNÓSTICO PRECOCE
EM HANSENÍASE**

Quando eu comecei a trabalhar não tive medo, não tive susto nenhum, eu sempre gostei de trabalhar nessa área porque além de agente comunitário eu também sou técnico de enfermagem. Quando eu comecei a ver pessoas com manchas, fazia uma experienciuzinha na própria casa da pessoa, olhava, fazia o teste de sensibilidade. Mas não dizia ao paciente isso é tal coisa, sem nenhuma comprovação, sem um diagnóstico formal. Eu digo que pode ser hanseníase ou não. E levo a pessoa para a unidade. Se ela não quer, eu insisto, vamos logo, vamos marcar a consulta pra ver se é ou se não é. Explico que se for é preciso tratar para evitar seqüelas graves. A gente tem um dia só para pacientes com esses problemas. Eu já identifiquei três casos e ninguém se recusou a ir pra unidade.



**Márcio
(ACS)**

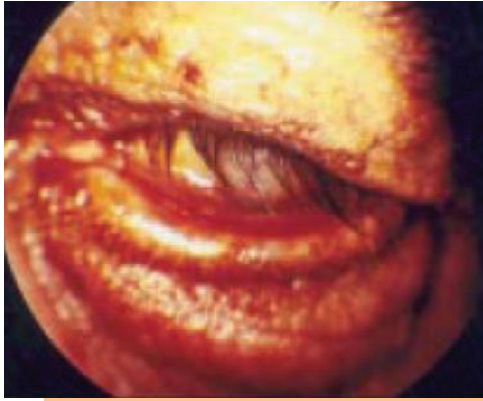


Foto 3 – Ptose dos cílios



Foto 4 – Triquíase

Testes da função palpebral

Testes da força muscular

Teste I

Usado para avaliar o tônus muscular da pálpebra superior. Observar o piscamento espontâneo; pedir ao paciente para fechar os olhos suavemente e com o dedo mínimo tentar elevar a pálpebra superior, observando e sentindo sua resistência, e, ao soltar, ver a sua volta à posição anterior.

Teste II

Pedir ao paciente para fechar os olhos com toda força e observar se ocorre o pregueamento simétrico das pálpebras. A diminuição da resistência e/ou pregueamento assimétrico significa uma paresia. Se ocorrer impossibilidade parcial da oclusão do olho, caracteriza-se o lagoftalmo. Mede-se então a abertura remanescente da fenda palpebral em milímetros – esta será a medida do lagoftalmo.

Teste III

Solicitar ao paciente que feche os olhos com toda a força, enquanto o examinador tenta abrir as pálpebras, verificando a força do músculo orbicular e também a presença do reflexo de Bell. Este reflexo é positivo no caso de o olho se elevar e a córnea ficar escondida pela pálpebra superior. É importante salientar que para identificar o movimento do olho para cima o examinador deve segurar firmemente as pálpebras, tentando mantê-las abertas.

Este teste ainda possibilita a graduação da força muscular do orbicular. A medida da força é classificada de zero a cinco.

Graduação da força	Observação	Lagoftalmo
0	Paralisia – não há nenhuma contração palpebral	sim
1	Há só contração, sem movimento palpebral	sim
2	Há oclusão palpebral parcial	sim
3	Há oclusão palpebral completa sem resistência	não
4	Há oclusão palpebral completa com resistência parcial	não
5	Há oclusão palpebral completa com resistência máxima	não

Nos pacientes em que o tônus muscular está normal, há ausência de lagoftalmo, com a oclusão completa da fenda palpebral. As pálpebras normais apresentam resistência à abertura nos testes de força muscular, além de um pregueamento cutâneo simétrico.

Mesmo que os pacientes já apresentem diminuição inicial do tônus e da força muscular e pregueamento cutâneo assimétrico, podem ainda não ter lagoftalmo comprovado ao exame. É preciso que o oftalmologista recomende aos familiares que observem e confirmem a presença ou não do lagoftalmo à noite, quando o paciente estiver dormindo. Nesses casos não é raro ocorrer uma oclusão noturna incompleta da fenda.

Os pacientes com lagoftalmo comprovado têm diminuição ou mesmo ausência do tônus e da força muscular, com assimetria evidente do pregueamento cutâneo palpebral e, nos casos avançados, uma total incapacidade de fechar o olho. Esses lagoftalmos devem ser medidos com régua e anotados em milímetros.

Correlação dos testes de força muscular I, II e III

	Teste I	Teste II	Teste III
Sem lagoftalmo	Normal	Normal	5
	sem fenda	• sem fenda • ↓ da força muscular • ↓ do pregueamento	4
	• ↓ do tônus		3
Com lagoftalmo	• com fenda • ↓ ou ausência do tônus	• com fenda	2
		• ↓ ou ausência do pregueamento	1
		• ↓ ou ausência da força muscular	0

Avaliação do lagoftalmo

O termo lagoftalmo designa uma deficiência da dinâmica da pálpebra superior e/ou inferior, de origem neural ou restritiva, ocasionando a incapacidade de oclusão da fenda palpebral. Na doença de Hansen, a etiologia do lagoftalmo é sempre de origem neural, implicando lesão do nervo facial, com paresia ou paralisia do músculo orbicular. Posteriormente, outros fatores se agregam para aumentar o lagoftalmo:

1. mecânicos: peso dos tecidos paralisados e frouxos da pálpebra inferior e bochecha;
2. retracionais: aumento relativo de potência dos músculos retratores, tanto de pálpebra superior quanto da inferior.

Se na paralisia de Bell o lagoftalmo integra o quadro de paralisia facial típica, ou seja, toda a musculatura facial do lado da lesão é envolvida, na doença de Hansen ele é freqüentemente isolado, pois o acometimento do nervo facial se dá nos seus ramos terminais. É comum os portadores de hanseníase não apresentarem desvio da comissura labial e manterem preservada a musculatura frontal, apesar de não conseguirem ocluir os olhos.

O grau de acometimento da córnea vai depender, em parte, da relação entre a magnitude do lagoftalmo e a do fenômeno de Bell. Quanto menor a rotação ocular súpero-lateral desencadeada pela tentativa de oclusão da fenda (Bell diminuído), maior a ceratopatia. De qualquer maneira, mesmo na presença de um bom fenômeno de Bell, a diminuição do piscar reflexo e espontâneo altera a distribuição do filme lacrimal e concorre para o aparecimento e progressão da ceratopatia.

Para verificar a presença do lagoftalmo, solicitar ao paciente que tente fechar os olhos como se estivesse dormindo, observando-se a oclusão completa da fenda palpebral. Em caso de oclusão incompleta – lagoftalmo –, mede-se em milímetros a abertura da fenda que restou, e esta será a medida do lagoftalmo. Pela abertura pode-se observar o bulbo ocular exposto (foto 5) e a possível presença de hiperemia conjuntival acompanhada de secreção, ceratite superficial, opacificação e pannus da porção inferior da córnea.



Foto 5 – Lagoftalmo

Classificação clínico-cirúrgica do lagoftalmo

Levando-se em consideração que a mais importante consequência do lagoftalmo é sem dúvida o seu enorme potencial de lesionar a córnea, a classificação abaixo ajudaria na tomada de decisão do momento mais adequado de manter o paciente somente com o tratamento clínico, ou já instituir algum tipo de tratamento cirúrgico.

O principal parâmetro desta classificação, independentemente do reflexo de Bell ou da medida do lagoftalmo, é o estado da córnea. A medida da intensidade do lagoftalmo é de importância secundária, podendo ou não acompanhar paritariamente o grau de envolvimento corneano.

Na doença de Hansen, pelo fato de haver na grande maioria dos casos uma anestesia corneana, as queixas e os sintomas dos pacientes relacionados à lesão da córnea são vagos ou inexistentes, cabendo ao oftalmologista não só o diagnóstico, como também a decisão de quando, como e o que fazer para prevenir os danos oculares decorrentes do lagoftalmo.

O grau I é o único em que ainda é permitido manter o paciente em controle e tratamento somente clínico, observando a evolução do quadro e do estado da córnea. Nos graus II e III está indicada formalmente a intervenção cirúrgica, dependendo da avaliação do cirurgião a escolha de uma ou mais de uma técnica.



**NAS CAPACITAÇÕES,
É PRECISO COMEÇAR
A RECONHECER E
A TRABALHAR OS
PRECONCEITOS**

Nas capacitações, tem que se trabalhar o estigma que o profissional sente. Porque hoje quando se fala muito no estigma dos outros, dificilmente levanta-se o seu próprio. Eu não tenho a ilusão de em pouco tempo tirar o estigma de alguém, mas se o tema for bem trabalhado com algumas pessoas, você pode chegar a um ponto em que, no mínimo, elas cheguem a reconhecer o seu próprio preconceito, pois enquanto você faz de conta que não tem, você jamais vai trabalhar ele. A gente tem trabalhado isso com teatro, sobre uma situação oferecida, para o grupo apresentar o fim da história. Por exemplo: um casal jovem, com um recém-nascido, percebe que a babá tem uma mancha. O que é que eles fazem? Ou, um casal de namorados, que na véspera do casamento a moça descobre que o namorado tem hanseníase, o que é que ela faz? No teatro, você é espontâneo, mostra o que tem dentro de você. É diferente de um questionário onde se trabalha pela lógica. Trabalhar com teatro nesse ponto dá muita abertura, porque é uma situação alegre, de dar risada... É uma possibilidade para a pessoa perceber como ela vê o problema da hanseníase. Muitas vezes, as pessoas nem se dão conta do seu preconceito, e só numa hora dessas a coisa começa a aparecer.



Hannelore (enfermeira)

Grau I – Na córnea íntegra: neste grau o lagofalmo ainda não foi suficiente para provocar dano corneano. Em geral, este grau é acompanhado de um lagofalmo em torno de 3 mm, um bom reflexo de Bell, epífora ausente ou ocasional, e em muitos casos alguma função do orbicular ainda está presente.

Grau II – Presença de alteração corneana: neste grau já aparecem alterações corneanas por exposição, como a ceratite punctata inferior ou mesmo lesões epiteliais maiores. É comum neste grau a presença de lagofalmo entre 3 e 6 mm, reflexo de Bell normal ou levemente hiporreativo, epífora intermitente e função de músculo orbicular muito fraca ou ausente.

Grau III – Alteração corneana grave: neste grau a córnea está muito comprometida, com erosões extensas, úlceras e leucomas vascularizados; a acuidade visual é em geral muito baixa, a epífora é constante, podendo não raro estar ainda presente ectrópio de pálpebra inferior. A função do músculo orbicular palpebral não existe, e o lagofalmo quase sempre se situa acima de 6 mm.

Alterações posicionais

A ptose não está diretamente relacionada à hanseníase. Os eventuais casos de blefaroptose de pacientes com o mal de Hansen são, em geral, do tipo aponeurótico e, portanto, passíveis de serem atribuídos ao processo de envelhecimento, e não à doença básica do paciente.

A retração de pálpebra superior, ao contrário, é um sinal importante de hipofunção do orbicular. Assim, qualquer aumento da distância entre a margem palpebral e o centro pupilar deve ser valorizada como elemento semiótico de alerta quanto ao risco de dano corneano. Nesses casos a retração deve ser medida, o lagofalmo, quantificado, e a córnea, continuamente monitorada.

Sistema lacrimal

Sistema lacrimal secretor

As glândulas lacrimais principais podem ocasionalmente ser acometidas pelo bacilo de Hansen. Os pacientes com as formas multibacilares apresentam uma redução na produção de lágrima, que pode ocorrer também nos casos de lesão do nervo facial, quando as fibras do intermédio estão envolvidas. Alguns pacientes têm esse quadro agravado pelo uso da clofazimina.

Havendo produção normal de lágrima, ocorre acúmulo de fluido lacrimal entre a margem da pálpebra inferior e a superfície conjuntival inferior – onde a pálpebra toca o bulbo ocular –, formando-se um menisco de aproximadamente 0,5 mm de largura por 0,1 a 0,6 mm de altura. Quando o menisco se encontra diminuído ou ausente, suspeita-se de deficiência de produção lacrimal.

As glândulas de Meibomius, quando infiltradas e infectadas secundariamente, como resultado final, podem atrofiar. Isso tem influência na qualidade do filme lacrimal, observada em muitos pacientes com doença prolongada. A meibomite e a blefarite são freqüentes nesses pacientes.

O filme lacrimal também pode estar comprometido na hanseníase por diversos outros fatores, tais como: alteração do piscar espontâneo, presença de ectrópio, lagofalmo, triquíase, entrópio, meibomites, blefarites, conjuntivites e dacriocistites. Ao exa-

me biomicroscópico observam-se restos celulares em meio ao filme lacrimal, além de fragmentos mucosos, alterações de epitélio, hiperemia e vasodilatação conjuntival.

Teste de Schirmer I

Avalia quantitativamente o filme lacrimal, medindo a secreção basal e a reflexa. Deve ser realizado de rotina em todos os pacientes.

Material: papel do teste de Schirmer industrial (Watman 41) ou na sua falta papel de filtro de laboratório (nº 040 ou 50) com o tamanho de 35 mm x 5 mm.

Técnica:

- introduzir a fita de papel com a ponta dobrada, encaixada no fundo do saco palpebral inferior na porção lateral;
- retirar a fita após 5 minutos;
- medir a extensão da parte umedecida não dobrada;
- registrar e comparar com o normal (igual ou maior que 10 mm).
- um resultado menor que 10 mm indica suspeita de olho seco (foto 6).

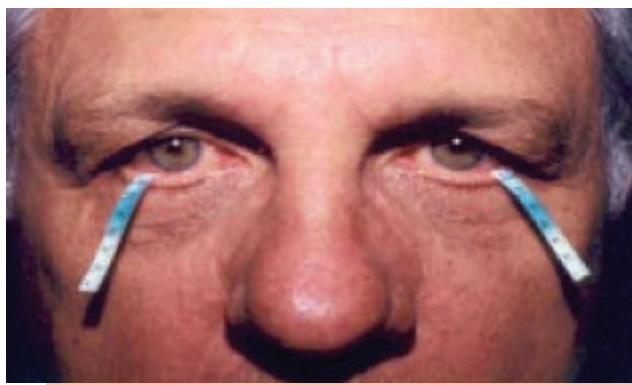


Foto 6 – Teste de Shirmer

A utilização de corantes vitais possibilita melhor observação das alterações na superfície ocular.

A **fluoresceína** é utilizada para o estudo do menisco lacrimal, na avaliação da integridade da superfície corneana, e no teste de ruptura do filme lacrimal BUT. Neste teste de estabilidade do filme lacrimal, após solicitar ao paciente que pisque por diversas vezes, a fluoresceína a 1%, em colírio ou bastão, é colocada no olho. A partir de então o paciente não mais pode piscar, e com o auxílio da lâmpada de fenda e da luz de cobalto observa-se o filme lacrimal corado sobre a córnea. A princípio íntegro, o filme logo se rompe e anota-se o tempo transcorrido desde a última piscada até a ruptura do filme. O tempo normal de ruptura situa-se entre 8 e 15 segundos, com média de 10 segundos. Tempo inferior a esse sugere fortemente a deficiência lacrimal, principalmente da camada mais interna (mucina).

O **teste do rosa bengala 1%** serve para avaliar a alteração anatômica do epitélio corneano, resultante da redução da secreção lacrimal e da deficiência de mucina no filme lacrimal. Instilar uma gota ou colocar um bastão no fórnice inferior por 30 segundos. Para remover o excesso da solução na superfície do olho, além de o paciente piscar várias vezes, lavar com solução de soro fisiológico. A conjuntiva e a córnea são examinadas à biomicroscopia, com o auxílio de uma fenda larga de baixa intensidade de luz. Observa-se a presença de áreas que têm epitélio com células

mortas, na conjuntiva e na córnea, as quais se coram de vermelho. Geralmente as áreas coradas se encontram em três regiões: conjuntiva lateral, medial e córnea.

Nos casos mais leves, a coloração está limitada a poucos pontos da conjuntiva bulbar medial e lateral, na área correspondente à abertura da rima palpebral.

Os casos moderados coram com pontos espalhados na área exposta da conjuntiva bulbar, no espaço interpalpebral – tipicamente em área triangular com a base voltada para o limbo – e alguns pontos na parte inferior da córnea.

Nos casos intensos a graves, observa-se coloração em toda a área interpalpebral e grande parte da córnea.

Nos casos mais graves, filamentos mucosos corados pelo rosa bengala também estão presentes na porção exposta da superfície corneana. Nesses casos, ceratite filamentar pode estar presente, agravando a sintomatologia, e todo o epitélio da córnea e da conjuntiva pode estar desvitalizado. Desepitelizações maiores podem ocorrer com dor intensa e diminuição da acuidade visual. O padrão de coloração é o vermelho brilhante em todo o epitélio da córnea e da conjuntiva, e observa-se grande quantidade de filamentos mucosos.

Sistema lacrimal excretor

No exame biomicroscópico, examinar o posicionamento e o diâmetro dos pontos lacrimais, bem como a presença de conjuntivite secundária à dacriocistite.

O principal problema relacionado com as vias lacrimais de drenagem é a epífora, causada basicamente pelo ectrópio, com afastamento do ponto lacrimal inferior do lago lacrimal e sua oclusão pela ceratinização, e pela perda do mecanismo de bomba secundária e paralisia facial.

Para verificar se existe obstrução das vias lacrimais excretoras, observar presença de tumefação na região do saco lacrimal, a qual, por suave compressão digital no canto interno do olho, expulsa uma secreção purulenta pelos pontos lacrimais em caso de dacriocistite.

A dacriocistite crônica aparece secundariamente ao processo séptico presente no nariz e, frequentemente, pode ocasionar conjuntivite purulenta e blefarite. Quando a córnea está íntegra e as pálpebras estão funcionando bem, a dacriocistite não traz grandes conseqüências. No entanto, nos pacientes que não possuem adequada proteção palpebral e têm anestesia corneana, as lágrimas infectadas não só favorecem o aparecimento de úlceras de córnea, como também infectam as decorrentes da exposição.

Exame da via lacrimal excretora – teste de Zappia-Milder ou teste do desaparecimento do corante

Na hanseníase, a perda de força do músculo orbicular da pálpebra leva à perda da eficiência da bomba lacrimal, principal responsável pela drenagem da lágrima. Assim, este teste não só mede o grau de comprometimento da excreção lacrimal, como também, indiretamente, avalia a potência do piscar, que em última análise é dependente do músculo orbicular.

O teste é realizado instilando-se no fundo de saco inferior uma gota de colírio de fluoresceína 1%, observando-se seu desaparecimento no menisco lacrimal: o normal é que não haja corante algum, ou somente traços, ao final de 5 minutos. Durante o teste, recomenda-se ao paciente proceder normalmente com o piscar. Apesar da subjetividade da avaliação, o teste dá uma idéia muito boa da integridade ou não da bomba lacrimal. A retenção acentuada do corante, quando ocorre em pálpebra anatomicamente íntegra e eutópica, significa comprometimento muscular grave.

Conjuntiva

É freqüente a presença de bacilos na conjuntiva, mesmo nos casos em que não há lesões evidentes nessa mucosa. Sendo assim, a conjuntiva pode ter papel na penetração do bacilo de Hansen para o interior do bulbo ocular. Ela pode ser infectada diretamente, ou mais comumente através de lesões satélites da pele em que o bacilo é transportado da região periocular por via linfática, vasos e nervos.

Não é raro o aparecimento de conjuntivite aguda, subaguda ou crônica em casos de lagofalmo, triquíase, ectrópio e obstruções das vias lacrimais, e até mesmo na vigência de estados reacionais.

A conjuntiva pode apresentar diminuição de sensibilidade, principalmente em pacientes com a forma virchowiana.

O exame da conjuntiva deve ser o mais completo possível, incluindo o exame da região tarsal, do fundo de saco e da área bulbar de ambos os olhos. Observar a presença de hiperemia, secreção, cicatrizes, nódulos, úlceras, pterígio, etc., por meio do exame ocular externo.

O exame da conjuntiva com lâmpada de fenda é feito usando-se a iluminação direta difusa para se ter uma avaliação geral e em conjunto desse tecido. A iluminação direta focal (paralelepípedo e corte óptico) é usada para avaliar as lesões da mucosa conjuntival. Com o corte óptico pode-se com facilidade identificar se a rede vascular conjuntival acometida é a superficial ou a profunda, principalmente no nível da conjuntiva bulbar.

Exame do bulbo ocular

Esclera e episclera

O bacilo prolifera no tecido episcleral próximo ao limbo esclerocorneano, onde penetram os nervos ciliares anteriores. Nódulos gelatinosos (hansenomas) podem aparecer nesta área, principalmente na região temporal, às vezes comprometendo todo o limbo (foto 7).

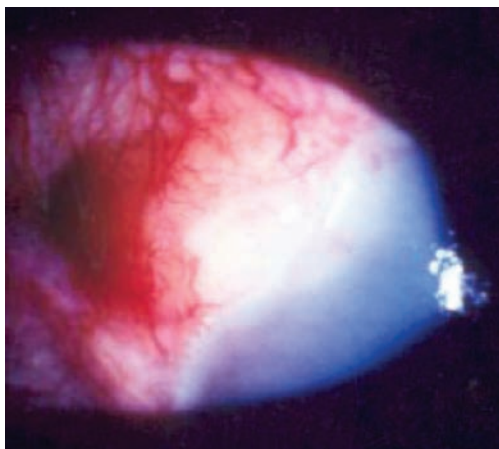


Foto 7 – Hansenoma límbico

A episclerite aguda é caracterizada por uma hiperemia localizada na episclera, que se manifesta com escassa sintomatologia, sendo freqüente em episódios reacionais (foto 8).



Foto 8 – Episclerite

A esclerite apresenta-se como um quadro de hiperemia difusa e de dor na esclera, podendo ser difusa ou nodular, uni ou bilateral (foto 9). Ela ocorre com maior frequência nos estados reacionais, na reação do tipo 2, e pode, às vezes, estar associada à iridociclite, ocasionando uma esclerouveíte (foto 10).

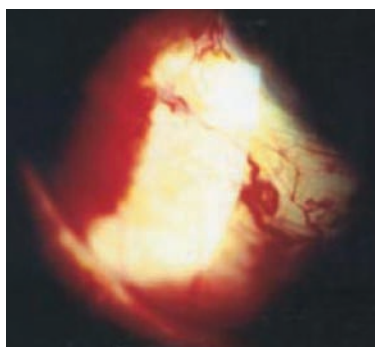


Foto 9 – Esclerite

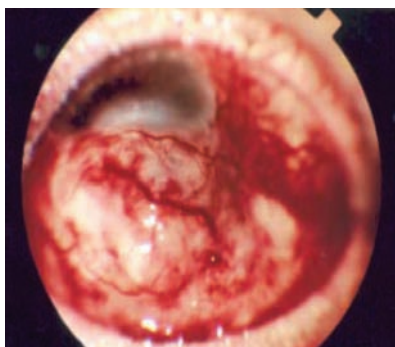


Foto 10 – Esclerite grave

No caso de episclerite ou esclerite, a congestão vascular se faz às custas da rede vascular profunda. A esclera e a episclera são examinadas com iluminação direta difusa e direta focal (paralelepípedo e corte óptico). Quando o exame biomicroscópico deixar dúvida, o uso de vasoconstritores na conjuntiva pode ajudar na diferenciação entre o acometimento causado por inflamação da episclera ou da esclera.

Córnea

A córnea pode ser atingida tanto por invasão bacilar quanto por inflamação decorrente de estados reacionais. A primeira evidência do comprometimento da córnea é o edema dos seus nervos, tornando-os opacos e dilatados por algumas semanas. A

“

O ACOLHIMENTO
É OLHAR E VER O
PACIENTE COMO UM
TODO

No acolhimento de uma pessoa que já chega com uma seqüela, precisamos chamar a atenção dele para o cuidado, para que a seqüela não aumente. Orientamos e conversamos, inclusive sobre auto-estima. Por exemplo, eu estou com um paciente de 30 anos que está com desabamento da pálpebra, que não vai procurar emprego porque se sente deprimido com aquilo. O problema atrapalhou a sexualidade dele, a afetividade. O médico tem que perceber que não é só dar o medicamento, que após o medicamento tem outras coisas a serem vistas.

”

Getúlio
(médico, Morhan)

infiltração dos nervos pode ser evidenciada pela biomicroscopia (foto 11). Este é um fenômeno transitório e assintomático que ocorre mais frequentemente em estágios iniciais da doença.

O envolvimento da córnea na hanseníase varia desde o edema transitório dos nervos, ceratite avascular, formação de pannus, ceratite intersticial, ceratite de exposição, hansenoma corneano e leucomas (foto 12) até quadros graves de erosão e úlcera de córnea com ou sem infecção secundária.

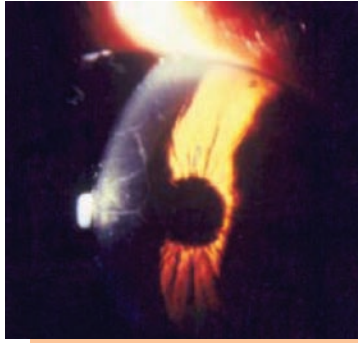


Foto 11 – Nervos corneanos espessados

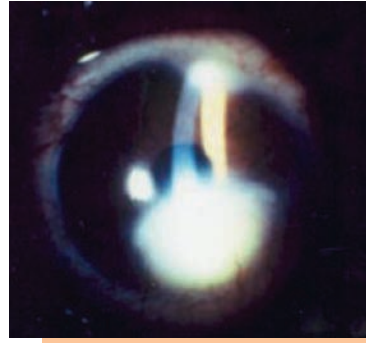


Foto 12 – Leucoma corneano vascularizado

A ceratite punctata avascular – geralmente observada na primeira década da doença – é uma ceratite superficial que na grande maioria dos casos é assintomática. As lesões são inicialmente encontradas próximas ao limbo, no quadrante superior externo. Os infiltrados são vistos como pequenas opacidades superficiais, abaixo do epitélio, constituídos de pequenos pontos brancos que lembram um granulado de giz (foto 13). Histologicamente, consistem de células de Virchow, contendo bacilos. À medida que os organismos se multiplicam em grupos de globias, um fino encapsulamento ocorre, podendo também aparecer na íris. Neovasos podem penetrar na córnea, radialmente, em área única ou em vários pontos localizados circunferencialmente às arcadas limbares.

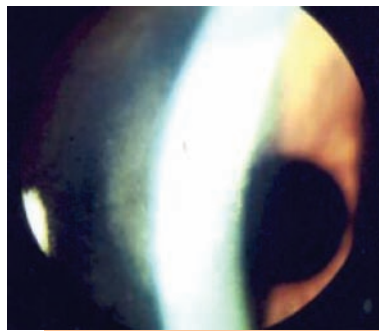


Foto 13 – Ceratite em pó de giz

O hansenoma corneano ou límbico é um nódulo que aparece, ao exame biomicroscópico, com aspecto esbranquiçado e firme em textura. Quando não existe inflamação, este nódulo é geralmente assintomático, podendo estar localizado na córnea ou como um bloco atingindo ao mesmo tempo a esclera, o limbo e a periferia da córnea (foto 14).

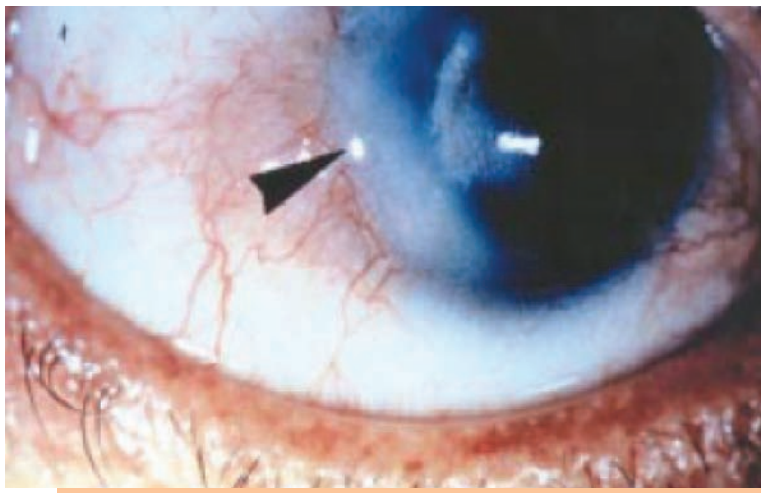


Foto 14 – Infiltração córneo-escleral

As lesões corneanas relacionadas com a exposição resultam de lagoftalmo secundário ao dano do nervo facial, associado ou não, com a diminuição da sensibilidade corneana por dano no nervo trigêmeo. Neste caso, os sintomas geralmente são mínimos até que a doença esteja avançada. Na ausência de dor, o paciente não valoriza a importância da anormalidade manifestada na córnea, podendo evoluir para a cegueira (foto 15).

Testes de sensibilidade corneana

A diminuição da sensibilidade corneana pode ocorrer nos pacientes com hanseníase em razão do acometimento do ramo oftálmico do nervo trigêmeo. Quanto maior a duração da doença, maior é a chance de diminuição da sensibilidade. É o achado corneano mais freqüente, principalmente na forma virchowiana. A perda do reflexo corneano de proteção é fator muito relevante no aparecimento das lesões corneanas.

A estesiometria corneana é a medida do limiar perceptível da sensibilidade táctil da córnea. A sensibilidade da córnea pode ser avaliada por métodos quantitativos, por meio de instrumentos ou por métodos qualitativos.

A medida da sensibilidade corneana é um dos parâmetros utilizados na avaliação do grau de comprometimento ocular da hanseníase. Se o paciente tiver sensibilidade corneana diminuída ou ausente é classificado como grau I de incapacidade.

Método qualitativo

A técnica qualitativa da medida da sensibilidade corneana utiliza um fio dental macio, extrafino, sem sabor, medindo 5 cm de comprimento livre. Tocar a periferia lateral da córnea e observar o piscar imediato, demorado ou ausente.

Métodos quantitativos (instrumentos) são normalmente utilizados para pesquisa científica.

Vários estesiômetros foram idealizados no decorrer dos anos. Atualmente existem o estesiômetro de Cochet e Bonnet, o de Semmes-Weinstein (kit para oftalmologia), o estesiômetro óptico-eletrônico manual de Draeger e o estesiômetro de Weinstein.



Foto 15 – Alterações oculares com cegueira

É importante o oftalmologista estar atento para essas alterações e realizar tratamento e orientação adequadas nessas situações.

Deve-se examinar a córnea pela biomicroscopia inicialmente, com iluminação direta difusa, a fim de se ter uma avaliação geral e em conjunto desse tecido. Após, fazer o exame de varredura utilizando a iluminação direta focal, por meio de um paralelepípedo óptico. No caso de se encontrar alguma alteração corneana, usar o corte óptico, o qual possibilitará uma melhor localização em profundidade da lesão. Algumas vezes será necessário o uso de outros tipos de iluminação, tais como indireta focal, que é usada para o estudo dos contornos das lesões corneanas. A iluminação indireta difusa, o campo negro e o campo amarelo são usadas também em situações especiais. No caso do campo negro, este deverá ser usado especialmente no estudo do microedema setorial ou difuso da córnea. O campo amarelo serve, principalmente, para diferenciar os nervos dos vasos esclerosados.

Íris e corpo ciliar

As alterações da íris podem ser descritas como atrofia irianas do estroma, do epitélio pigmentário ou totais, nódulos inespecíficos (Bussaca e Koeppe) e nódulos específicos (pérolas irianas), irites agudas, irites crônicas, sinéquias anteriores e sinéquias posteriores. As alterações da pupila também são freqüentes em pacientes crônicos.

As uveítes anteriores podem ser agudas ou crônicas, granulomatosas ou não granulomatosas e podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento.

O envolvimento iriano provém de diferentes mecanismos, como a invasão direta pelo *Mycobacterium leprae* no segmento anterior ou reação a um antígeno que levaria à iridociclite, fato que ocorre nos estados reacionais. Os pacientes com hanseníase, principalmente nas formas multibaciares, tendem a apresentar iridociclite.

No processo atrófico da íris o músculo dilatador da pupila é preferencialmente afetado. Pode-se instalar um quadro de pupila puntiforme, provavelmente conseqüente da ausência de dilatação pupilar pela ação não antagonizada ao músculo esfíncter da pupila, que tem suas fibras intactas.

As uveítes anteriores causadas por invasão direta do bacilo são insidiosas e têm curso crônico. Geralmente não produzem sintomas e, por isso mesmo, são graves ao cursarem com inflamação silenciosa, levando à destruição lenta e progressiva do segmento anterior do olho.

As uveítes anteriores agudas secundárias à reação hansênica são exuberantes nas suas manifestações, com quadros que podem cursar até mesmo com hipópio hemorrágico e hipertensão

ocular secundária. Manifestam-se com dor, fotofobia, diminuição da acuidade visual, congestão pericerática, sinéquias posteriores, vitreíte anterior e presença de opacidades corneanas. Se não forem tratadas rapidamente, elas se tornam crônicas, podendo evoluir com outras complicações, tais como sinéquias anteriores periféricas, seclusão e oclusão pupilares, pupila miótica, catarata, glaucoma secundário, hipotensão por falência do corpo ciliar e, por fim, atrofia do bulbo ocular.

A iridociclite aguda não é muito comum. Clinicamente, difere por apresentar um exsudato inflamatório não específico, associado a extensas sinéquias, dor, injeção ciliar, íris edemaciada e exsudato proteico. Esse processo dura semanas e pode evoluir para atrofia ocular (foto 16).

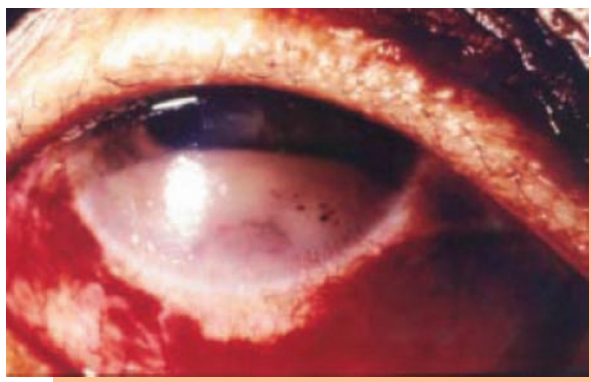


Foto 16 – Iridociclite aguda com hipópio

O eritema nodoso hansênico (reação tipo 2) pode persistir por vários meses ou anos, com episódios intermitentes de sintomatologia aguda alternando com períodos de aparente latência ou mesmo total remissão. A inflamação pode se desenvolver precocemente, sem invasão direta pelo *Mycobacterium leprae*, e pode estar relacionada a antígenos circulantes sistêmicos. As características da inflamação sistêmica são: edema tissular, hiperemia, espasmo reflexo do esfíncter da pupila e músculo ciliar – ambos inervados pelo parassimpático. O espasmo ciliar induz à miopia transitória, com conseqüente embaçamento visual. Proteínas e células inflamatórias extravasam para o humor aquoso em razão do aumento da permeabilidade vascular. Células inflamatórias ou seus fragmentos circulam no aquoso e vão se depositar no endotélio corneano sob a forma de precipitados ceráticos.

Acredita-se que a uveíte crônica, que ocorre entre os pacientes multibacilares, pode ser secundária ao dano neural, assim como a inflamação de pequena intensidade. A ausência de sinais clínicos de inflamação – reação de câmara anterior, presença de precipitados ceráticos, sinéquias posteriores – em pacientes com miose intensa pode ocorrer, e seria provavelmente secundária a um dano nos nervos autonômicos oculares (foto 17). O valor das disfunções autonômicas na patogênese das uveítes crônicas ainda está por ser estabelecido. A presença de miose, pupilas que reagem com dificuldade ao estímulo luminoso e baixa da pressão intra-ocular têm sido atribuídas a essas disfunções autonômicas.

“

AS PESSOAS COM HANSENIASE PODEM TER OUTRAS DOENÇAS QUE AUMENTAM SIGNIFICATIVAMENTE A RESPONSABILIDADE DA EQUIPE QUE AS ACOMPANHA

Eu sou soropositiva (HIV) e me trato num posto de saúde. Quando apareceu uma mancha no meu pescoço, me encaminharam para fazer esse exame de biópsia. Acusou hanseníase e eu vim me tratar aqui. Eles me disseram que eu tinha que me tratar, que a minha só era na pele. Eu tive até muito medo, porque eu tenho três filhos e pensava que era uma doença que pegava facilmente. Tirei meus filhos de casa, me afastei deles, separei talher. Depois eu fiquei sabendo que a minha não pegava assim fácil. Mas não, eles me disseram que depois dos remédios não transmitia mais. Mas eu já tenho muitas doenças, um tumor no cérebro, crises convulsivas, já é tanta coisa que você não sabe nem dizer o que pode sentir, o que é dessa doença e o que é por causa das outras.

”

Ana Lúcia

Pode ocorrer presbiopia prematura ocasionada por danos ao músculo ciliar ou alteração no suprimento nervoso.

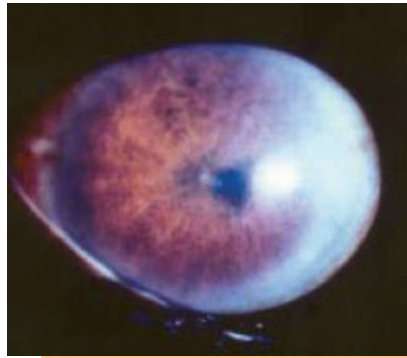


Foto 17 – Uveíte crônica com sinéquia posterior e micose secundária

Com o advento da poliquimioterapia (PQT), a frequência das uveítes vem se tornando cada vez menor, sendo observadas quase exclusivamente na vigência de estados reacionais do tipo 2.

Um achado patognomônico do acometimento da hanseníase ocular é a presença de “pérolas” na íris (foto 18). São agregados de cor branco-amarelada contendo bacilos de Hansen e monócitos, encontrados na margem pupilar normalmente entre o colarete e a margem ciliar e ocasionalmente na superfície, podendo também ser encontrados nas criptas estromais, na periferia da íris. Têm distribuição compatível com a disposição anatômica dos nervos, tendem a desaparecer após algum tempo, não deixando sinais ou podem deixar pequenas áreas de atrofia na íris. Geralmente são observados na primeira e na segunda décadas da doença. Esses infiltrados iniciais causam pouca ou nenhuma reação tissular.

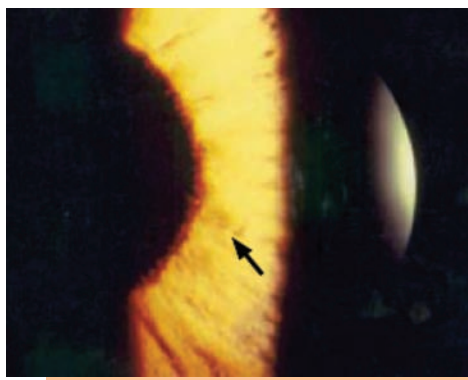


Foto 18 – Pérola iriana

Já está provado, por meio de estudos anatomopatológicos, que a maior parte das atrofias irianas – estroma e epitélio pigmentário – não é causada por processos inflamatórios da úvea, mas provavelmente por atonia vascular da íris. Seriam distúrbios neuroparalíticos provocados por

lesão neural no sistema autonômico. Isso resultaria em deficiência nutricional do tecido iriano, ocasionando um processo degenerativo, não inflamatório (fotos 19, 20 e 21).



Foto 19 – Atrofia iriana sectorial



Foto 20 – Atrofia total do estroma da íris

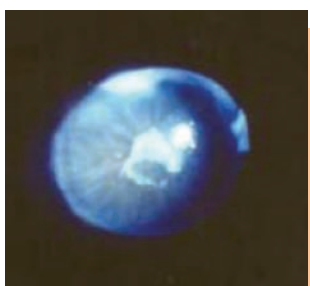


Foto 21 – Atrofia iriana associada à catarata

Examinar a câmara anterior com o objetivo de detectar a presença de células inflamatórias, “flare”, fibrina, hifema e hipópio. Outro aspecto a ser avaliado é a profundidade da câmara anterior, pois a dilatação da pupila, nos casos de câmara rasa, deve ser feita com muito cuidado.

O estudo da íris é realizado com iluminação direta difusa, direta focal, corte óptico, indireta focal e indireta difusa, com os seguintes tipos de iluminação: campo amarelo, campo branco e campo vermelho. O primeiro é utilizado no estudo do estroma superficial da íris, e os campos branco e vermelho são usados no estudo dos estromas e da camada do epitélio pigmentário da íris.

Cristalino

O cristalino pode se opacificar por uma série de mecanismos fisiopatológicos, tais como:

- uso de corticosteróides tópicos e sistêmicos nos estados reacionais;
- manutenção de processo inflamatório crônico, levando à iridociclite e/ou à hipotensão, comprometendo com isso o metabolismo do cristalino. Esse processo pode ser secundário à invasão bacilar intraocular ou à resposta imunológica de baixa intensidade a antígenos. Há um risco três vezes maior de aparecimento de catarata entre os portadores de uveíte crônica;
- reação do bacilo com a dopamina (Dopa), que é normalmente encontrada na íris e no corpo ciliar, levando à grande liberação de substâncias que parecem ter efeito cataratogênico no local;
- a catarata pode também ocorrer pela idade avançada, porém em um paciente isolado não é possível determinar se ela é ou não devida à hanseníase.

O exame do cristalino deve ser feito, preferencialmente, com pupila dilatada e utilizando-se iluminação direta difusa, direta focal, corte óptico e campo vermelho à biomicroscopia.

Medida da pressão intra-ocular

A medida da pressão intra-ocular deve ser feita de rotina em todos os pacientes com hanseníase, independentemente da idade. Utilizar tonômetro de aplanção para a realização da medida, porém na falta deste utilizar tonômetro de não-contato ou avaliar subjetivamente com tonometria bidigital.

A pressão intra-ocular (Po) pode estar normal, aumentada ou diminuída. A baixa da pressão intra-ocular pode ser encontrada em pacientes sem história de inflamação do corpo ciliar.

A pressão intra-ocular elevada é o principal fator de risco para o desenvolvimento de glaucoma, e a Po baixa pode ser um sinal sugestivo de falência no processo de produção de humor aquoso e conseqüente atrofia bulbar.

Alguns pacientes podem apresentar glaucoma primário crônico simples de ângulo aberto, porém na doença de Hansen é mais provável aparecer um glaucoma secundário, em que a cronicidade e a reação imune favorecem a deposição de material amilóide no corpo ciliar, esclera e malha trabecular, que dificultam a drenagem do humor aquoso.

O glaucoma secundário nesses pacientes também pode ocorrer ocasionado pela presença de sinéquias anteriores e/ou posteriores, seclusão e/ou oclusão pupilares, com formação de **íris bombée**.

Outro fator de elevação da Po nesses pacientes se deve ao uso contínuo e prolongado de corticosteróides, tanto por via tópica quanto por via sistêmica, levando ao desenvolvimento de glaucoma cortisônico.

Na presença de aumento de Po, o estudo semiológico extenso e completo deve ser realizado para diagnosticar se o glaucoma é primário ou secundário à doença, pois nestes casos o controle da Po é mais difícil.

Exame da retina e da coróide – oftalmoscopia

Realizar a oftalmoscopia com a pupila dilatada usando, preferencialmente, o oftalmoscópio binocular indireto, que permite o exame de grande área do *fundus*.

O comprometimento do fundo do olho parece controverso entre os autores. Em alguns casos, podem ser observados, no fundo do olho, nódulos puntiformes parecidos com os encontrados na íris. Em alguns pacientes podem ser encontrados cicatrizes atróficas na coróide, branco amareladas, circundadas por pigmento de caráter inespecífico.



Fique de olho

Observa-se em alguns pacientes com o uso prolongado de corticosteróides por via oral, no tratamento de estados reacionais, o desenvolvimento de coriorretinopatia serosa central crônica, que pode regredir com a suspensão da medicação.

Processo inflamatório agudo do nervo óptico (neurite anterior aguda) foi descrito em alguns pacientes na vigência de estados reacionais.

ESTADOS REACIONAIS



A hanseníase, além das deformidades já conhecidas em mãos e pés, afeta gravemente os olhos. Dentro das afecções mais frequentes temos ectrópio por paralisia do IV par craniano, nervo que inerva o orbicular, músculo que fecha o olho. A lesão do nervo facial leva à queda da pálpebra e ressecamento do olho e se este ressecamento for crônico pode levar a úlcera, infecção da córnea e cegueira. O nervo facial, quando lesado, pode ainda levar à inversão dos cílios e conseqüente irritação ocular, exposição do globo ocular por dificuldade de oclusão das pálpebras (lagofalmo), levando a infecções de repetição. As pessoas acometidas pela hanseníase, mesmo com quadro controlado, podem ainda padecer de olho seco e todas as suas conseqüências, que se tornam mais graves pela anestesia dos tecidos oculares (córnea e conjuntiva). As inflamações intra-oculares (uveítes) e suas seqüelas também podem afetar os portadores de hanseníase com conseqüências catastróficas para a visão se não forem tratadas e controladas. Por tudo isso, a necessidade de avaliação e controle oftalmológico dos pacientes portadores do mal de Hansen se impõe como uma medida na prevenção da cegueira na preservação da visão, um sentido de importância vital na sobrevivência das pessoas, sobretudo naquelas que já têm seqüelas nas mãos e nos pés.



Ricardo (oftalmologista)





A evolução da hanseníase pode cursar às vezes com fenômenos agudos que são chamados episódios reacionais, os quais guardam relação com o estado imunológico do indivíduo. Essas reações podem ocorrer em qualquer momento da doença, sendo observadas antes, durante e após o tratamento com a poliquimioterapia (PQT). Tais episódios reacionais, em razão das diferenças dos elementos que deles participam, são divididos em dois tipos e conhecidos como reações dos tipos 1 e 2.

A reação tipo 1, ou reação reversa, é considerada uma resposta do organismo na tentativa de destruir o bacilo. As lesões dermatológicas existentes tornam-se mais eritematosas e infiltradas, podendo surgir novas lesões, bem como neurites. Há casos, porém, que apresentam apenas neurites, sem o aparecimento de novas lesões dermatológicas e sem alteração das lesões existentes.

Na reação tipo 2, ou eritema nodoso hansênico (ENH), o quadro clínico caracteriza-se por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, adenomegalias, edema de mãos e pés, dores articulares, neurites e mal-estar generalizado. Geralmente as lesões antigas permanecem sem alteração. Essas reações podem apresentar graus variados de gravidade, de acordo com o comprometimento sistêmico do paciente. Ocorrem nos casos multibacilares, às vezes coexistindo os dois tipos de reação no mesmo surto ou em episódios diferentes.

Durante os surtos podem ocorrer, além das lesões cutâneas, irite ou iridociclite, aumento doloroso de linfonodos, hipertrofia do baço e do fígado com repercussões funcionais, orquites e orquiepididimites, neurites e artrites. Mesmo órgãos não acometidos pelo processo hansênico podem sofrer os efeitos dessas reações, como é o caso do rim, daí advindo o aparecimento de proteinúria e hematúria.

Alterações oculares nos estados reacionais

As alterações oculares nos estados reacionais podem ser observadas tanto nas reações do tipo 1 quanto nas do tipo 2, apesar das reações do tipo 2 serem mais frequentes. A maioria das incapacidades oculares resulta de reação inflamatória aguda.

A acuidade visual pode estar diminuída secundariamente à iridociclite. Placas eritematosas nas pálpebras superiores e inferiores, lagofalmo agudo e neurites puras do nervo supra-orbitário podem ser observados no acometimento dos anexos oculares.

No caso de as alterações atingirem o bulbo ocular, a córnea pode ser acometida por meio de neurites dos nervos corneanos, que se tornam espessados e inflamados, levando à diminuição aguda e intensa da sensibilidade corneana, à ceratite punctata superficial, à ceratite estromal, à episclerite, à esclerite e à esclero-ceratite.

A episclerite aguda é caracterizada por uma hiperemia localizada na episclera, que se manifesta com escassa sintomatologia, é freqüente em episódios reacionais, sendo mais comum nas reações do tipo 2. Trata-se de uma vasculite localizada, provocada por depósitos de imunocomplexos circulantes.

A esclerite também ocorre nos estados reacionais, principalmente na reação do tipo 2, e pode, às vezes, estar associada à iridociclite (esclerouveíte). Apresenta-se com um quadro de hiperemia difusa e dolorosa e pode ser do tipo difusa ou nodular, uni ou bilateral (foto 22).



Foto 22 – Esclerite em atividade do lado medial superior e inativa na metade lateral superior

Irites e iridociclites agudas e subagudas são também manifestações de inflamação intra-ocular na hanseníase que podem levar a um aumento da pressão intra-ocular e a sinéquias posteriores.



Fique de olho

As manifestações clínicas da doença localizam-se, principalmente, no segmento anterior do olho. Entretanto, alterações no segmento posterior também têm sido diagnosticadas hoje como neurites ópticas agudas, na vigência de estados reacionais.

TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO



COM UM PROCEDIMENTO FEITO EM CASA, SEU ZÉ VOLTOU A VER O OUTRO LADO DA RUA

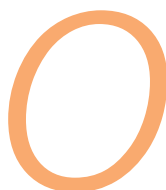
No cadastramento da área conhecemos seu José, 72 anos, com diminuição progressiva da acuidade visual, o que o impedia de se deslocar até a unidade. Com o acompanhamento domiciliar controlamos suas doenças crônicas, mas as queixas relativas aos olhos aumentavam. Enxergava menos, os olhos lacrimejavam, ficavam vermelhos e com secreção, mesmo usando os colírios prescritos pelo especialista, que disse tratar-se de um ectrópio, cuja solução seria a retirada dos cílios “defeituosos”. Pouco depois fui convocada para um treinamento em hanseníase, que incluía justamente o tratamento do ectrópio. Vibrei me lembrando de seu Zé [...] voltando do curso, apressei-me a visitá-lo e contei a boa nova: eu poderia resolver seu problema. Com a ajuda de sua filha realizei o procedimento [...] no dia seguinte, a agente comunitária visitou-o e chegou à unidade exultante, trazendo um recado dele: diga a Cláudia que ela é uma santa do céu, pois há muito tempo eu não enxergava o outro lado da terra da rua e agora estou enxergando. Toda vez que o visitava, seu José falava da alegria de estar enxergando, e em momentos de extrema gratidão dizia que se não fosse por mim estaria cego. Passados alguns dias, tirei férias, e quando fui vê-lo disse-lhe que estava grávida. Ele ensinou-me cantigas de ninar e desejou-me um bom parto, e após esse momento de ternura perguntou: quem vai cuidar de mim durante seu resguardo? Percebi naquele momento que no Saúde da Família a assistência técnica é apenas uma entre as inúmeras faces do trabalho do profissional em saúde que pretende ser humano, sensível e comprometido. Eu estava ali, pensando num problema que tempos atrás não sentiria como meu. Disse-lhe que não se preocupasse, pois sua equipe e sua família achariam uma boa solução para nosso problema.



Cláudia (enfermeira do PSF)







tratamento de algumas alterações oculares que não são específicas da hanseníase, mas que podem agravar o quadro de olho seco ou contribuir significativamente para a cegueira nesta doença, será também abordado neste capítulo.

Disfunção das glândulas de Meibomius

Fazer compressas de água quente por cerca de 30 minutos, duas vezes ao dia, com o objetivo de amolecer a secreção que se encontra endurecida e abrir o óstio da glândula; em seguida realizar massagem na margem palpebral para promover a expressão da glândula, aliviando a estagnação. Realizar higiene com xampu neutro diluído (metade água, metade xampu) ou soluções previamente preparadas para este fim, enxaguar com água copiosamente após a limpeza.



Fique de olho

Eventualmente, o uso sistêmico de antibiótico pode ser necessário, pois propicia melhora dos sintomas e dos sinais da disfunção das glândulas de Meibomius. O mecanismo de ação de tais drogas nas meibomites é desconhecido, mas acredita-se que principalmente a tetraciclina estabilizaria a secreção lipídica por meio da inibição das enzimas produzidas por determinadas bactérias. Se optar por doxaciclina, usar 100 mg duas vezes ao dia durante 14 dias. (somente para maiores de 10 anos). Se o paciente tiver menos de 10 anos, utilizar eritromicina 50 mg/kg de peso de 6/6 horas durante o mesmo período.

Blefarite crônica estafilocócica

Higiene palpebral com xampu neutro e uso tópico de antibióticos. A higiene palpebral deve ser realizada com xampu diluído ou soluções previamente preparadas para este fim. A frequência da higiene varia com a gravidade do caso (2 a 3x/dia).

Pomadas oftálmicas de antibióticos (tetraciclina ou sulfá) são aplicadas na margem da pálpebra com frequência que também varia com a gravidade do caso (antes de dormir ou até de 4 a 6x/dia). O tratamento deve ser por um período prolongado (de um a dois meses).



Fique de olho

Nos casos em que o tratamento preconizado não alivia ou até mesmo piora os sintomas, em razão do aumento das toxinas bacterianas e conseqüente desencadeamento de reação de hipersensibilidade, indica-se o uso nas margens palpebrais de associações de corticosteróides na forma de pomada ou na forma de colírio, principalmente quando flictenúlas, úlceras catarrais e outras manifestações de hipersensibilidade forem observadas.

Olho seco

Os casos de olho seco leve que apresentam grau I de coloração pelo rosa bengala e alteração no teste de Schirmer, se beneficiam com a utilização de lágrimas artificiais em forma de colírio, gel e/ou pomadas oftálmicas. Para os casos moderados grau II associam-se também soluções de agentes mucolíticos (acetilcisteína). Para os casos intensos e graves graus III e IV, além dos agentes anteriormente citados, pode-se fazer a oclusão dos pontos lacrimais.



Fique de olho

Além do olho seco, lembrar de tratar também as doenças associadas, tais como blefarites ou ceratites de exposição, quando presentes. Se a história clínica for sugestiva da presença de doença do colágeno e/ou vascular e ainda não diagnosticada, referir o paciente ao especialista para avaliação.

Medidas para tratamento do olho seco leve, moderado e grave

Leve (grau I do rosa bengala)

1. Lágrimas artificiais quatro vezes ao dia.

Moderado (grau II do rosa bengala)

1. Aumentar a frequência de aplicação da lágrima artificial, sem preservativos, a cada 1-2 horas. Pode-se usar também lágrima artificial com conservante de alta eliminação até seis vezes ao dia. Se houver necessidade de usar lágrima artificial mais do que seis vezes ao dia, dar preferência a colírios sem preservativos, para evitar a toxicidade ocular.
2. Pode-se adicionar pomada lubrificante à noite.

Grave (graus III e IV)

1. Usar gel lubrificante de duas a cinco vezes durante o dia, intercalado com lágrima artificial, sem preservativos, a cada 1-2 horas.
2. Oclusão com pomada lubrificante à noite e, se houver necessidade, fazer oclusão alternada durante o dia.
3. Filamentos ou muco aderido à córnea devem ser removidos com pinça e utilizar colírio de acetilcisteína em solução a 10% a 20% quatro vezes ao dia.
4. Se as medidas acima forem ineficazes, fazer oclusão temporária do ponto lacrimal com “plug” de colágeno, catgut 2-0 (absorvidos em três semanas), cianoacrilato e silicone, ou oclusão definitiva.
5. Se os métodos acima falharem, tentar tarsorrafia lateral. Uma tarsorrafia lateral temporária com fita adesiva – para aproximar o 1/3 lateral das pálpebras – pode ser feita antes da tarsorrafia cirúrgica.

Conjuntivites bacterianas

O tratamento exige higiene local, uso de compressas frias, antibioticoterapia tópica de amplo espectro e o cuidado com associações de corticosteróides.

A coleta de material para cultura Gram e Giemsa deve ser realizada em paciente com quadros graves de conjuntivites hiperagudas, conjuntivites que não apresentam melhora após tratamento inicial e conjuntivites crônicas. Deve-se lembrar que o paciente precisa ficar, pelo menos, de 24 a 48 horas sem o uso de antibiótico tópico para a realização do exame de laboratório. O tratamento deve ser dirigido à doença de base, obedecendo ao resultado da cultura e do antibiograma.

Ceratite infecciosa (úlceras)

Na presença de alterações corneanas sugestivas de infecção bacteriana, fúngica ou viral, realizar a coleta de material do local da lesão para exame laboratorial, com o objetivo de identificar o agente etiológico para melhor direcionar o tratamento.

A coleta deve ser feita após a suspensão do uso de medicação tópica por 24 a 48 horas, na margem da úlcera e semeada em meios de cultura, além de **raspados** em lâminas para Gram e Giemsa. Deve-se manter o exame diário (2x/dia) durante a suspensão da droga.

O tratamento deve ser iniciado logo após a coleta do material para exame laboratorial, com antibióticos de amplo espectro, instilados a cada hora por 48 a 72 horas. Preconiza-se a associação de cefazolina ou cefalotina fortificada e aminoglicosídeo fortificado (tobramicina ou gentamicina) tópico ou subconjuntival.

Se a úlcera for menor do que 3 mm de diâmetro e localizada na periferia da córnea, entrar com o tratamento utilizando quinolonas.

Preparações tópicas para o tratamento de úlceras corneanas***Cefalotina forte***

Diluir o conteúdo de um frasco de cefalotina 1g em 4 ml de solução fisiológica estéril, sem preservativo. Da solução retirar 1 ml e adicionar a 4 ml de solução fisiológica. A solução final

contém 50 mg/ml (5%). É estável por 96 horas se conservada em geladeira. Pode ser conservada a 20 graus negativos, permanecendo estável por 12 semanas.

Gentamicina forte

Uma ampola de gentamicina 80 mg/2ml adicionada a um colírio de gentamicina 5 ml (3 mg/ml) proporciona uma solução com 13,5 mg/ml. Uma ampola de gentamicina 40 mg/ml adicionada a um colírio de gentamicina 5ml (3mg/ml) proporciona uma solução com 9,1 mg/ml.

Tobramicina Forte

Uma ampola de tobramicina contendo 75 mg/1,5 ml adicionada a um colírio tobramicina (3mg/ml) de 5 ml proporciona uma solução final com 13,8mg/ml.

Anfotericina B (1 mg/ml)

Diluir um frasco de anfotericina B 50 mg em 50 ml de água bidestilada estéril. A solução contém 1 mg/ml. Não utilizar lágrima artificial ou soro fisiológico como diluente. Conservar em geladeira (estabilidade de oito dias).

Esquema de tratamento das ceratites micóticas		
Ceratite	Filamentosa	Tópico: pimaricina 5% (50 mg/ml) de 1/1h ou 2/2h (colírio) Sistêmico: cetoconazol (oral) 200 mg de 12/12h
	Leveduriforme	Tópico: anfotericina B 0,5% (5 mg/ml) de 1/1h ou 2/2h Sistêmico: cetoconazol (oral) 200mg de 12/12h ou fluconazol (oral) 50 a 100 mg por dia



Fique de olho

Em úlceras corneanas graves, deve-se associar o uso subconjuntival de miconazol ou fluconazol.



O PACIENTE ENTENDEU E TEM ORIENTAÇÕES SUFICIENTES PARA SE CUIDAR DE FORMA ADEQUADA?

Qual a informação que se tem quando termina o tratamento? A que eu tive foi: olhe Marly, você pode ter reação, como você está tendo agora (eu sabia o que era porque eu tive durante o tratamento), e você retorne sempre que precisar. Mas você não sai com uma agenda de retorno [...] quem nunca teve reação não sabe o que é. Quantas vezes no meu trabalho de voluntária os pacientes saem das consultas e vêm me perguntar: o que é reação? Como é que ele vai saber se o que ele sentir é uma reação, se ele nunca teve? Além disso, tem a reação devida à doença e tem o problema dos efeitos colaterais dos remédios. Os efeitos colaterais da medicação são sérios e eles precisam entender a diferença.



Marly
(diretora do Gamah)

Estados reacionais

Na presença de estados reacionais que comprometem os olhos ou seus anexos, realizar tratamento sistêmico e/ou tópico, dependendo da gravidade de cada caso. O tratamento sistêmico deve ser feito conforme está descrito na publicação do Ministério da Saúde, *Cadernos de atenção básica* nº 21, de 2007, e o tratamento tópico deve ser realizado de acordo com as orientações a seguir.

Esclerites – episclerites

As episclerites são benignas e geralmente autolimitadas. Na maior parte dos casos são pouco sintomáticas e se curam entre duas e três semanas. A utilização de compressas frias e colírios de lágrima artificial resfriados permitem bom alívio dos sintomas. O uso de corticosteróides tópicos também permite a redução dos sintomas, mas em geral deve ser evitado, com exceção dos casos muito sintomáticos, pois podem levar a uma situação de dependência com rápida recorrência quando da interrupção do tratamento, como ocorre na situação de infiltrado subepitelial, na ceratoconjuntivite adenoviral. Em casos raros, a utilização de antiinflamatórios não hormonais pode ser necessária.

As esclerites sempre requerem a utilização de tratamento sistêmico, com antiinflamatórios não hormonais, corticosteróides sistêmicos ou drogas imunossupressoras. A utilização dessas diferentes formas de terapia depende da intensidade e da gravidade do quadro inflamatório. A terapia tópica, com colírios de corticosteróide, não permite o controle do quadro inflamatório, mas pode ser útil na redução dos sintomas nos casos mais intensos.

A primeira linha de tratamento para as formas difusa e nodular de esclerite anterior são os antiinflamatórios não hormonais. Existe uma longa lista de drogas nessa categoria, sendo as mais comumente usadas a indometacina (75 mg 2x/dia), o diclofenaco (75 mg 2x/dia), o flurbiprofen (100 mg 3x/dia), a fenolbutazona (100 mg 3x/dia) e o naproxen (250-500 mg 2x/dia).

Os casos resistentes aos antiinflamatórios não hormonais necessitam da utilização de corticosteróides sistêmicos (prednisona) na dose inicial de 1 a 2 mg/kg/dia. Esse nível é mantido por um período de, pelo menos, uma semana e depois diminuído paulatinamente (10 mg/semana), até atingir o nível de 20 mg/dia. A partir daí a redução precisa ser mais lenta, procurando-se atingir de 10 a 15 mg por dia, que é o nível sistêmico mais aceitável para utilização prolongada. Uma vez atingido este nível, com quadro estável, manter a dose por um período de pelo menos seis meses antes de tentar nova redução. A maior parte dos casos de recidiva ocorre durante a tentativa de redução rápida e precoce da medicação sistêmica.



Fique de olho

Outros aspectos da saúde geral devem ser considerados antes da iniciação de terapia sistêmica, principalmente por causa de problemas como hipertensão arterial, diabetes mellitus e osteoporose. A intervenção de um clínico é muito importante nestes casos.

As esclerites encontradas nos pacientes portadores de hanseníase são semelhantes às aquelas idiopáticas, da artrite reumatóide do adulto e da granulomatosa de Wegener.

Esquema resumido do tratamento das esclerites

- antiinflamatório não hormonal oral;
- esteróide sistêmico – em esclerites graves;
- imunossupressão no caso de falha com a corticoterapia;
- corticosteróide tópico;
- injeção subconjuntival de corticosteróides é contra-indicada;

- acrescentar bloqueador H2 oral: ranitidina 150 mg 2x/dia;
- enxerto escleral – se houver perfuração escleral.

Antiinflamatórios não hormonais mais utilizados no tratamento de esclerites

Nome do princípio ativo	Dose
Indometacina	25 mg 3x/dia
Flurbiprofen	100 mg 3x/dia
Diclofenaco	75 mg 2x/dia
Fenilbutazona	100 mg 3x/dia
Piroxicam	20 mg 4x/dia
Naproxen	250-500mg 2x/dia
Rofecoxib	25-50mg 1x/dia

Iridociclites

Os processos inflamatórios agudos que atingem a íris e também o corpo ciliar podem ser graves e levam rapidamente à perda da visão. Por isso, é importante o tratamento precoce e eficaz dessas crises, pois elas devem ser consideradas um quadro de urgência em oftalmologia.

O tratamento das uveítes anteriores agudas tem o objetivo de tratar o processo inflamatório intra-ocular e prevenir o aparecimento de complicações, tais como glaucoma secundário, sinéquias posteriores, etc. O uso de cicloplégicos e/ou midríaticos deve ser instituído, e a escolha do medicamento deve basear-se sempre na intensidade do processo inflamatório. É importante retirar o paciente da crise aguda o mais rápido possível. Para tanto, deve-se instituir o uso de corticosteróides por via oral e/ou tópica, em doses efetivas, na tentativa de impedir a cronificação da uveíte.

As uveítes anteriores crônicas podem ter evolução grave se não diagnosticadas e tratadas convenientemente. Deve-se ter cuidado no uso de medicamentos como corticosteróides, que podem causar doenças iatrogênicas, tais como indução precoce de catarata e glaucoma cortisônico.



Fique de olho

A monitorização da pressão intra-ocular é importante, já que as crises de uveíte podem cursar com o seu aumento. O uso de inibidores da anidrase carbônica, via oral ou de uso tópico, associado com o uso de colírios de beta bloqueadores, ajuda no controle da pressão intra-ocular nas fases agudas.

Esquema resumido de tratamento das iridociclites

Esquema resumido de tratamento das iridociclites			
	Corticosteróide tópico	Prednisona oral	Cicloplégico de curta duração
Agudo	2/2 h por 2 dias 3/3 h por 2 dias 4/4 h por 2 dias 8/8 h por 10 dias	40 mg por 7 dias 20 mg por 6 dias 10 mg por 6 dias 5 mg por 30 dias	6/6 h por 20 dias
Crônico	12/12 h por tempo indeterminado		12/12 h por tempo indeterminado

Catarata

A catarata nos portadores de hanseníase aparece mais precocemente que em pacientes normais, principalmente em olhos que foram acometidos por processos inflamatórios crônicos, como esclerite ou iridociclites.

Com relação à cirurgia de catarata, o oftalmologista pode optar segundo a sua experiência pela facoemulsificação ou pela técnica de extração extracapsular.

A cirurgia difere um pouco tecnicamente, quando existem alterações irianas, na presença de atrofia, causando miose, corectopia, múltiplas pupilas ou decorrentes das iridociclites crônicas, que podem causar sinéquias posteriores.

Outro detalhe a ser considerado é a utilização de túneis esclerais, pois não raro se observam pacientes que apresentam a esclera adelgada, inviabilizando este passo cirúrgico.

O implante de lente intra-ocular é mandatório, visto que a reabilitação da visão é muito importante, mormente em pacientes portadores de deformidades das mãos e dos pés. A destruição do septo nasal dificulta sobremaneira o apoio dos óculos, além de estes serem habitualmente pesados em função da correção da afacia.

Resumida e didaticamente, pode-se decidir pela técnica a ser utilizada em função do estado do olho e dos anexos do paciente.

Olho e anexos sem alterações causadas pela hanseníase

Realizar a cirurgia que está habituado a fazer, inclusive o pré e o pós-operatório. Lembrar que a catarata cortisônica é muito freqüente nesses pacientes, e talvez a facoemulsificação seja a melhor técnica a ser utilizada.

Olho normal com alterações dos anexos: lagoflato, ectrópio, entrópio e triquíase

Corrigir primeiro essas alterações e operar a catarata um mês após, usando a técnica habitual.

Olho acometido pela hanseníase

- **esclera fina:** usar a técnica extracapsular suturando com maior número de pontos (há possibilidade de eles cortarem a esclera, ocasionando deiscência da sutura). Se aparecer astigmatismo a favor da regra que necessite de correção, cortar os pontos paulatinamente somente a partir do terceiro mês. Considerar a utilização da técnica de facoemulsificação, com incisão *clear córnea*;
- **leucoma:** fazer a técnica habitual com passos mais lentos (paciência e bom-senso);
- **íris atrófica** – usar ganchos irianos ou iridectomia periférica às 12 h seguido de iridotomia. Estas manobras ajudam sobremaneira a extração ou a facoemulsificação do núcleo, porém conduzem à midríase parálitica;
- **uveíte crônica:** usar a técnica habitual, utilizando em alguns casos prednisona oral no pré e no pós-operatório.

Pré-operatório

1. exames laboratoriais de rotina e avaliação do risco cirúrgico;
2. avaliação cuidadosa da fisiologia palpebral;
3. prescrição de colírio antibiótico pré-operatório um a dois dias antes da cirurgia (preferencialmente quinolonas de 2ª ou 4ª geração).



SAÚDE DA FAMÍLIA: A MÉDICA EXAMINOU OS MEUS OLHOS E EU NÃO SENTIA O FIO

Eu já conhecia a doença por causa das campanhas da televisão. Comecei sentindo cansaço e mal-estar. Depois tive que deixar o trabalho de doméstica, pois não dava mais conta do serviço. Vim fazer uma consulta com dra. Ana, que me examinou e pediu vários exames, inclusive o da orelha. Eu tinha uma mancha branca na coxa e outras nas costas. O exame deu positivo e ela me explicou que eu ia tomar uma medicação forte para a hanseníase e outra para as dores nas articulações. Ela fez o exame dos meus olhos e viu que eu não sentia quando passava o fio. Outro problema foi que eu perdi a força nas pernas e caí umas três vezes, aí vim aqui fazer a avaliação da minha força e comecei a fisioterapia. Também fui encaminhada para o exame com a neurologista, mas meus tendões não estão afetados. Eu gostava muito da dra. Ana, mas ela saiu daqui no meio do meu tratamento e me encaminhou para outro médico. Depois ela foi substituída por dr. Djalma, e eu preferi voltar a ser atendida aqui no Posto de Saúde da Família, porque é perto de minha casa e a minha medicação sempre vinha certinha.



Ezilda

Técnica cirúrgica

1. instilação de colírio de povidona 5% logo após a entrada no centro cirúrgico;
2. anestesia peribulbar com bupivacaína 6 ml transcutânea no quadrante inferotemporal da órbita;
3. antisepsia da face com povidona 10%;
4. incisão conjuntival de base fórnice;
5. cauterização dos vasos;
6. incisão “em carranca” de 7 mm com lâmina nº 11, atingindo a metade da espessura escleral (figura 3);
7. delaminação do túnel escleral, 1 mm além do limbo (córnea clara), estendendo o limite de 1 mm além das extremidades da incisão escleral;
8. perfuração da câmara anterior (CA) com lâmina de 3 mm;
9. preenchimento da CA com viscoelástico;
10. capsulorexis ampla com agulha de insulina ou com pinça de Ultrata;
11. hidrodissecção do núcleo deslocando-o para a CA;
12. injeção de viscoelástico acima e abaixo do núcleo para proteção do endotélio e cápsula posterior, respectivamente;

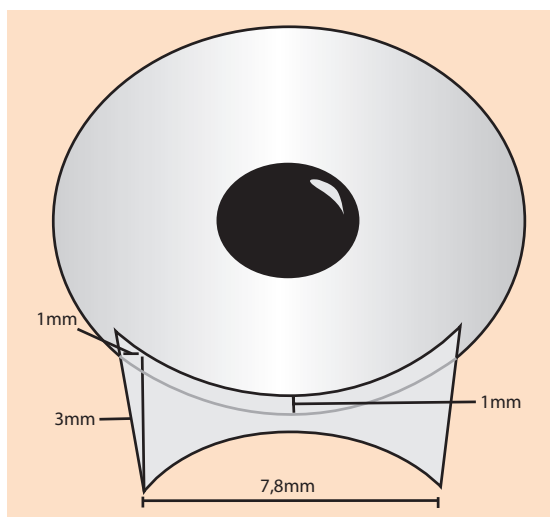


Figura 3

13. retirada do núcleo por meio de viscoexpressão (injeção de viscoelástico atrás do núcleo luxado, elevando levemente a incisão corneana com pinça colibri);
14. aspiração das massas cristalínias com a cânula de dupla-via de Simcoe;
15. injeção de viscoelástico preenchendo o saco capsular;
16. inserção de lente intra-ocular (LIO) de 7 mm com auxílio do gancho de Sinsky;
17. sutura escleral com quatro a cinco pontos separados, sepultados;
18. injeção de 1 ml de dexametasona na conjuntiva superior;
19. curativo.

Pós-operatório

Exames de acompanhamento devem ser realizados no primeiro dia, no sétimo dia, na terceira semana e na sexta semana.

1. remoção do curativo no dia seguinte;
2. inibidor da anidrase carbônica nos casos de hipertensão ocular;
3. colírio de antibiótico e corticóide, associados ou não, no seguinte esquema: 1 gota de 3/3 h no primeiro dia; 4/4 h, na primeira semana, e 1 gota 6/6 h/dia durante um mês.

Quando o processo inflamatório for intenso, no primeiro dia aumentar a frequência de instilação dos colírios.

Glaucoma

O tratamento de glaucoma em pacientes com hanseníase nada difere dos pacientes sem hanseníase, quer sejam portadores de glaucoma primário de ângulo aberto ou glaucoma agudo de ângulo fechado.

Nos casos em que o tratamento medicamentoso é insuficiente, há indicação de tratamento cirúrgico, que vai desde a trabeculectomia clássica associada ou não a drogas como mitomicina ou fluouracil até o uso de cirurgias filtrantes com válvulas intra-oculares nos casos mais rebeldes.



Fique de olho

O uso de antimetabólicos (mitomicina ou fluouracil) está contra-indicado nos casos de olhos com esclerites crônicas.

Ceratoplastia

A cirurgia é indicada nos casos que apresentam diminuição da transparência corneana, que comprometem a acuidade visual e na presença de úlceras corneanas em eminência de perfuração.

Esta talvez seja a cirurgia mais difícil de se indicar, pela grande probabilidade de complicações pós-operatórias e pelo prognóstico reservado.

Há necessidade de que o posicionamento das estruturas palpebrais estejam normais ou que tenham sido corrigidas por cirurgias prévias, e que o sistema lacrimal esteja com sua fisiologia preservada.

Deve-se analisar se o limbo mantém sua função, para que não haja complicações decorrentes da alteração de suas células germinativas. Na caso de disfunção limbar há risco de conjuntivalização, falência do enxerto, etc.

Técnica cirúrgica

1. instilação de colírio de povidona 5% logo após a entrada no centro cirúrgico;
2. anestesia peribulbar com bupivacaína 6 ml transcutânea no quadrante inferotemporal da órbita;
3. antisepsia da face com povidona 10%;
4. colocação do blefarostato, observando-a para ver se não está comprimindo o bulbo ocular;
5. fixação do anel de Flieringa com pontos de seda 6-0;
6. avaliação do tamanho do trépano a ser usado. Este tempo poderá ser feito no pré-operatório na lâmpada de fenda;
7. trepanação da córnea doadora através do “punch” 0,5 mm acima do trépano que será usado na córnea receptora;
8. trepanação da córnea receptora usando trépano e tesoura de córnea apropriada – é importante o uso de viscoelástico para proteger a íris e o cristalino;
9. liberação de sinéquias anteriores, se existentes;
10. facectomia extracapsular e colocação de LIO de 7 mm, se houver indicação – é importante usar a capsulorexis que protege melhor no caso de pressão vítrea elevada;
11. colocação de viscoelástico para proteção do endotélio;
12. colocação de quatro pontos separados de mononylon 10-0, às 3, 6, 9 e 12 h, usando de preferência a pinça de Polack;
13. colocação de três a quatro pontos de mononylon 10.0 em cada quadrante, entre os pontos referidos anteriormente;
14. sepultamento dos pontos;
15. aspiração da metilose 2% com a cânula dupla via de Simcoe, conectada com o frasco de Ringer Lactato;
16. injeção subconjuntival de 1 ml de dexametasona;
17. curativo;
18. colocação do protetor de plástico (prevenção de trauma).

Pós-operatório

1. inibidor da anidrase carbônica – 1 comprimido de 12/12 h, monitorando a Po no dia seguinte;
2. colírio de antibiótico e corticóide de 4/4 h na primeira semana – a seguir de 6/6 h durante três semanas; Depois suspender o colírio de antibiótico mantendo o de corticosteróide com diminuição progressiva conforme a evolução de cada caso;
3. diclofenaco potássico 50 mg – 1 comprimido de 12/12 h durante uma semana;
4. prednisona 20 mg – 2 comprimidos – pela manhã em casos de processo inflamatório exuberante ou rejeição, diminuindo a dosagem à medida que o processo regridir;
5. lente de contato terapêutica nos casos de defeito de epitelização;
6. retirada de pontos em face da vascularização destes, sendo o ideal retirá-los no mínimo após seis meses, devendo ser feito seletivamente, objetivando corrigir o astigmatismo induzido pela sutura.

Alterações palpebrais

Tratamento segundo a classificação clínico-cirúrgica do lagofthalmo

Grau I – Manter somente o tratamento clínico conservador, baseado em lubrificação local, evitar ambientes que levem ao ressecamento corneano: ar-condicionado, ventilador, ventos, poeira, fumaça, gases, poluição e outras medidas já descritas. Prescrever óculos para proteção diurna.

Indicar exercícios palpebrais em casos de paresia e lagofthalmo leve.

Exercícios palpebrais

Técnica:

- pedir ao paciente que feche os olhos suavemente;
- pedir que ele agora feche com força máxima;
- permanecer assim por 5 segundos (contar lentamente 1-2-3-4-5);
- pedir para abrir os olhos, relaxar;
- fazer três sessões diárias com dez exercícios cada vez.

Grau II – O tratamento aqui implica, além do tratamento conservador, algum tipo de procedimento cirúrgico, com intervenções isoladas e menos elaboradas, tais como blefarorrafias, cantoplastias ou peso de ouro.

Prescrever óculos para proteção diurna enquanto aguarda a cirurgia.

Indicar proteção noturna em casos de lagofthalmo maior e ectrópio, com o uso de óculos protetor de pano forrado de espuma para proteger os olhos durante o sono.

Grau III – O tratamento cirúrgico nestes casos deve ser urgente e instituído de imediato, sem prejuízo de se manter também o tratamento clínico local. Neste grau não se conseguirá resolver o lagofthalmo com técnicas cirúrgicas isoladas, e sim utilizando sempre associações de técnicas, como por exemplo: peso de ouro + retrocesso dos retratores (pálpebra superior); enxerto de cartilagem auricular + retrocesso de retratores + tarsal-strip (pálpebra inferior).

Prescrever óculos para proteção diurna enquanto aguarda a cirurgia e indicar proteção noturna.

Alterações da relação margem palpebral/bulbo: ectrópio e frouxidão ligamentar

O tratamento cirúrgico não depende tanto do diagnóstico etiológico preciso, pois há sempre de se corrigir o posicionamento palpebral, diminuindo a frouxidão tecidual das estruturas comprometidas. Na grande maioria dos casos o ligamento palpebral lateral está muito frouxo e alongado, podendo ainda ocorrer ceratinização conjuntival e retração de fórnice inferior pela exposição. A técnica cirúrgica mais utilizada nestes casos é o tarsal-strip.

Frouxidão da lamela anterior pré-tarsal da pálpebra superior: anomalias do sulco palpebral superior, ptose ciliar e entrópio

O tratamento cirúrgico consiste no reposicionamento da lamela anterior numa posição mais alta, refazendo a aderência entre a pele e o plano profundo do levantador da pálpebra superior.

Triquíase

O tratamento cirúrgico em cílios isolados é a epilação. Esta pode ser temporária ou definitiva. Na temporária, utiliza-se a pinça para retirada, e na definitiva, eletrocoagulação ou laser.

Em cílios agrupados retira-se em pentágono todo segmento palpebral acometido. Em casos de mais cílios em triquíase utilizar técnica cirúrgica para retirada destes cílios ou realizar enxerto de mucosa labial na borda palpebral (técnica de van Milligen).

Alterações posicionais

Técnicas cirúrgicas recomendadas

As técnicas recomendadas a seguir representam as opções mais simples e passíveis de execução pelo não-especialista em plástica ocular.

1. lagofthalmo isolado peso de ouro (ou similar);
2. ectrópio (inferior) encurtamento horizontal (considere estabilizar a porção medial da pálpebra);
3. triquíase epilação, ressecção pentagonal.

Material cirúrgico básico

Cautério

Diferente do olho propriamente dito, as pálpebras representam uma interface entre os sistemas carotídeos interno e externo, ou seja, são estruturas extremamente vascularizadas, com alto potencial de sangramento. Não se deve iniciar cirurgias palpebrais sem que um cautério monopolar (ou pinça bipolar) esteja disponível.

Fios:

- seda preta ou nylon 6-0;
- vycril ou similar 6-0;
- prolene 5-0 biagulhado.

Instrumental mínimo:

- um porta-agulhas;
- duas pinças com dentes;
- duas tesouras retas ou do tipo Westcott;
- um cabo de bisturi para lâminas nº 15 ou 11;
- um afastador Desmarres ou similar.

Anestésico:

- xilocaína 2,0% ou bupivacaína 0,5% com vasoconstritor.



O COMPROMISSO
COM A QUALIDADE
DE VIDA DAS
PESSOAS ULTRAPASSA
BARREIRAS

Quando eu cheguei, o hospital ainda funcionava como asilo. Hoje, os ex-pacientes moram em casas próximas daqui. Na época muitos tinham membros amputados, problemas oculares, desabamento de pálpebras, ressecamento de córnea, úlceras, lacrimejavam, e para mim era difícil ver aquilo. Eles me falavam do incômodo, que não iam às festas e não queriam visitas em sua casa porque tinham vergonha. Eu comecei a me perguntar em que a psicologia podia contribuir para melhorar a qualidade de vida daquelas pessoas. Para minimizar esse sofrimento, a gente fazia reuniões com eles para saber que recursos podiam melhorar seu dia-a-dia. Trabalhamos nessa escuta, no reconhecimento do corpo que ele tinha. Buscamos os recursos possíveis, sabendo que estávamos prevenindo um prejuízo maior no futuro e dando mais autonomia. Viabilizamos protetores para os olhos, cirurgias plásticas de reparação de pálpebras, cadeiras de rodas... Minhas amigas me perguntavam se aquilo era psicologia. Mas o que é psicologia se não dar uma melhor qualidade de vida às pessoas? Eu me sentia bem podendo ajudá-los e eu ficava tão feliz!.



Eliane (psicóloga)

Detalhamento das técnicas

Lagoftalmo isolado

Peso de ouro (fig. 4)

É utilizado em casos de típica situação de lagoftalmo com Bell insuficiente (fig. 4A). Pesos de ouro podem ser confeccionados por qualquer protético. Na maioria dos casos haverá necessidade de implantar pesos entre 1 ou 1,4 gramas:

- Após infiltração subcutânea da solução anestésica na área pré-tarsal e pré-septal da pálpebra superior, abre-se o plano miocutâneo, de preferência no sulco palpebral superior, caso este esteja presente. Caso o sulco não esteja bem definido, a incisão deve ser feita logo acima da margem superior da placa tarsal (fig. 4B).
- Após a incisão, o cirurgião deve expor o tarso numa extensão suficiente para fixar o peso. Invariavelmente, a incisão vai provocar sangramento, que deve ser controlado com o cautério. Em seguida, com a ponta da tesoura, pode-se tocar o tarso, e a partir da identificação da consistência rígida dessa estrutura abre-se o orbicular pré-tarsal até observar a face branca da superfície anterior do tarso (fig. 4C).
- Posicionamento do peso de ouro – o peso deve ser colocado sobre o tarso e recoberto do orbicular pré-tarsal. É fundamental que ele seja suturado diretamente no tarso com fio de vycril ou seda 6-0. Caso contrário, o risco de lateralização e/ou exposição pós-operatória do peso é grande (fig. 4D).
- Finalmente, a ferida tem de ser fechada em dois planos. Primeiro, sutura-se o músculo orbicular com vycril 6-0 – este passo é fundamental para minimizar extrusões –, e em seguida fecha-se a pele com seda ou nylon 6-0 (fig. 4E).

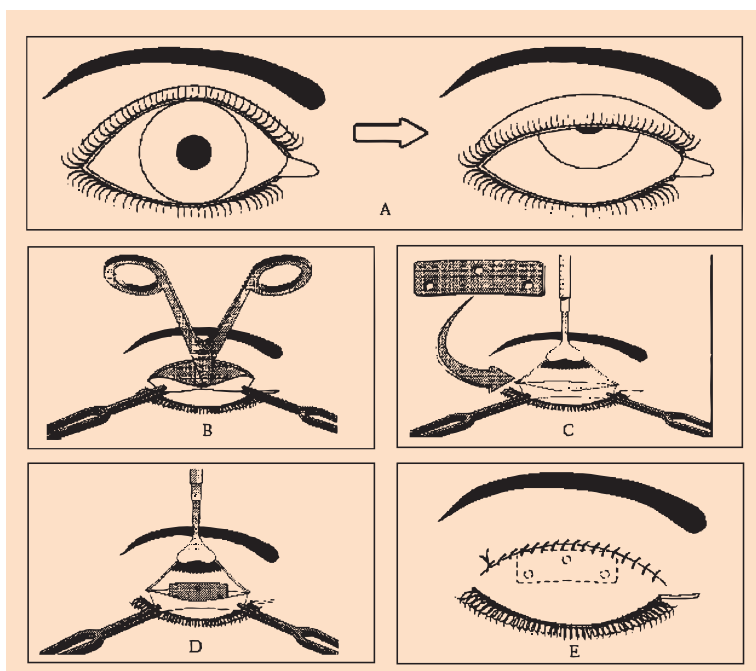


Figura 4 – Técnica de peso de ouro para lagoftalmo isolado

Ectrópio da pálpebra inferior (fig. 5)

- a) Corte sagital da pálpebra inferior em ectrópio (fig. 5 A).
- b) Após infiltração da pálpebra inferior e região do canto lateral com a solução anestésica, faz-se uma cantotomia com bisturi ou diretamente com tesoura. Em seguida faz-se a cantólise. É importante que o instrumento cortante seja direcionado de maneira angulada, como mostram as figuras 5B e 5C, no sentido de se facilitar a secção da expansão do ligamento ao tarso. A secção do tendão e do seu ramo inferior é então completada de modo que a pálpebra fique inteiramente solta. Em seguida, traciona-se a pálpebra sobre o rebordo lateral para dimensionar a quantidade de tecido a ser ressecada (Figura 5D). Após a ressecção do fragmento palpebral (fig. 5 E), passa-se um fio de prolene bi-agulhado 5-0 no tarso, ancorando-o na borda lateral interna da órbita, logo abaixo da inserção do ligamento cantal superior. É importante que as agulhas da sutura entrem no perióstio da face interna da reborda lateral (fig. 5F). Finalmente, fecha-se a pele com nylon ou seda 6-0 (fig. 5 G).

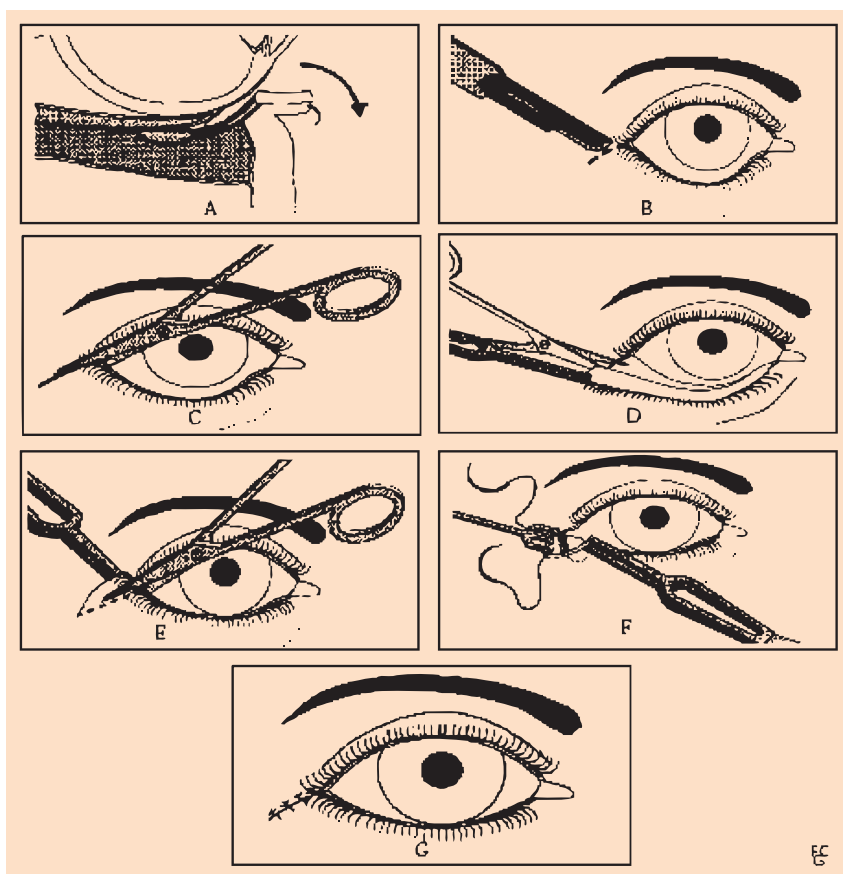


Figura 5 – Técnica cirúrgica para correção do ectrópio inferior

Triquíase (fig. 6)

Ressecção pentagonal – pode ser usada em casos em que a triquíase coexiste com frouxidão horizontal (fig. 6A). Caso não haja frouxidão horizontal, a ressecção pentagonal pode exigir uma cantólise a fim de que as margens palpebrais sejam fechadas sem tensão. Após infiltração da

pálpebra inferior com solução anestésica, resseca-se o segmento contendo os cílios em triquiase, como mostra a figura 6B. Os cortes verticais têm de ultrapassar a altura do tarso.

A sutura deve ser cuidadosa – dois pontos (seda 6-0) devem ser colocados na margem palpebral, um anterior e outro posterior à linha cinzenta (fig. 6C). O ponto atrás da linha cinzenta é posicionado sobre a linha das glândulas de Meibomius. É fundamental que além desses dois pontos a face anterior do tarso seja suturada com um ou dois pontos de vycril 6-0. Em seguida fecha-se o plano miocutâneo com pontos separados de seda ou nylon 6-0. Essa sutura pode englobar as pontas dos fios colocados na margem, de modo que estes não toquem a córnea (fig. 6D)

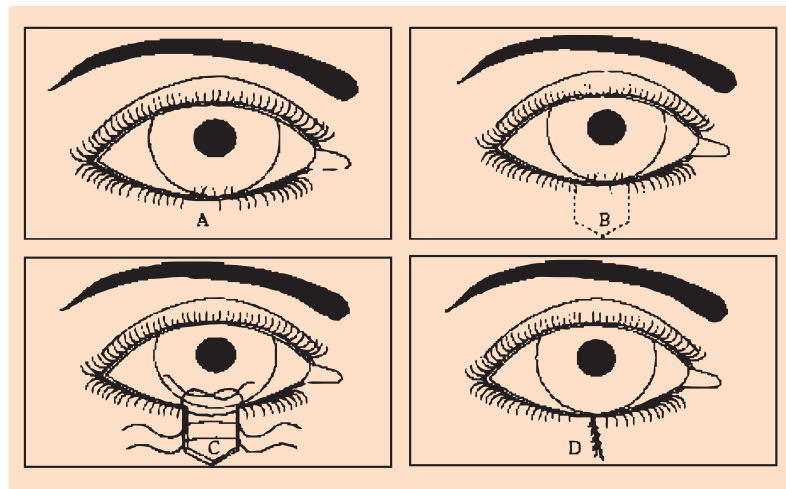


Figura 6 – Técnica cirúrgica para a correção de triquiase

ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO



A FALTA DE ORIENTAÇÃO AUMENTA O DANO CAUSADO PELAS INCAPACIDADES

Quando a gente sai na rua e leva um vento forte, a gente fecha os olhos automaticamente pelo efeito da poeira e do incômodo que ela causa. A pessoa que não tem sensibilidade continua com os olhos abertos, e isso provoca pequenas lesões que ela não percebe. Se ela não consegue fechar os olhos completamente, ela dorme com eles abertos, e o lençol, a fronha também causam danos. Quando ela não tem sensibilidade no pé, ela se fere e não sente, se machuca e continua andando sobre a área afetada. A ferida pode infectar-se e tornar-se crônica. Daí a importância da prevenção e da capacitação dos profissionais de saúde para atenderem e orientarem os pacientes sobre o autocuidado, principalmente os que têm seqüelas.



Danusa (gestora)

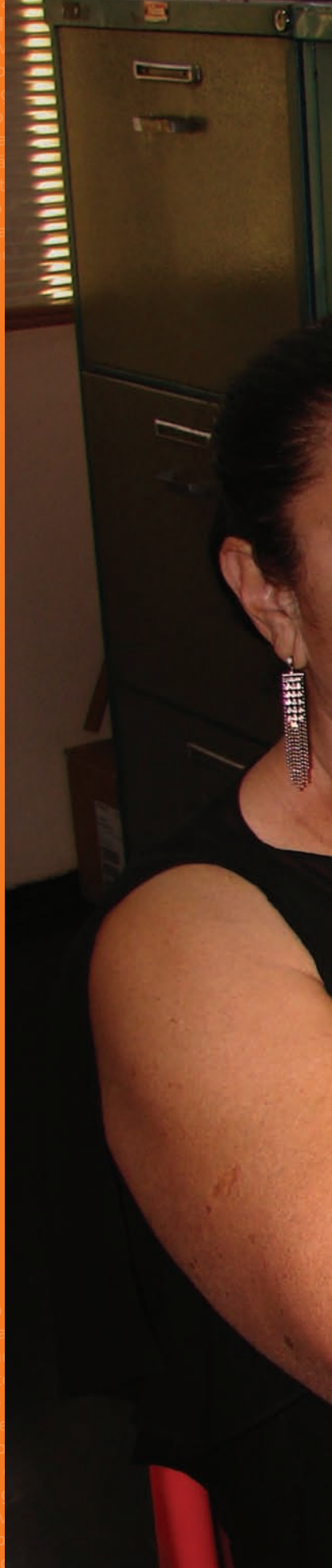




Foto: Renato Mendes

Quando o usuário chega à unidade de saúde, ou por ser cadastrado naquela unidade ou por ter sido referenciado por outra, em ambas as situações a forma como é recebido influencia consideravelmente sua expectativa. Sobretudo se é um paciente com problemas de visão, decorrente de patologias diversas, dentre elas a hanseníase. Os cuidados integrais que recebe dos profissionais de saúde se constituem em direitos que valorizam sua cidadania e seu bem-estar.

A partir do diagnóstico, o paciente deverá ser informado, orientado e esclarecido sobre a patologia que apresenta. Em todos os momentos, seus conhecimentos e crenças devem ser valorizados, procurando-se adequá-los aos conceitos atuais.

É neste momento que começa o processo de educação em saúde para este paciente, quando as informações e as orientações sobre sua saúde são repassadas pelos profissionais, um direito que ele tem e é garantido pela Constituição Federal e pelas leis específicas da saúde. É também o momento em que os deveres do paciente ficam claros para ele, quando reconhece que a adesão ao tratamento, ao uso de medicamentos e aos auto-exercícios para prevenção dependem do seu compromisso pessoal.

Todos os profissionais da equipe deverão estar aptos a participar deste processo, utilizando uma mesma linguagem, reforçando assim as informações e esclarecendo os questionamentos do paciente de forma constante e dinâmica.

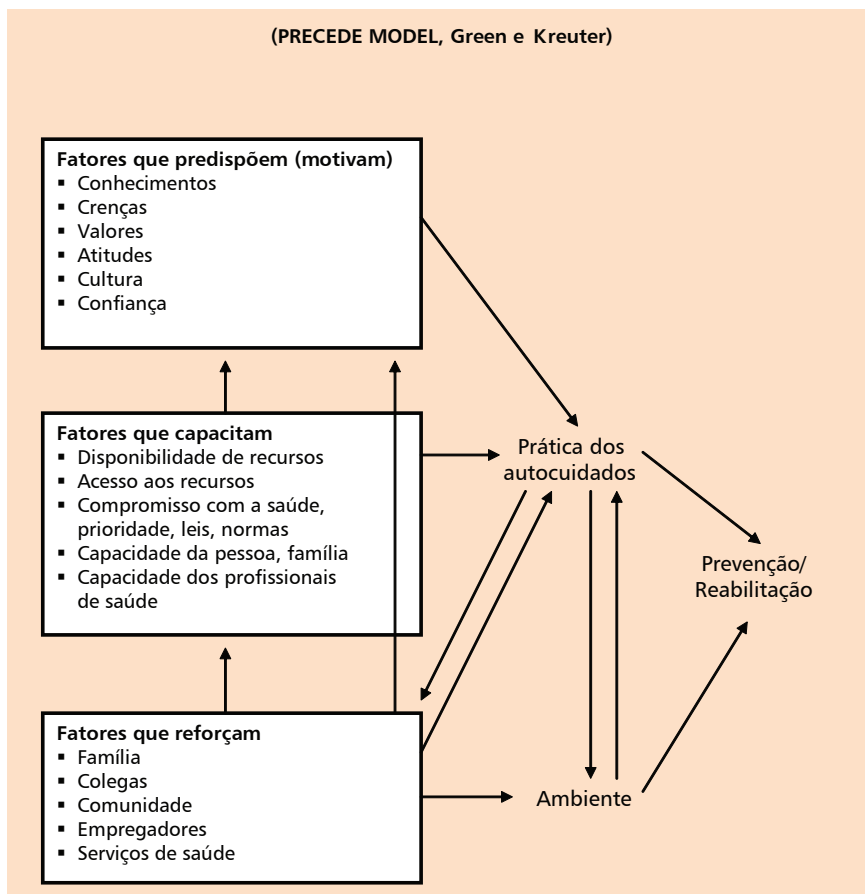
No caso de pacientes já com deficiências instaladas, eles precisam conhecer a legislação que protege pessoas com deficiência, entre elas a deficiência visual, quando têm direito a órteses e outras ajudas técnicas, se necessárias. A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, no art. 3º, item XI, considera como um componente fundamental “o acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados no SUS”.

Durante a avaliação, cada passo deve ser discutido e esclarecido de forma que o paciente possa entender o como e o porquê de cada atividade necessária ao tratamento. Essas atividades deverão ser realizadas com o paciente, orientando-o sobre como prevenir ou tratar as alterações que porventura possa apresentar, estimulando o autocuidado.

As atividades de prevenção deverão ser executadas dando ênfase àquelas que forem passíveis de serem realizadas em domicílio, estimulando os pacientes a trabalhar essas técnicas com outros indivíduos em sua comunidade.

Os autocuidados são ações e atividades que o próprio paciente realiza para evitar o surgimento de problemas e/ou detectá-los precocemente para evitar suas complicações. Para tanto, é necessário que ele tenha o conhecimento, as habilidades e o apoio adequados. Para que ele alcance este conhecimento e habilidade precisa ser orientado pelo profissional de saúde responsável pela sua reabilitação. O apoio virá do acolhimento que ele terá no serviço de saúde, dos seus familiares e dos seus amigos/colegas no trabalho e na comunidade.

A prática dos autocuidados parece ser algo simples, mas na realidade é um processo complexo. O modelo PRECEDE (Preceding, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) (GREEN; KREUTER, 1992) ajuda-nos a entender essa complexidade. Ele pode ser utilizado para avaliar as necessidades e planejar as intervenções apropriadas. O seguinte esquema, adaptado do modelo PRECEDE, ajuda-nos a identificar fatores que facilitam ou impedem a realização adequada dos autocuidados.



Esquema 1 – Fatores que facilitam ou impedem a realização adequada dos autocuidados

Algumas atividades mais comuns a serem realizadas no tratamento específico da hanseníase na presença de problemas em olhos.

Com relação ao tratamento específico:

- assumir o tratamento quimioterápico;
- informar ao profissional se surgirem efeitos colaterais dos medicamentos;
- informar ao profissional se surgirem novos sinais ou sintomas.

Com relação aos aspectos sociais:

- continuar o trabalho, o estudo, as atividades sociais na família e na comunidade;
- informar ao profissional se houver dificuldade na continuidade dessas atividades por causa da hanseníase.

“

ÀS VEZES, NÃO SE TEM COLÍRIO NEM ÓCULOS ESCUROS

Agora em termos dos serviços de saúde, eu acho que a gente tem que ter um acompanhamento assim melhor. Eu sinto muita coceira nos olhos. Vou ao posto, mas não tenho como comprar o colírio, porque eu não trabalho e tenho problema nas duas mãos.

”

Damião

Com relação aos aspectos físicos (olhos);

- fazer auto-inspeção e avaliação diária dos olhos;
- utilizar proteção nas atividades de vida diária;
- realizar procedimentos indicados;
- informar ao profissional se não houver melhora do quadro.



Fique de olho

O usuário do SUS com hanseníase tem uma cartilha chamada Hanseníase e direitos humanos, publicada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase/MS, na qual estão ilustrados exercícios de autocuidado, no capítulo Conhecendo os seus deveres na prevenção de incapacidades. Oriente o paciente a realizar diariamente os exercícios com os olhos.

Nº 93 – DOU de 16/05/08

Ministério da Saúde

PORTARIA Nº 957, DE 15 DE MAIO DE 2008

Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições; e

Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica das doenças oftalmológicas no Brasil e o quadro de morbidade do País, composto por elevada prevalência de patologias que levam às doenças oftalmológicas;

Considerando a necessidade de se promover o atendimento integral em oftalmologia aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a necessidade de estabelecer uma nova conformação para as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia;

Considerando a possibilidade de êxito de intervenção na história natural das doenças oftalmológicas, por meio de ações de promoção e prevenção, em todos os níveis de atenção à saúde;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das doenças oftalmológicas;

Considerando a necessidade de conceituar ações na Atenção Básica, nas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e nos Centros de Referência em Oftalmologia;

Considerando a necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação ao tratamento em oftalmologia no País;

Considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente o controle e a implantação de serviços ambulatoriais e hospitalares e de estabelecer critérios e rotinas para credenciamento de Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e Centros de Referência em Oftalmologia;

Considerando a necessidade da implantação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção em oftalmologia, com vistas à qualificação da gestão pública, conforme o previsto na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, e de acordo com as legislações vigentes; e

Considerando que essa atenção exige uma estrutura ambulatorial e hospitalar, com área física adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnose e terapia, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos capazes de realizarem procedimentos clínicos, intervencionistas e/ou cirúrgicos de média ou de alta complexidade aos portadores de doenças oftalmológicas, resolve:

Art. 1º - Instituir a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º - Estabelecer que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação

da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;

III - identificar os determinantes e os condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas, que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica;

V - ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia;

VI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas;

VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º - Definir que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações estas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade;

III - a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada Unidade Federada e os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal;

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica;

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo;

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação;

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação;

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

X - acesso à assistência farmacêutica disponibilizada pelo SUS; e

XI - acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS.

Art. 4º - Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, que adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia instituída por esta Portaria.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as Portarias nº 1.311/GM, de 29 de novembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 230-E, de 30 de novembro de 2000, seção 1, página 18, e as nºs 866 e 867/GM, de 9 de maio de 2002, publicadas no - DOU nº 90, de 13 de maio de 2002, Seção 1, pág. 35.

José Gomes Temporão

REFERÊNCIAS

ALLEN, J. H.; BYERES, J. L. The pathology of ocular leprosy. *Arch. Ophthalmol.*, [S.l.], v. 64, n. 2, p. 216-20, 1960.

ALMEIDA, E. F. Mal de Hansen. *Arq. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 55, n. 5, p. 209-10, 1992.

ANDERSON, A. M.; CROFT, R. P. *Reliability of Semmes Weinstein monofilament and ballpoint sensory testing, and voluntary muscle testing in Bangladesh. Lepr. Rev.*, [S.l.], v. 70, p. 305-13, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília, 2007. 199 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. *Manual de prevenção de incapacidades*. 3. ed., rev. e ampl. – Brasília : 2008.140p.

CAMPOS, W. R. *Biópsia conjuntival em portadores de doença de Hansen*. 1989. Tese (Doutorado)– Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1989.

COSTA, M. S. et al. Avaliação oftalmológica em hanseníase multibacilar. *Arq. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 62, n. 6, p. 701-703, 1999.

COURTRIGHT, P.; JOHNSON, P. *Prevention of blindness in leprosy*. London: International Centre for Eye Health, 1988.

CRISTOFOLINI, L.; SALOTTI, S. R. A.; VIETH, H. Proposta para avaliação e cuidados oculares na hanseníase. *Salusvita*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 82-91, 1988.

DANA, M. R. et al. Ocular manifestations of leprosy in a noninstitutionalized community in the United States. *Arch. Ophthalmol.*, [S.l.], v. 112, p. 627-9, 1994.

DELLACROCE, J.; FRANÇA, V. P.; SOARES, E. J. C. Lagoftalmo Paralítico: uma proposta de classificação clínico-cirúrgica. *Arq. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 50, n. 5, p. 318-24, 1995.

EPIRITU, C. G.; GELBER, R.; OSTLER, H. B. Chronic anterior uveitis in leprosy: an insidious cause of blindness. *Br. J. Ophthalmol.*, [S.l.], v. 75, p. 273-5, 1991.

FFYTICHE, T. J. *Cataract surgery in the management of the late complications of lepromatous leprosy in South Korea*. *Br. J. Ophthalmology*, [S.l.], v. 65, p. 243-8, 1981.

GREEN, L. W.; KREUTER, M. V. CDC'S Planned Approach to Community Health... an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education*, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 40-147, 1992.

JOPLING, W. H. *Manual de lepra*. Rio de Janeiro: Ateneu, 1988. 154 p.

KARAÇORLU, M. A. et al. Cornea sensitivity and correlations between decreased sensitivity and anterior segment pathology in ocular leprosy. *Br. J. Ophthalmol.*, [S.l.], v. 75, p. 117-9, 1991.

KIRWAN, E. W. O. G. Ocular leprosy. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, [S.l.], v. 48, p. 112-118, 1955.

MAAKAROUM, M. J. et al. Correção de madarose superciliar decorrente da hanseníase por meio de enxerto livre de couro cabeludo. *Rev. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 56, n. 4, p. 267-75, 1997.

MARADEI, J. et al. Complicações oculares como causa de incapacidade visual na hanseníase. *Arq. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 61, n. 1, p. 11-4, 1998.

MONTEIRO, L. G. et al. Estudo das alterações oculares em hansenianos de controle ambulatorial. *Rev. Bras. Oftal.*, v. 51, n. 3, p. 168-9, 1992.

OREFICE, F.; BORATTO, L. M. Estudo da clínica ocular em hansenianos em hospital de dermatologia sanitária. A prevenção em nossas mãos. *Arq. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 53, n. 1, p. 13-16, 1990.

OREFICE, F.; CAMPOS, V. E. Hanseníase. In: OREFICE, F.; RUBENS JR., B. *Uveítes*. São Paulo: Roca, 2000. p. 20-25.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Doenças* (CID – 10). [S.l., 19--?].

_____. *Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública*. Genebra, 1995.

SANTOS, P. M. et al. Estudo comparativo da sensibilidade córneo-conjuntival em hansenianos e indivíduos sadios utilizando monofilamentos de Semmes-Weinstein. *Arq. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 60, n. 5, p. 493-500, 1997.

SANTOS, P. M. et al. Estudo das alterações oculares em portadores de hanseníase de hospital colônia. *Arq. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 58, n. 2, p. 130-7, 1995.

SANTOS, R. C. R. et al. Alterações posturais de pressão intra-ocular e arterial em portadores da doença de Hansen. *Rev. Bras. Oftal.*, [S.l.], v. 56, n. 8, p. 595-99, 1997.

SCARPI, M. J. Olho seco. In: BELFORT JR., R.; KARA, J. N. *Córnea: clínica – cirúrgica*. São Paulo: Roca, 1996. p. 285-99.

SMOLIN, G. Hansen's disease: Have we advanced in the last 20 years? *International Ophthalmology Clinics*, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 46-8, 1990.

VIETH, H.; SALLOTTI, S. R. A.; PASSEROTTI, S. Avaliação e tratamento do olho seco na hanseníase. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v. 40, n. 2/3, p. 118-22, 1987.

VIETH, H.; SALOTTI, S. R. A.; PASSEROTI, S. *Guia de Prevenção Ocular em Hanseníase*. São Paulo: Imprensa Oficial, [19--?]. 54 p.

WOODS, W. J. Manifestações Oftalmológicas. In: TALHARI, S.; NEVES, R. G. *Dermatologia tropical -Hanseníase*. Manaus: [s.n.], 1997. cap. 5, p. 67-75.



Este manual faz parte de uma série de cinco manuais direcionados para a prevenção e reabilitação em hanseníase:

1. Manual de prevenção de incapacidades
2. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes
3. Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase
4. Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase
5. Manual de adaptações de palmilhas e calçados

Exemplares destes manuais foram enviados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para serem distribuídos entre os profissionais de saúde e estão disponíveis no portal do MS.

Disque-saúde

0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/bvs

Secretaria de Vigilância em Saúde

www.saude.gov.br/svs



Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

