



# PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



**PROTOCOLO DE  
OFTALMOLOGIA**



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**JOSÉ RENATO CASAGRANDE**

Governador do Estado do Espírito Santo

**NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR**

Secretário de Estado da Saúde

**QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA**

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

**FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS**

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

**GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS**

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da  
Atenção à Saúde

**JOSÉ TADEU MARINO**

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

**LUIZ CARLOS REBLIN**

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

**ERICO SANGIORGIO**

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

**Vitória, setembro de 2021.**



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## Elaboração e informações:

### **Governo do Estado do Espírito Santo**

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.  
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 3347-5630  
Site: <https://saude.es.gov.br/>

### **Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)**

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 3347-5671  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [ssercas@saude.es.gov.br](mailto:ssercas@saude.es.gov.br)

### **Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)**

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 5672-3347  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [icepi@saude.es.gov.br](mailto:icepi@saude.es.gov.br)

## Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

## Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto  
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Laís Coelho Caser  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Margareth Pandolfi  
Patrícia Rocha Vedova Pirola  
Roberta Pedrini Cuzzuol  
Sílvio José Santana

## Autores:

Elane Dellacqua Passos  
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Laís Coelho Caser  
Maria Do Rosário Souza  
Patrícia Grativol Costa Saraiva  
Roberta Pedrini Cuzzuol  
Sergio Luiz Pereira Canedo

## Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

## Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torobay  
Guilherme Campello



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## SUMÁRIO

Introdução .....	01
Apresentação .....	02
Critérios de Prioridade .....	03
Lista de Abreviaturas .....	05
1. Baixa de Acuidade Visual Crônica .....	06
2. Cefaléia .....	06
3. Pacientes com Doenças Sistêmicas com Possibilidade de Comprometimento Ocular .....	07
4. Catarata .....	07
5. Glaucoma .....	08
6. Estrabismo .....	08
7. Olho Vermelho .....	08
8. Pterígio .....	09
9. Alterações Palpebrais/Orbitárias .....	09
10. Alterações de Vias Lacrimais .....	09
11. Alterações Neurooftalmológicas .....	09
12. Laudos .....	09
13. Critérios para Classificação de Prioridade das Consultas Eletivas Oftalmológicas	
13.1 Cor vermelha .....	10
13.2 Cor laranja .....	10
13.3 Cor amarela .....	11
13.4 Cor verde .....	11
14. Condições Clínicas que Necessitam de Encaminhamento ao Serviço de Urgência e Emergência	
14.1 Trauma Ocular .....	12
14.2 Queimadura Ocular .....	12
14.3 Corpo Estranho da Superfície Ocular .....	13
14.4 Redução súbita/aguda da visão .....	13
14.5 Glaucoma Agudo .....	13
14.6 Úlcera de Córnea .....	13
15. Oftalmopediatria .....	14
16. Referências Bibliográficas .....	15



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutive, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial (Inciso I do Artigo 4º), fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos (Inciso V do Artigo 4º), incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I, e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: “(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”

Capítulo II: “(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**Legenda dos Critérios de Prioridades:** os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	<b>Eletivo de alta prioridade:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	<b>Eletivo prioritário:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	<b>Prioridade eletiva não urgente:</b> são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	<b>Eletivo de rotina:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
Anti-VEGF	Anti - Fator de Crescimento Endotelial Vascular
CMV	Citomegalovírus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDA	História da Doença Atual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PIO	Pressão Intraocular
SF	Soro Fisiológico
UBS/ESF	Unidade Básica de Saúde / Estratégia Saúde da Família





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Oftalmologia eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
  - História da doença atual;
  - Sintomas e tempo de evolução;
  - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
  - História patológica familiar (com foco nas doenças oftalmológicas familiares).
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

O encaminhamento também deve conter, se possível e dentro da realidade de cada local de trabalho, exame oftalmológico sucinto, incluindo:

- Medida de acuidade visual com tabela de Snellen;
- Avaliação de reflexos pupilares e campo visual de confrontação;
- Inspeção ocular com lanterna para avaliação de estruturas oculares superficiais e pálpebras;
- Avaliação de motilidade ocular extrínseca; e
- Exame de fundo de olho com oftalmoscopia direta ou teste do reflexo vermelho.

### 1. BAIXA DE ACUIDADE VISUAL CRÔNICA

#### 1.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- História de baixa de visão, unilateral ou bilateral, crônica, associada ou não a outros sintomas oculares;
- Pacientes adultos, que fazem uso de lentes corretivas, poderão fazer a consulta de revisão de grau a cada dois anos. Crianças devem rever exame anualmente;
- Pacientes com queixa de mosca volante, frotopsias (flashes de luz) e perda de campo visual, mesmo sem relato de baixa de visão, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica.

### 2. CEFALÉIA

#### 2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Cefaleia crônica, persistente, frontal e/ou parietal e/ou periocular, após período escolar ou após esforço visual, sem outras causas aparentes (enxaqueca, sinusite, inflamações dentárias, etc.).





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 3. PACIENTES COM DOENÇAS SISTÊMICAS COM POSSIBILIDADE DE COMPROMETIMENTO OCULAR

### 3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- **Diabetes mellitus:** encaminhar pacientes diabéticos tipo 1 (após três a cinco anos do diagnóstico) e diabéticos tipo 2 (no momento do diagnóstico). O exame, se normal, deve ser repetido anualmente. Se houver alguma alteração no fundo de olho, esse intervalo será alterado, a critério do oftalmologista. Mulheres diabéticas grávidas devem ser encaminhadas para avaliação de fundo de olho no momento do diagnóstico da gravidez;
  - Descrever resultados do controle glicêmico atual e/ou dos exames complementares (última glicemia de jejum e hemoglobina glicada);
- **Hipertensão arterial:** encaminhar pacientes hipertensos para avaliação anual, com especial atenção para aqueles mal controlados ou que apresentam hipertensão arterial secundária;
- **Infecções sistêmicas:** encaminhar pacientes com diagnóstico de infecções sistêmicas que apresentem risco de comprometimento ocular (exemplo: sífilis, tuberculose, toxoplasmose, CMV, HIV, etc.) para avaliação de biomicroscopia e fundo de olho;
- **Recém-nascidos:** com história de infecção no período gestacional (mãe com sorologia positiva na gestação) devem ser encaminhados para avaliação com oftalmologista;
- **Doenças reumatológicas:** encaminhar para avaliação oftalmológica pacientes com doenças reumatológicas que apresentem qualquer queixa visual;
- **Usuários crônicos de corticóide:** encaminhar para avaliação de biomicroscopia e aferição de pressão intraocular (PIO);
- **Usuários de medicação com risco de comprometimento ocular:** encaminhar para avaliação periódica (exemplos: cloroquina, hidroxicloroquina, tamoxifeno, vigabatrina, etambutol, clorpromazina, amiodarona).

## 4. CATARATA

### 4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes, em geral, com idade acima de 60 anos, e queixa de perda crônica, lenta e progressiva da acuidade visual, mesmo com o uso de suas lentes corretivas, unilateral ou bilateral e que ainda não foram submetidos à cirurgia de catarata. No exame de inspeção com lanterna, podem apresentar pupila esbranquiçada ou alteração do teste do reflexo vermelho.

#### SUSPEITA DE CATARATA SENIL

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

Observação: a catarata pode ocorrer em adultos não idosos quando outros fatores de risco estão presentes, principalmente diabetes, uso de corticóide sistêmico prolongado, ou trauma ocular prévio.

Quadro 1 – Suspeita de catarata senil

Fonte: JACOBS (UpToDate, 2021).



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 5. GLAUCOMA

### 5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes com diagnóstico prévio de glaucoma e que estão sem acompanhamento oftalmológico. Pacientes sem diagnóstico de glaucoma, mas que apresentem história familiar de parentes de primeiro grau com glaucoma, também devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica de rastreamento.

## 6. ESTRABISMO

### 6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes (pediátricos ou adultos) com quadro de desvio ocular devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica.

## 7. OLHO VERMELHO

### 7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes com quadro de olho vermelho, agudo ou crônico, com hiperemia difusa ou localizada, com ou sem secreção, lacrimejamento, sensação de corpo estranho, dor, prurido, fotofobia, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica;
- Quadros agudos com dor e presença de mancha branca na córnea e/ou perda de transparência na córnea, com suspeita de úlcera de córnea, devem ser encaminhados para atendimento de urgência;
- Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), Ministério da Saúde, dezembro de 2019, são atribuições da APS o manejo das condições mais prevalentes em oftalmologia, que cursam com olho vermelho, a saber: **conjuntivite, hordéolo e calázio e blefarite**. Para tanto, os médicos poderão prescrever aos pacientes:
  - **Conjuntivite infecciosa:** compressa gelada de soro fisiológico (SF) 0,9%, colírio de tobramicina ou ofloxacina, ou gentamicina ou ciprofloxacina – quatro a cinco vezes ao dia – por sete dias;
  - **Conjuntivite alérgica:** compressa gelada com SF 0,9%, colírio de cromoglicato dissódico 2% ou 4 % 8/8hs por 14 dias, ou cloridrato de olopatadina 0,2% (> 3 anos) ou alcaftadina 0,25% (> 2 anos) de 24/24 h por trinta dias;
  - **Hordéolo:** compressa morna e pomada oftalmológica de antibiótico associado a corticóide, uma a duas vezes ao dia em pálpebra afetada, por sete dias;
  - **Blefarite:** lubrificante ocular 3-4 vezes ao dia, higiene palpebral com shampoo neutro de bebê uma a duas vezes ao dia e pomada oftalmológica de antibiótico associado a corticóide, uma a duas vezes ao dia em região de raiz de cílios por 10-15 dias.

**OBS: Caso não haja resolução ou mudança do quadro clínico encaminhar ao oftalmologista.**





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 8. PTERÍGIO

### 8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Encaminhar pacientes com pterígio que estão sintomáticos e/ou com pterígio com risco de comprometimento do eixo visual (pterígio com risco de atingir a área pupilar).

## 9. ALTERAÇÕES PALPEBRAIS/ORBITÁRIAS

### 9.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Encaminhar pacientes para avaliação com: ptose, ectrópio (eversão da pálpebra para fora), entrópio (inversão da pálpebra para dentro), triquíase (crescimento atípico dos cílios), calázio, hordéolos de repetição, tumores palpebrais, exoftalmia, cavidade anoftálmica, microftalmia, necessidade de adaptação de prótese ocular.

## 10. ALTERAÇÕES DE VIAS LACRIMAIS

### 10.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Encaminhar pacientes com lacrimejamento unilateral ou bilateral, crônico, recorrente, com ou sem relato de história prévia de dacriocistite.

## 11. ALTERAÇÕES NEUROFTALMOLÓGICAS

### 11.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes com anisocoria, alteração de reflexo pupilar, alteração de campo visual, diplopia binocular, paresia ou paralisia de pares cranianos, que não tenham baixa acuidade visual aguda e/ou sintoma de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos em jato, etc.)

## 12. LAUDOS

### 12.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes que necessitem de laudos com informação de acuidade visual corrigida e exame oftalmológico para diversos fins.

## 13. CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DAS CONSULTAS ELETIVAS OFTALMOLÓGICAS

A classificação de prioridade é de autonomia do médico assistente, e dependerá de uma avaliação individualizada do quadro clínico de cada paciente. Os critérios descritos abaixo têm a finalidade apenas de auxiliar os médicos da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada, caso tenham alguma dúvida quanto à classificação. Porém, reiteramos que cada caso deve ser avaliado individualmente pelo médico assistente do paciente e o mesmo deve fazer a classificação de prioridade de acordo com a sua avaliação no momento do atendimento ao paciente.

Casos prioritários: faz-se necessária a classificação por cor no Sistema de Regulação Formativa, por parte do médico da UBS/ESF (profissional solicitante) ao encaminhar para o médico especialista (profissional de referência), bem como pelo médico especialista quando assim o achar necessário, conforme abaixo.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 13.1. Cor Vermelha

<b>COR VERMELHA</b>
Baixa de acuidade visual em pacientes portadores de doença sistêmica (diagnóstico precoce de retinopatias)
Pacientes com altas ametropias (graus elevados de miopia, hipermetropia e/ou astigmatismo) e que estão sem suas lentes corretivas
Tumores oculares
Diplopia (visão dupla, mono ou binocular)
Anisocoria e outras alterações pupilares
Exoftalmia e retração palpebral
Fotopsias (visão de flashes luminosos), visão de moscas volantes e/ou déficits de campo visual, parcial ou total, agudos ou subagudos
Olho cego doloroso que necessite tratamento clínico ou evisceração
Pterígio (lesão carnosa em conjuntiva nasal e/ou temporal, uni ou bilateral) que atingiu eixo visual
Paciente com diagnóstico prévio de ceratocone avançado, já com exame topográfico
Blefarite secundária a rosácea ocular refratária ao tratamento clínico otimizado
Laudos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Para uso/obtenção de medicação (colírio)</li><li>- Para benefícios</li></ul>
Aplicação de anti-VEGF intra-vítreo: <ul style="list-style-type: none"><li>- Pacientes com laudos prévios, solicitando agendamento para aplicação intra-vítrea</li><li>- Pacientes em tratamento ou que perderam seguimento</li></ul>
Crianças encaminhadas para fundo de olho: <ul style="list-style-type: none"><li>- Prematuras, com relato de retinopatia da prematuridade e que necessitem de acompanhamento após alta hospitalar</li><li>- Com história de infecção congênita</li><li>- Com Teste do Reflexo Vermelho alterado ou suspeito</li></ul>
Crianças com suspeita de glaucoma congênito e/ ou catarata congênita
Crianças com estrabismo, principalmente aquelas com menos de dez anos
Crianças com ptose palpebral congênita, principalmente aquelas com comprometimento do eixo visual da pálpebra
Crianças portadoras de síndromes que possam estar associadas a alterações oftalmológicas

## 13.2. Cor Laranja

<b>COR LARANJA</b>
Glaucoma suspeito ou confirmado (primeira consulta ou perda de seguimento)
Suspeita ou confirmação de catarata, para avaliar indicação de tratamento cirúrgico
Crianças: <ul style="list-style-type: none"><li>- Baixa de acuidade visual crônica em crianças menores de dez anos</li><li>- Estrabismo em maiores de dez anos de idade</li><li>- Neuropatas, sindrômicas, com doenças sistêmicas que podem apresentar comprometimento ocular</li><li>- Com alterações de vias lacrimais, principalmente entre um e três anos de idade</li><li>- Ptose palpebral, sem comprometimento de eixo visual</li></ul>



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Acompanhamento / avaliação com fundo de olho: <ul style="list-style-type: none"><li>- Retinopatias (diabetes, HAS, doenças infecciosas, doenças reumatológicas, usuários de medicação com potencial de acúmulo na retina, ex: cloroquina)</li><li>- História de uveíte prévia (cicatrizes de coriorretinite)</li></ul>
Tumoração na pálpebra ou conjuntiva em indivíduos de pele clara acima de 50 anos de idade
Alterações palpebrais: <ul style="list-style-type: none"><li>- Ectrópio: voltadas para fora</li><li>- Entrópio: voltadas para dentro</li><li>- Triquíase: cílios alterados)</li></ul>
Alterações em vias lacrimais (dacriocistite) em adultos
Pacientes com cavidade anoftálmica ou olho atrofiado, que necessitam de avaliação para indicação de prótese ocular
Baixa de acuidade visual para perto, crônica, em pacientes presbítas (que tem dificuldade para enxergar de perto) e estão sem suas lentes corretivas, atrapalhando as atividades de vida diária

## 13.3. Cor Amarela

<b>COR AMARELA</b>
Avaliação refracional (1ª vez) em pacientes que não se enquadram nos casos já citados acima
Astenopia (cansaço visual), cefaleia, fotofobia, sensação ou diagnóstico prévio de olho seco
Conjuntivites alérgica, primaveril (prurido ocular)
Crianças: <ul style="list-style-type: none"><li>- Com cefaléia recorrente / crônica</li><li>- Apresentando hordéolo /calázio</li><li>- Usuárias de corticóide para avaliação de retina</li><li>- História familiar de glaucoma (exame de rastreamento)</li><li>- Acima de dez anos de idade, com baixa de acuidade visual crônica, dificuldades de aprendizado na escola (perda visual crônica e sintomatologia associada)</li></ul>

## 13.4. Cor Verde

<b>COR VERDE</b>
Exame de revisão de grau para troca de lentes (pacientes não enquadrados nos casos acima)
Estrabismo em pacientes adultos, portador do desvio ocular desde a infância e que não foi tratado na infância, que deseja correção cirúrgica do estrabismo
Calázio sem sinais inflamatórios agudos
Catarata que não esteja causando baixa de visão, consulta só para acompanhamento
Pterígio sem risco de comprometimento de eixo visual
Paciente usuário de prótese ocular, para avaliação de rotina
Crianças sem queixas visuais, encaminhadas para avaliação de rotina, a critério do médico assistente



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 14. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Pacientes com indicação de atendimento imediato, que não podem aguardar uma consulta eletiva.

**Esses pacientes não devem ser inseridos no Sistema de Regulação Formativa. Devem ser encaminhados aos serviços de urgência e emergência oftalmológicas de referência do Estado.**

### 14.1 TRAUMA OCULAR

#### 14.1.1. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Laceração palpebral, fratura orbitária, perfuração ocular (suspeita ou confirmada), erosão corneana (suspeita ou confirmada).

- **HDA:** história clínica de acidente com materiais pontiagudos ou capazes de erodir a córnea e/ou perfurar o globo ocular, pacientes vítimas de acidentes de qualquer natureza (trabalho, domésticos, de trânsito, etc.), pacientes vítimas de agressão, entre outros.
- **Exame clínico:** verificar acuidade visual, realizar inspeção ocular com o uso de lanterna, avaliar motilidade ocular.
- **Atendimento inicial:** prescrição de analgesia, anti-emético, caso náuseas/vômitos, verificar situação vacinal contra tétano, fazer oclusão sem compressão para proteger o globo ocular, orientar jejum para ser submetido à cirurgia reparadora o mais breve possível.

### 14.2. QUEIMADURA OCULAR

#### 14.2.1. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Por ácido ou base (produtos químicos) e por solda elétrica.

- **HDA:** história clínica de exposição ao produto químico ou uso da solda elétrica.
- **Exame clínico:** verificar acuidade visual, inspeção com lanterna para avaliar se há perfuração do globo ocular.
- **Atendimento inicial:** na queimadura química, caso não seja detectada perfuração ocular, instilar uma gota de colírio anestésico e lavar copiosamente o olho com soro fisiológico 0,9%, solução ringer ou água limpa corrente. Se possível, as pálpebras devem ser evertidas para facilitar remoção do produto químico na lavagem. Não tentar neutralizar o produto químico. Deve-se ainda ocluir o olho com pomada oftálmica contendo antibiótico e corticóide e encaminhar para avaliação oftalmológica. Na queimadura por solda elétrica, pingar uma gota de colírio anestésico e ocluir o olho com pomada oftálmica contendo antibiótico e corticóide, além de encaminhar para avaliação oftalmológica.



## 14.3. CORPO ESTRANHO DA SUPERFÍCIE OCULAR

### 14.3.1. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

De córnea ou conjuntiva tarsal.

- **HDA:** história clínica de sensação de corpo estranho no olho, fotofobia, dor ocular, dificuldade de abertura palpebral.
- **Exame clínico:** verificar acuidade visual, inspeção com lanterna para avaliação de toda a superfície ocular, inclusive fórnice (fundo de saco) conjuntival, para detecção do corpo estranho.
- **Atendimento inicial:** instilar colírio anestésico, irrigação do olho afetado com soro fisiológico 0,9% ou solução ringer e encaminhar para atendimento oftalmológico de urgência.

## 14.4. REDUÇÃO SÚBITA/AGUDA DA VISÃO

### 14.4.1. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **HDA:** história de redução súbita/aguda da acuidade visual, uni ou bilateral, independente de outros sinais e sintomas oculares.
- **Exame clínico:** verificar acuidade visual, testar reflexos pupilares, avaliar campo visual de confrontação, aferir pressão arterial e glicemia, avaliação de exame neurológico geral.
- **Atendimento inicial:** encaminhar para atendimento oftalmológico de urgência.

## 14.5. GLAUCOMA AGUDO

### 14.5.1. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **HDA:** história de dor ocular intensa, de início agudo, podendo estar associada a náuseas e vômitos, com aumento importante da tensão ocular bidigital. Queixa de visão borrada e visão de halos coloridos ao redor da luz.
- **Exame clínico:** verificar acuidade visual, inspeção ocular com lanterna (presença de olhos vermelhos, córnea opaca, sem brilho, de aspecto leitoso, pupila em média midríase e fixa), consistência do globo ocular aumentada ao toque bidigital (globo tenso, endurecido).
- **Atendimento inicial:** prescrição de analgesia e anti-eméticos (se náuseas/vômitos), encaminhamento para avaliação oftalmológica de urgência.

## 14.6. ÚLCERA DE CórNEA

### 14.6.1. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **HDA:** história de dor ocular intensa, hiperemia ocular, fotofobia, lacrimejamento, baixa de visão, sensação de corpo estranho. Relato de trauma no olho, uso de lente de contato, oclusão inadequada das pálpebras, doenças da superfície ocular.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- **Exame clínico:** verificar acuidade visual, inspeção ocular com lanterna (hiperemia conjuntival difusa, perda da transparência da córnea, presença de ponto(s) esbranquiçado(s) na córnea).
- **Atendimento inicial:** prescrição de analgesia e anti-eméticos (se náuseas/vômitos), encaminhamento para avaliação oftalmológica de urgência.

## 15. OFTALMOPEDIATRIA

### 15.1. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

Embora as crianças possam apresentar as diversas queixas oculares acima ou estejam incluídas nos diversos motivos de encaminhamentos já citados, alguns casos devem ser lembrados e prontamente encaminhados para avaliação oftalmológica:

- Crianças com teste do reflexo vermelho alterado ou duvidoso;
- Crianças com história de infecção congênita;
- Crianças prematuras, com menos de 32 semanas de idade gestacional e menos de 1500 g de peso ao nascer, que **não** passaram por triagem/tratamento de retinopatia da prematuridade, e necessitam de acompanhamento oftalmológico após alta da UTI neonatal;
- Crianças com suspeita de glaucoma congênito (história de perda de transparência corneana, aumento do diâmetro corneano, bftalmia);
- Crianças com suspeita de catarata congênita.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. R.; NAKASHIMA, Y.; TANAKA, T. Clínica Oftalmológica - Conduas Práticas em Oftalmologia. Ed. Cultura Medica. 2013. 900 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para a prevenção de deficiências visuais. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 45 p. 11 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS), Versão Profissionais de Saúde e Gestores - Resumida dez./2019.

CAMPINAS. Protocolo de Acesso e Avaliação de Risco em Oftalmologia. Câmara Técnica de Especialidades, Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria Municipal de Saúde, Campinas nov. 2011.

EHLERS, J. P.; SHAH, C. P. Manual de Doenças Oculares do Wills Eye Hospital. Ed. Artmed, 5a Ed., 2009. 475 p.

JACOBS, D. S.; TROBE, J.; PARK, L. Cataract in adults. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/cataract-in-adults> >. Acesso em: 16 jul. 2021.

KANSKI, J. J. Oftalmologia Clínica. Ed Elsevier Saunders, 7ª ed. 2012. 475 p.

Carvalho K M, Zin A, Bicas H E A, Souza-Dias C R. Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo – Série Oftalmologia Brasileira. 4ª edição. Ed Cultura Médica. 2018. 476 p.

RYAN, S. J. Retina. Ed Elsevier Mosby, 4ª ed. 2006. 3104 p.

SANTA CATARINA. Protocolo de Acesso da Regulação Estadual Ambulatorial. Secretaria de Estado da Saúde, Florianópolis – SC, dez. 2016.

ZIN, A. et al. Proposta de diretrizes brasileiras do exame e tratamento de retinopatia da prematuridade (ROP). Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo, v. 70, n. 5, p. 875-883, out. 2007.

