

Atenção à saúde ocular da pessoa idosa

Attention to ocular health in the elderly

Norma Helen Medina; Emilio Haro Muñoz

¹Centro de Oftalmologia Sanitária. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que existiam 37 milhões de cegos e 124 milhões de pessoas com deficiência visual grave no mundo. Se considerarmos as 153 milhões pessoas com deficiência visual devido a erros refrativos não corrigidos, teremos 314 milhões de pessoas no mundo com alguma deficiência visual.¹

A cegueira é definida na Classificação Internacional de Doenças (CID) – OMS como acuidade visual menor que 0,05 no melhor olho com a melhor correção e deficiência visual como acuidade visual no melhor olho menor que 0,3.²

Calcula-se que aproximadamente 82% de todas as pessoas cegas tenham idade de 50 anos ou mais e que no ano 2020 existirão 54 milhões de cegos com idade = 60 anos, mais de 50 milhões estarão em países em desenvolvimento. A prevalência de cegueira é maior em mulheres nas áreas rurais de países em desenvolvimento.¹

A função visual pode estar alterada por diversas doenças que acometem os olhos com o aumento da idade. As prevalências das causas de cegueira mais importantes relacionadas à idade indicam que existe uma tendência para o acréscimo dessas cegueiras nas próximas décadas, se esforços enérgicos não forem tomados para solucionar esses problemas oculares.³

O impacto negativo na qualidade de vida sofrido pelo idoso devido à incapacidade

visual requer constante ajuda da família, dos amigos e também serviços comunitários de apoio.⁴ Os dados sobre cegueira em idosos no Brasil são escassos, a prevalência de cegueira (acuidade visual < 0,05) varia de 0,8% a 6,8% nas pessoas com mais de 65 anos de idade.⁵⁻⁹

As principais causas de deficiência visual no idoso são: catarata senil, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade e retinopatia diabética. As ametropias não corrigidas, seja pela falta dos óculos receitados, pela ausência de prescrição ou uso de óculos desatualizado, são também uma causa importante de deficiência visual nessa população.^{1,5-9}

Catarata senil

A catarata senil, que é a opacidade do cristalino que dificulta a penetração dos raios luminosos provocando deficiência visual, é a principal causa de cegueira no mundo.¹ Segundo a OMS, existem aproximadamente 20 milhões de cegos por catarata no mundo, correspondendo a 48% de todas as causas de cegueira.¹

A catarata senil é considerada um problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas com a doença, que a cada ano aumenta e demanda intervenção cirúrgica. É a causa mais importante de cegueira curável e existe tecnologia apropriada para o tratamento. A cirurgia de catarata é a intervenção mais

custo-efetiva para a reabilitação visual dos idosos.³

A maioria dos idosos deficientes visuais por catarata não sabe que pode ser curada por cirurgia ou não se motiva em procurar tratamento. Os principais fatores estimulantes para a procura de tratamento cirúrgico são: conhecer alguém que já se submeteu à cirurgia com sucesso, ter acesso fácil a serviços oftalmológicos ou quando um profissional de saúde informa ao idoso o que é catarata e como pode ser tratada.

A taxa de cirurgias de catarata é uma medida quantificável da oferta dos serviços de cirurgia de catarata. Essa taxa é o número de cirurgias de catarata realizadas por milhão/população/ano. A OMS advoga que para eliminar a cegueira devido à catarata deve-se realizar pelo menos 3.000 cirurgias de catarata/milhão de habitantes por ano em determinada região ou país.¹⁰

O Estado de São Paulo é o que mais realiza cirurgias de catarata pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém, em 2006, não alcançou nem 50%, tendo aumentando, em 2007, para pouco mais de 50% da meta preconizada pela OMS para a eliminação da cegueira por catarata. Se a meta não é alcançada em determinado ano, os casos são acumulados para o período seguinte, somando-se aos casos novos daquele ano.¹¹⁻¹³

Existe uma impressão equivocada de que após os mutirões de cirurgia, realizados desde o final da década passada, tenha-se conseguido eliminar a cegueira por catarata e não há necessidade de continuar a despender esforços para operar grande número de pessoas. O que ocorreu foi que as pessoas com catarata que tinham mais acesso aos serviços, com facilidade de transporte e que eram mais facilmente

motivados pela mídia, foram operadas nos mutirões. Restaram, porém, aqueles pacientes que estavam desmotivados, sem recursos para transporte, com dificuldade de locomoção, em regiões remotas com difícil acesso que necessitavam ser encontrados. Esses são os idosos que ainda estão com cataratas e para os quais devem ser implementados mecanismos para facilitar seu acesso à cirurgia.

Glaucoma

O glaucoma é definido pela presença de alterações de campo visual, características de lesão das fibras do nervo óptico, acompanhadas ou não de aumento da pressão intraocular.¹⁴ É a principal causa de cegueira irreversível e corresponde a 20% dos cegos do mundo.¹

A prevenção de cegueira por glaucoma é realizada com detecção precoce dos casos e tratamento oportuno, clínico e/ou cirúrgico. Não existem, atualmente, técnicas efetivas para a triagem de glaucoma que possam detectar todos os casos.¹⁵ Enquanto não se descobre o melhor meio de detectar o glaucoma, a medida da pressão intraocular e o exame do disco óptico são os métodos utilizados de rotina para detectar a alteração na população. Portanto, deve-se considerar sua utilização como rotina em idosos, já que a frequência nessa faixa etária é maior, isto é, o risco de apresentar glaucoma aumenta com a idade e todos os indivíduos sob suspeita devem ser encaminhados para exames mais apurados.

Os idosos, pessoas da raça negra e os diabéticos são os grupos populacionais com alto risco de apresentar glaucoma. Por isso, devem ser identificados por triagens seletivas.¹⁶

Retinopatia diabética

A retinopatia diabética é o conjunto de alterações vasculares da retina que podem ocorrer em pacientes portadores de diabetes. Estima-se que 4,8% dos cegos no mundo sejam devido ao diabetes.¹ Cerca de 40% dos diabéticos têm algum grau de retinopatia que depende dos anos de duração e do controle adequado da doença. Essas complicações oculares, se não tratadas, podem elevar o dano irreversível para o olho. Cerca de 80% dos diabéticos apresentam retinopatia após 25 anos de duração do diabetes.¹⁷ Um dos problemas no tratamento da retinopatia diabética é que normalmente as alterações oculares são assintomáticas e quando o paciente chega aos serviços especializados pode ser tarde para o tratamento e preservação da visão.

Isso implica que há necessidade de ações programáticas de saúde pública que visem, em primeiro lugar, o diagnóstico precoce e o controle clínico rigoroso do diabetes, medidas essas mais importantes para evitar as complicações. As seguintes estratégias de ação devem ser implementadas nos serviços de saúde, com vistas ao diagnóstico precoce e tratamento da retinopatia diabética, para a prevenção da cegueira: esclarecimento à população e aos profissionais de saúde sobre os riscos à visão do diabético; estabelecimento de rotina de realização de exame de fundo de olho para todos os pacientes diabéticos; e encaminhamento para serviço de referência em oftalmologia para o diagnóstico e o tratamento.

Erros refrativos

Em relação à prevalência de erros refrativos estima-se que 40% da população apresentam algum erro refrativo, sendo que apenas de 25% a 40% desses indivíduos têm esse erro corrigido e 80% estão com correção óptica desatualizada.¹⁸

Acrescentando-se à necessidade de óculos para longe pré-existente, 100% da população acima 45 anos têm presbiopia, que é a baixa de visão para perto devido a uma alteração na refração.

Na população de idosos existe um grande número de pessoas com vícios de refração não corrigidos. Refração e a utilização dos óculos receitados resolvem grande parte dos problemas visuais da população idosa.^{5,8,9} As intervenções para diminuir a deficiência visual por alterações de refração também são custo-efetivas e têm importante impacto no desenvolvimento econômico e na qualidade de vida.

Para o planejamento de um programa de saúde ocular com ênfase no componente de refração deve-se realizar: levantamento dos recursos existentes – humanos, materiais e equipamentos; estimativa da necessidade de serviços que realizem refração; cálculo do número de idosos que necessitam de refração na sua área de abrangência; estimativa do número de óculos necessários para longe e para perto para distribuição à população de baixa renda; e levantamento do número de profissionais de saúde para a triagem de acuidade visual.

No Estado de São Paulo existe número adequado de oftalmologistas para a popula-

ção. Porém, há falta de oftalmologistas nos serviços públicos para realizar todas as refrações necessárias no ano, já que aproximadamente 80% dos idosos são dependentes do SUS.

Desafios da saúde ocular

Um dos desafios é a identificação de estratégias para aumentar a produtividade com os recursos humanos existentes, como o aumento do número de refrações realizadas com a utilização de autorrefratores nos serviços de saúde ocular, aumento do teto pago para consultas oftalmológicas e do valor pago para as consultas e incentivos para a contratação de oftalmologistas.

Muitos idosos acreditam que a baixa da acuidade visual é um processo normal do envelhecimento ou não percebem sua baixa de visão. Há também a falta de orientação quanto aos recursos disponíveis para solução de seus problemas oculares.

Uma das metas do projeto Visão 2020 da OMS é construir um sistema de saúde ocular inclusivo e sustentável, integrado aos serviços de saúde existentes e que ofereça atenção ocular de alta qualidade para todos que precisam.¹⁹

As portarias do Ministério da Saúde nº 957, de 15 de maio de 2008, e nº 288, de 19 de maio de 2008, instituíram a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, regulamentando a atenção em oftalmologia e criando mecanismos para a organização, hierarquização e implantação da rede de atenção em oftalmologia no âmbito do Sistema Único de Saúde. As doenças que receberam atenção prioritária na política são catarata, glaucoma, retinopatia diabética e degeneração macular relacionada à idade, sendo todas elas mais prevalentes em idosos.^{20,21}

Os componentes fundamentais dessa política são as ações na atenção básica e na rede de atenção especializada em oftalmologia, que contam com unidades de atenção especializada em oftalmologia de média e de alta complexidade, além de centros de referência em oftalmologia.

O Ministério da Saúde também instituiu o projeto “Olhar Brasil”, que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração e visa facilitar o acesso da população idosa à consulta oftalmológica e aquisição de óculos. As principais ações estratégicas relacionadas aos idosos são a ampliação do número de consultas oftalmológicas na rede pública de saúde, o fornecimento gratuito de óculos, a realização da triagem de visão na atenção básica de saúde e a organização da rede pública de serviços visando à garantia da referência especializada em oftalmologia.²²

O sistema de saúde ocular deve contar com atividades simples na atenção básica, executadas por profissionais de saúde treinados que realizam atividades de prevenção da cegueira e promoção a saúde ocular. As principais atividades na atenção primária ocular são: educação em saúde ocular; observação do olho; medida da acuidade visual; ações básicas de saúde ocular; reconhecimento precoce de problemas oculares e referência precoce para tratamento.

Os idosos devem ser encaminhados aos serviços de oftalmologia por critério de prioridade, dependendo do nível de visão no melhor olho. Inicialmente terão prioridade os casos de visão menor que 0,3, seguidos dos que apresentarem visão menor que 0,5. Todos os idosos com diabetes devem ser encaminhados para exames de fundo de olho no diagnóstico pelo menos uma vez ao ano.

Apesar de todos os esforços de tratamento para a restauração da visão, alguns idosos irão necessitar de serviços de visão subnormal e de reabilitação, que foram regulamentados pela portaria do Ministério da Saúde que define as redes estaduais de atenção à pessoa com deficiência visual.²³

CONCLUSÃO

No Brasil é esperado um aumento na população de idosos, levando a uma elevação de doenças crônicas associadas a incapacidades, deficiência visual e morbidade ocular, requerendo um grande planejamento para uma maior oferta de serviços oftalmológicos. Nesse planejamento deve ser levado em conta o alto custo dos procedimentos oftalmológicos e a necessidade de priorizar as ações mais custo-efetivas para a prevenção de cegueira, como a catarata e a correção de vícios de refração.

As recentes portarias instituídas pelo Ministério da Saúde mostram um grande avanço para a saúde ocular e prevenção da cegueira dos idosos no Brasil. A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia vai de encontro com as recomendações do

Programa de Prevenção da Cegueira, que propõe a implantação de programas nacionais com vistas à eliminação da cegueira até o ano 2020 (Visão 2020).

O papel das equipes de atenção básica é fundamental para a inclusão do idoso com problema visual no sistema de saúde ocular, seja orientando-os quanto às doenças oculares que podem ser prevenidas e tratadas, seja identificando os idosos com problemas oculares que necessitam de atenção especializada.

Um grande desafio é a implantação das atividades de saúde ocular na atenção básica para todas as equipes de saúde, que devem ser organizadas para que todos os idosos sejam contemplados, mesmo aqueles que vivem em áreas rurais ou em locais de difícil acesso. A padronização de procedimentos, elaboração de materiais instrucionais, estabelecimento de indicadores de avaliação e monitoramento, treinamento e supervisão desse grande contingente de profissionais de saúde da atenção básica serão necessários para efetiva consolidação da Política Nacional de Oftalmologia.

REFERÊNCIAS

1. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'Ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP *et al*. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of World Health Organization*. 2004; 82:844-51.
2. Organização Mundial de Saúde - OMS. *Prevenición de la ceguera: informe de um grupo de estudio de la OMS*. Genebra, Organizacion Mundial de la Salud, 1973. 21p. (Série de Informes Técnicos, 518).
3. Thylefors B, Négrel A, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. *Bull World Health Organ*. 1995;73:115-21.
4. Wang JJ, Mitchell P, Smith W, Cumming RG, Attebo K. Impact of visual impairment on use of community support services by elderly persons. *The Blue Mountains Eye Study*. *Invest Ophthalmology. Vis Sci*. 1999;40:12-9.
5. Araújo Filho A, Salomão SR, Berezovsky A, Cinoto RW, Morales PHA, Santos FRG *et al*. Prevalence of visual impairment, blindness, ocular disorders and cataract surgery outcomes in low-income elderly from a metropolitan region of São Paulo – Brazil. *Arq Bras Oftalmol*. 2008;71(2):246-53.

6. Esteves JF, Domingues CG, Borges LPK, Skolaude PBV, Bortolomiel L, Muxfeldt RA *et al*. Prevalência e causas de cegueira em bairro de Porto Alegre. *Arq Bras Oftalmol*. 1996;59:244-7.
7. Kara José N, Contreras F, Campos MA, Delgado AM, Mowery RL, Ellwein LB. Estudo populacional de triagem visual e intervenção cirúrgica para reduzir a cegueira por catarata em Campinas – Brasil e Chimbote – Peru. *Arq Bras Oftalmologia*. 1989;52:91-6.
8. Medina NH, Barros OM, Muñoz EH, Magdaleno RL, Barros AJD, Ramos LR. Morbidade ocular em idosos da cidade de São Paulo-SP, Brasil. *Arq Bras Oftalmol*. 1993;56:276-83.
9. Medina NH. Epidemiologia do envelhecimento: estudo oftalmológico populacional de idosos [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997. 126p.
10. Foster A. Vision 2020: the cataract challenge. *Community Eye Health*. 2000;13(34):17-9.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde. Datasus. Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
12. Caligaris LS, Medina NH, Walman EA, Lansingh VC, Peña FY. Avaliação das necessidades de cirurgias de catarata e cataratas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas unidades da federação do Brasil – 2006. *Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Prevenção de Cegueira, e reabilitação visual, Florianópolis, SC, 2008*.
13. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. As condições de saúde ocular no Brasil – 2007. Selles & Henning Comunicação integrada, São Paulo, SP.
14. Perkins ES. The Bedford glaucoma survey I. Long-term follow-up of borderline cases. *Br J Ophthalmol*. 1973;57:179-85.
15. Tielsch JM, Katz J, Singh K, Quigley HA, Gottsch JD, Javitt J, *et al*. Population-based evaluation of glaucoma screening. The Baltimore eye survey. *Am J Epidemiol*. 1991;134:1102-9.
16. Leske MC. The epidemiology of open-angle glaucoma: a review. *Am J Epidemiol*. 1983;118:166-91.
17. Nehemy MB, Campos WR, Oréfice F, Paranhos F. Retinopatia diabética. In: Kara-Jose N & Almeida GV. *Senilidade ocular*. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo: Roca, 2001 cap.1 p.1.
18. Bourne RRA, Dineen BP, Huq DMN, Ali SM, Johnson GJ. Correction of refractive error in the adult population of Bangladesh: meeting the unmet need. *IOVS*. 2004;45(2): 410-17.
19. World Health Organization - WHO. Global initiative for the elimination of avoidable blindness. Genebra: WHO/PBL/97.61. Rev1. 1997, 48p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. GM Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008. *Diário Oficial da União*.
21. Brasil. Ministério da Saúde. SAS. Define as redes estaduais e/ou regionais de atenção em oftalmologia. Portaria nº 288, de 19 de maio de 2008. *Diário Oficial da União*.
22. Brasil. Portaria Normativa Interministerial MEC/MS nº 15, de 24 de abril de 2007. Institui o Projeto Olhar Brasil. *Diário Oficial da União*, nº 80, 26 de abril de 2007.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define as redes estaduais de atenção à pessoa com deficiência. Portaria DOU nº 251, 26 de dezembro de 2008.

Correspondência/correspondence to:
Norma Helen Medina
Av. Dr. Arnaldo, 351 – sala 613 – Pacaembu
CEP: 01246-000 – São Paulo/SP – Brasil
Telefax: 55 11 3066-8153 – Email: dvoftal@saude.sp.gov.br