



PREFEITURA DE BENTO GONÇALVES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGULAÇÃO AMBULATORIAL

Protocolos municipais de encaminhamento para a Oftalmologia Adulto e Pediátrica

Protocolo desenvolvido conforme Portaria SAS nº 423, de 09 de julho de 2002 que aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo referente ao controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS; e Política Nacional de Regulação (PNR) regulamentada pela [Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008](#).

DIRETORES TÉCNICOS

Daniel Francio - Médico Regulador

Júlia Oliari Franco - Médica Reguladora

Pedro Augusto Cavagni Ambrosi - Médico Regulador

SUPERVISÃO GERAL

Daiane Piuco - Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial

Paula Coghetto Pertile - Médica coordenadora da Atenção Primária

Thiago Arpini Valerio - Médico coordenador

AUTORIDADES

Gilberto Santo Souza de Souza Junior - Secretário Municipal de Saúde

Diogo Segabinazzi Siqueira - Prefeito de Bento Gonçalves

Bento Gonçalves - RS

2024

Protocolos municipais de encaminhamento para a Oftalmologia Adulto e Pediátrica

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 do caso.

Pacientes com descolamento de retina com até 2 semanas de evolução (**após avaliação em emergência**), doença vasoclusiva da retina com até 3 meses de evolução, glaucoma agudo, úlcera de córnea e ceratite em atividade devem ter preferência no encaminhamento para a Oftalmologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Os serviços de Oftalmologia são classificados em média ou alta complexidade, conforme sua capacidade técnica e resolutiva. Pacientes que consultarem em serviços de média complexidade e que necessitem de atendimento em outro nível de atenção deverão ser redirecionados de acordo com as pactuações regionais vigentes.

É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação e fornecer todas as informações pertinentes solicitadas pela Regulação Ambulatorial.

<p>Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o <u>documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento</u>, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.</p>

Em caso de dúvida ou situação não disponível ou contemplada neste protocolo, por favor discuta qual o melhor fluxo com a Regulação Municipal através do email: regulacaomedicabentogoncalves@gmail.com ou ainda do nosso WhatsApp disponibilizado aos médicos cadastrados na Rede Municipal de Saúde de Bento Gonçalves.

Protocolos municipais de encaminhamento para a Oftalmologia Adulto e Pediátrica	2
Projeto TeleOftalmo - Olhar Gaúcho	4
Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA)	5
Emergências Oftalmológicas	7
Protocolo 1 - DISTÚRBIOS DA REFRAÇÃO OU ACOMODAÇÃO	8
Protocolo 2 - ESTRABISMO	9
Protocolo 3 - UVEÍTES	12
Protocolo 4 - GLAUCOMA e GLAUCOMA CONGÊNITO	14
MÉDIA COMPLEXIDADE	14
ALTA COMPLEXIDADE (preencher DITA)	14
Protocolo 5 - CATARATA e CATARATA CONGÊNITA	16
MÉDIA COMPLEXIDADE	16
ALTA COMPLEXIDADE (preencher DITA)	16
Protocolo 6 - RETINOPATIAS, OUTRAS DOENÇAS DA RETINA e RETINOPATIA DA PREMATURIDADE	18
MÉDIA COMPLEXIDADE	18
ALTA COMPLEXIDADE (preencher DITA)	19
Protocolo 7 - DOENÇAS DAS PÁLPEBRAS, VIAS LACRIMAIS E ÓRBITA	21
Protocolo 8 - DOENÇAS DA CÓRNEA E DA SUPERFÍCIE OCULAR	23
ALTA COMPLEXIDADE (preencher DITA)	23
Protocolo 9 - TESTE DO OLHINHO ALTERADO ou LEUCOCORIA	25

Projeto TeleOftalmo - Olhar Gaúcho

O TeleOftalmo – Olhar Gaúcho, uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) , é um serviço que oferece exames para problemas oftalmológicos.

Médicos que atuam na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica do RS (APS/AB) na macrorregião da Serra (5ª CRS), em Bento Gonçalves, já devem realizar os encaminhamentos através do GMUS para a especialidade MÉDICO OFTALMOLOGISTA para regulação municipal e posterior inclusão no **sistema Gercon**.

Quem pode se beneficiar:

1. Crianças a partir de 8 anos de idade e adultos com as seguintes condições clínicas:
 - a. Baixa da acuidade visual inespecífica,
 - b. Erros de refração,
 - c. Estrabismo,
 - d. Lesões palpebrais,
 - e. Lesões da conjuntiva,
 - f. Catarata (exceto se paciente já com indicação cirúrgica),
 - g. Pacientes diabéticos para rastreamento de retinopatia diabética.

Contraindicações:

1. Alterações oculares emergenciais, como olho vermelho agudo, perda súbita de visão, trauma ocular, celulite pré-septal ou orbitária, entre outras.
2. Glaucoma;
3. Uveíte;
4. Nistagmo;
5. Diplopia;
6. Doença das vias lacrimais;
7. Doença orbitária;
8. Doença da córnea como ceratocone, degeneração, distrofia da córnea;
9. Doença de retina como degeneração macular, doença vascular da retina, etc.
10. Indicação de exame complementar oftalmológico (campimetria, paquimetria, topografia de córnea, microscopia especular da córnea, OTC, etc).

Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA)

Encaminhamentos para a **ALTA COMPLEXIDADE** exigem o preenchimento do documento Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) no sistema GERCON pelo prestador do serviço especializado (Médico oftalmologista).

Todas as solicitações originadas de municípios que não fazem parte da região pactuada de referência para acesso às consultas exigem que o município preencha este documento e anexe-o no sistema GERCON assinado pelo prestador que dará a indicação e pelo responsável técnico vigente.

Situações que não fazem parte da região pactuada e exigem DITA após avaliação no serviço oftalmológico municipal:

1. Tratamento cirúrgico da CATARATA;
2. Tratamento cirúrgico do GLAUCOMA;
3. Investigação das retinopatias incluindo descolamento de retina;
4. Tratamento das RETINOPATIAS;
5. Tratamento cirúrgico CERATOCONE;
6. Tratamento cirúrgico de correção de anomalias nas PÁLPEBRAS;
7. Correção cirúrgica do ESTRABISMO.

No preenchimento deste documento o prestador deve fornecer código de acordo com a tabela [SIGTAP](#) com CID10 apropriado e justificativa clínica completa com exame físico oftalmológico descrito no encaminhamento conforme “CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO” descrito nos protocolos a seguir desenvolvidos a partir das solicitações do Gercon nos últimos anos.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL – DRE/RS
DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA DE ATENDIMENTO NA REFERÊNCIA REGIONAL¹

Nome do(a) Paciente:.....

Município de Residência:Especialidade solicitada.....

Nome do serviço/hospital de Referência Regional pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para atendimento da especialidade solicitada na região:

.....

Declaração de impossibilidade técnica (responsável referência regional pactuada)

Nome do HOSPITAL (QUE DECLARA IMPOSSIBILIDADE TÉCNICA):

Declaro que o Hospital:

() não tem habilitação legal (portarias MS, portarias da SES e/ou resoluções CIB) para realização do procedimento indicado. Qual procedimento indicado:

.....

() foi desabilitado para realização do procedimento indicado. Qual o procedimento indicado:

.....

() não possui especificidade técnica na região e indica que o paciente seja encaminhado para o Hospital

..... para avaliação. Qual especificidade:

() interrupção temporária (catástrofe: incêndio, inundação, desabastecimento de energia elétrica; impedimento da vigilância sanitária). Qual a situação e prazo para adequação?

.....

Data:/...../.....

Médico Assistente
Assinatura e Carimbo

Diretor Técnico do Hospital
Assinatura e Carimbo

1 Este documento será exigido para avaliação da CRA e deve ser obrigatoriamente digitada na íntegra no sistema Gercon.

Emergências Oftalmológicas

A Regulação Ambulatorial não é responsável pela criação dos fluxos de emergência de qualquer natureza. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada).

Para conhecimento, o fluxo atual do Serviço de Emergência Oftalmológica vigente se dá via UPA.

O Banco de Olhos de Porto Alegre é um Serviço de Emergência Porta Aberta até às 16 horas e atende todos os pacientes que chegam até este horário. A partir das 19 horas os pacientes são encaminhados ao HPS que atende apenas emergências relacionadas a trauma ocular ou avaliação de corpo estranho.

Na dúvida, entre em contato com o ramal da equipe de plantão na Rotina da UPA e avalie o adequado seguimento do seu paciente.

Após descartada URGÊNCIA ou EMERGÊNCIA o médico realizará encaminhamento com conteúdo descritivo completo e anexará a referência da Emergência Oftalmológica se existente para que a Regulação Municipal inclua no sistema ambulatorial apropriado, estando o encaminhador ciente da sua inserção na fila de espera para regulação e agendamento.

A atualização do quadro clínico e da brevidade do encaminhamento depende da evolução e criação de novo encaminhamento contendo as novas informações que justifiquem mudança na posição da fila. Sugerimos discutir o caso com a Regulação para otimizar o fluxo do paciente.

Protocolo 1 - DISTÚRBIOS DA REFRAÇÃO OU ACOMODAÇÃO

TeleOFTALMO:

1. paciente com 8 anos de idade ou mais e queixa de diminuição não aguda e inespecífica da acuidade visual;
2. paciente com 8 anos de idade ou mais e distúrbio de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) ou acomodação (presbiopia) com necessidade de revisão por modificação na acuidade visual.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para [emergência oftalmológica](#) (UPA - Banco de Olhos POA):

1. diminuição de acuidade visual aguda ou associada à percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão, fotopsia (flashes luminosos), moscas volantes ou metamorfopsia (percepção irreal de tortuosidade ou deformação da imagem).

OFTALMOLOGIA ADULTO:

1. paciente usuário de lente de contato, sem acompanhamento com médico oftalmologista.

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

1. suspeita clínica de diminuição da visão por alterações do comportamento em crianças menores de 3 anos, que não cooperam para informar acuidade visual na tabela de teste (quadro 1 e quadro 2);
2. diminuição da acuidade visual identificada por tabela de acuidade visual conforme idade:
 - a. crianças de 3 a 4 anos incompletos: AV em um ou ambos os olhos de 20/50 ou pior (não precisa encaminhar se AV de 20/40 ou melhor) ou diferença de duas ou mais linhas entre os olhos; ou
 - b. crianças de 4 a 5 anos incompletos: AV em um dos olhos de 20/40 ou pior (não precisa encaminhar se AV de 20/30 ou melhor) ou diferença de duas ou mais linhas entre os olhos; ou
 - c. crianças de 5 anos ou mais: AV em um ou ambos os olhos de 20/30 ou pior (não precisa encaminhar se AV de 20/25 ou melhor) ou diferença de duas ou mais linhas entre os olhos;
3. suspeita de ambliopia por diminuição da acuidade visual e presença de alterações no alinhamento ocular, alteração no teste do reflexo vermelho, ptose ou outra alteração palpebral que envolva eixo visual;
4. queixas de diplopia ou astenopia (cansaço ocular);
5. criança menor de 8 anos de idade com erro de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) que utiliza lente corretiva.

Quando suspeitar de diminuição de acuidade visual em crianças:

- a. Inabilidade de fixar objetos (teste monocular).
- b. Olhar preferencial: a criança fica inquieta ao se ocluir um dos olhos (o olho de melhor visão).
- c. A criança pisca mais que o usual.
- d. Esfrega os olhos frequentemente.
- e. Apresenta estrabismo quando olha para objetos distantes.
- f. Franze o rosto frequentemente ou inclina a cabeça para um lado.
- g. Fecha ou cobre um olho para enxergar.
- h. Segura os objetos próximos ao rosto.
- i. Demonstra desconforto sob luz forte.
- j. Tem as pálpebras avermelhadas.
- k. Desenvolve frequentemente inflamações nas pálpebras.
- l. Queixa-se de dor nos olhos.
- m. É desatenta nas atividades escolares (com dificuldade de leitura e escrita).
- n. Tem dificuldades para acompanhar os exercícios descritos no quadro.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Sinais e sintomas:
 - a. sensação de cansaço, dor ou ardência nos olhos, cefaleia, baixa de acuidade visual (descreva o quadro de diminuição visual - alteração na visão para perto ou para longe) e outros achados do exame físico como: torcicolo, nistagmo, estrabismo, pterígio, achados corneanos;
 - b. na população pediátrica teste do reflexo vermelho. Em crianças acima de 6 meses, avaliar motilidade ocular;
2. diagnóstico prévio de distúrbio de refração ou acomodação (sim ou não). Se sim, descreva qual o distúrbio, grau da lente corretiva e quando foi a última revisão oftalmológica;
3. medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva;
4. prejuízo funcional devido à diminuição da acuidade visual (sim ou não). Se sim, descreva;
5. número da teleconsulta e telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA:
 - a. diminuição de acuidade visual aguda, dor ocular com ou sem cefaleia (após avaliação em serviço de urgência);
2. BREVIDADE ALTA:
 - a. Acuidade visual inferior a 0,1 em qualquer dos olhos
3. ELETIVO:
 - a. Todas as demais situações

Protocolo 2 - ESTRABISMO

O estrabismo pode ser constante, intermitente (aparece ocasionalmente) ou latente (aparece quando oclui momentaneamente um dos olhos). Os critérios de encaminhamento se aplicam a todas essas variações.

Realizar Teste de Hirschberg para auxílio no diagnóstico é útil para definir a presença e a direção do desvio em pacientes com estrabismo constante. Coloca-se um foco de luz, como uma lanterna de bolso, a 30 cm do rosto do paciente e observa-se onde a luz reflete em ambas as córneas. O ponto de luz sobre as córneas deve estar posicionado simetricamente em ambos os olhos, aproximadamente no centro da pupila. Havendo estrabismo, o reflexo aparecerá deslocado medialmente no olho com exodesvio (estrabismo divergente), lateralmente no olho com esodesvio (estrabismo convergente), e inferior ou superiormente no olho com desvio vertical.

OFTALMOLOGIA ADULTO:

1. estrabismo de início recente e/ou queixa de diplopia aguda após avaliação em serviço de emergência clínica;
2. estrabismo associado à diminuição de acuidade visual ou outros sintomas, como torcicolo;
3. estrabismo em pessoas assintomáticas e motivação para tratamento cirúrgico, desde que apresentem prejuízo psicossocial e baixa autoestima associados à aparência.

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

1. estrabismo constante em qualquer idade;
2. estrabismo intermitente após 4 a 6 meses de idade;
3. queixas de diplopia;
4. alterações da motilidade ocular (indicando paralisia de algum par craniano);
5. torcicolo sem explicação musculoesquelética.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para [emergência clínica](#):

1. estrabismo de início abrupto, especialmente se associado à cefaleia, diplopia e/ou sinais meníngeos;
2. estrabismo decorrente de trauma com aprisionamento muscular e reflexo oculocardíaco;
3. paralisia de pares cranianos congênitas ou de longa duração com sinais de progressão.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descreva idade de início, evolução e sintomas associados como diminuição de acuidade visual, torcicolo, diplopia); o tipo de desvio: esodesvio (convergente), exodesvio (divergente) ou desvio vertical;
 - a. **Na população pediátrica** descrever ainda a presença de fixação e acompanhamento de objetos, inspeção ocular (conjuntiva, córnea, íris,

pálpebras, órbita), resposta pupilar à luz, teste do reflexo vermelho.

Em crianças acima de 6 meses, avaliar motilidade ocular;

2. medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual - figura 1 e figura 2) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
3. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA:
 - a. estrabismo de início recente e/ou queixa de diplopia aguda após avaliação em serviço de emergência clínica;
2. BREVIDADE BAIXA:
 - a. todas as outras situações

Protocolo 3 - UVEÍTES

EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA

1. Suspeita de uveíte anterior ativa (hiperemia conjuntival perilímbica, otossensibilidade, dor ocular, presença de precipitados ceráticos, hipópio);
2. Suspeita de uveíte anterior em crianças menores que 16 anos de idade (sinéquias posteriores, ceratopatia em faixa, catarata complicada);
3. Suspeita de uveíte posterior (redução súbita de acuidade visual, aparecimento súbito e/ou aumento recente de moscas volantes).

ATENÇÃO: [Serviço de Emergência Oftalmológica](#) (acesso via UPA) fornecerá carta de encaminhamento para que o paciente acesse o sistema de **ALTA COMPLEXIDADE** via Atenção Básica. O Clínico da unidade irá realizar encaminhamento com conteúdo descritivo completo e anexará a referência da Emergência Oftalmológica para que a Regulação Municipal inclua no sistema Gercon.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (dor, hiperemia, baixa de visão, tempo de evolução);
2. histórico de crises prévias de uveíte (sim ou não). Se sim, em qual olho e data aproximada;
3. comorbidades (sim ou não). Se sim, informar quais os diagnósticos e medicações em uso, com dose;
 - a. **nos encaminhamentos pediátricos** informar se mãe com histórico de suspeita/confirmação de STORCH durante a gestação da criança (sim ou não). Se sim, descreva o resultado de sorologias da mãe e do RN para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus, com data;
4. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva a causa;
5. medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
6. anexar, preferencialmente, ou descrever contrarreferência ou relatório do oftalmologista com resumo do quadro, se disponível;
7. anexar laudo de exames complementares, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

A realização de exames complementares em pacientes com uveíte deve ser criteriosa. A investigação complementar pode se iniciar na APS, **mas não limita a avaliação com Oftalmologia**, quando indicada.

Pesquisar: comorbidades prévias como psoríase, doença inflamatória intestinal, manifestações que indicam causas sistêmicas de uveíte como artralgia inflamatória (sinovite/edema identificado pelo médico, associada a rigidez matinal por mais de 30 minutos), dor lombar inflamatória (iniciada antes dos 40 anos e a presença de pelo menos 3 dos seguintes critérios: início insidioso; melhora com exercício; sem melhora com repouso; dor na segunda metade da madrugada, com melhora ao se levantar), úlceras orais e genitais recorrentes, lesões cutâneas, tosse, dispneia e/ou dor torácica, perda de peso involuntária, febre.

Classificação	Causas sistêmicas	Causas infecciosas	Causas oftalmológicas
UVEÍTE ANTERIOR (câmara anterior)	Espondiloartrites, artrite idiopática juvenil, sarcoidose, doença de Behçet.	Infecção por herpes simples, varicela-zoster, citomegalovírus, sífilis.	Iridociclite heterocrômica de Fuchs ou Síndrome de Fuchs.
UVEÍTE INTERMEDIÁRIA (corpo vítreo)	Esclerose múltipla, sarcoidose, nefrite tubulointerstitial.	Sífilis, doença de Lyme.	Pars planite, uveíte intermediária indiferenciada.
UVEÍTE POSTERIOR (retina e/ou coroide)	Sarcoidose	Toxoplasmose, sífilis, tuberculose, citomegalovírus, necrose aguda da retina (herpes simples ou varicela-zoster), Doença de Lyme, Bartonella.	Epiteliopatia pigmentar placóide multifocal posterior aguda, coriorretinopatia de Birdshot, síndrome dos múltiplos pontos evanescentes.
PANUVEÍTE (Câmara anterior, corpo vítreo e retina ou coroide (sem predomínio entre sítios acometidos)).	Sarcoidose, doença e Behçet, Doença de VogtKoyanagi-Harada.	Sífilis, doença de Lyme.	Oftalmia simpática

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA:
 - a. Todas as situações.

Protocolo 4 - GLAUCOMA e GLAUCOMA CONGÊNITO

OFTALMOLOGIA ADULTO

MÉDIA COMPLEXIDADE

1. suspeita de glaucoma (p. ex.: aumento da pressão intraocular ou aumento da escavação do disco óptico);
2. diagnóstico de glaucoma confirmado por oftalmologista, controlado clinicamente, sem indicação cirúrgica;
3. glaucoma com indicação de cirurgia que é contemplada no serviço de média complexidade.

ALTA COMPLEXIDADE (preencher [DITA](#))

1. glaucoma não controlado clinicamente, com indicação de cirurgia antiglaucomatosa não disponível na referência regional;
2. glaucoma de fechamento angular com indicação de iridotomia a laser, em caráter não emergencial, quando procedimento não disponível na referência regional;
3. glaucoma avançado em pacientes com visão em olho único.

Encaminhamentos para a ALTA COMPLEXIDADE devem passar por avaliação com Oftalmologista clínico cadastrado na Rede de Atenção Especializada Municipal. Quando este identificar situações com necessidade de seguimento para alta complexidade o mesmo deverá preencher **DITA (Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento)** e realizar encaminhamento com todos os critérios clínicos solicitados pelo Gercon conforme “Conteúdo Descritivo Mínimo” disponibilizado neste protocolo.

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

1. criança com fatores de risco para glaucoma infantil (história familiar de glaucoma infantil, uso prolongado de corticoide sistêmico, malformações oculares);
2. crianças com diagnóstico já estabelecido de glaucoma

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (diminuição da acuidade visual, tempo de evolução, quando foi realizado o diagnóstico de glaucoma);
 - a. **Na população pediátrica** descreva teste do olhinho, se apresenta lacrimejamento, fotofobia, aumento de volume do globo ocular, entre outros achados relevantes;

2. medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva (se disponível);
3. tratamento prévio ou atual para glaucoma (descreva medicamentos e posologia em uso, realização de cirurgia ou terapia com laser);
4. descrição do exame oftalmológico, quando realizado por oftalmologista, incluindo tamanho da escavação do nervo óptico;
5. paciente com glaucoma de fechamento angular e indicação de iridotomia a laser em caráter não emergencial (sim ou não);
6. anexar laudo de campimetria computadorizada e outros exames complementares, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
7. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE ALTA:
 - a. Todas as situações.

Protocolo 5 - CATARATA e CATARATA CONGÊNITA

OFTALMOLOGIA ADULTO

1. paciente com suspeita de catarata;
2. paciente com diagnóstico de catarata e:
 - a. queixa de diminuição da capacidade visual funcional (diminuição visual que interfere nas atividades da vida diária); ou
 - b. diminuição da acuidade visual medida com a tabela de acuidade visual (AV em 20/30 ou pior), com correção, se indicada;
3. paciente com diagnóstico de catarata, previamente operado, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual não solucionada com refração ou óculos;
4. diagnóstico ou suspeita de opacidade de cápsula posterior em paciente previamente operado (diminuição da acuidade visual não solucionada com refração, opacidade de meios, presença de opacidade de cápsula posterior visível em exame de imagem de segmento anterior).

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

MÉDIA COMPLEXIDADE

1. criança com fatores de risco para catarata (história familiar de catarata congênita, uso prolongado de corticoide sistêmico, irradiação craniana).

ALTA COMPLEXIDADE (preencher [DITA](#))

1. suspeita de catarata congênita por teste do olhinho alterado;
2. criança com diagnóstico de catarata congênita que ainda não foi operada;
3. criança com diagnóstico de catarata, previamente operado, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual.

Suspeita catarata senil:

- a. idade acima de 60 anos;
- b. queixa de turvação não-dolorosa e progressiva da visão, em um ou ambos os olhos;
- c. perda do reflexo vermelho através da pupila ou obscurecimento dos detalhes do fundo de olho.

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

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual e prejuízo funcional, perda de reflexo vermelho, leucocoria, outros achados relevantes);

- a. **Na população pediátrica** descreva alteração do teste do olhinho, estrabismo, nistagmo, entre outros achados relevantes;
2. medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual) em cada olho, informando se a mesma foi realizada com ou sem a lente corretiva;
3. paciente previamente operado de catarata (sim ou não). Se sim, descreva há quanto tempo e o local de realização do procedimento;
4. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA:
 - a. criança com diagnóstico de catarata congênita que ainda não foi operada;
2. BREVIDADE ALTA
 - a. suspeita de catarata congênita por teste do olhinho alterado;
 - b. criança com diagnóstico de catarata, previamente operado, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual.
3. BREVIDADE MÉDIA
 - a. paciente com diagnóstico de catarata, previamente operado, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual não solucionada com refração ou óculos;
 - b. criança com fatores de risco para catarata (história familiar de catarata congênita, uso prolongado de corticoide sistêmico, irradiação craniana).
 - c. paciente com diagnóstico de catarata
4. ELETIVO
 - a. paciente com suspeita de catarata;

Protocolo 6 - RETINOPATIAS, OUTRAS DOENÇAS DA RETINA e RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

Todo paciente com diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 **ou** em uso crônico de cloroquina / hidroxicloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, mesmo que assintomáticos. Não é necessário encaminhar para rastreamento gestantes com diabetes gestacional, apenas *gestantes com diabetes preexistente*.

Diabetes tipo 1	Primeiro exame recomendado: a. Em até 5 anos após o diagnóstico de diabetes mellitus. Acompanhamento mínimo de retina a. Anualmente, se houver retinopatia. b. A cada 2 anos, se não houver evidência de retinopatia.
Diabetes tipo 2	Primeiro exame recomendado: a. No momento do diagnóstico de diabetes mellitus. Acompanhamento mínimo de retina a. Anualmente, se houver retinopatia b. A cada 2 anos, se não houver evidência de retinopatia.
Gravidez com diabetes preexistente	Primeiro exame recomendado: a. Antes da concepção e durante o primeiro trimestre. Aconselhar sobre o risco de desenvolvimento e/ou progressão da retinopatia. Acompanhamento mínimo de retina b. Anualmente, se houver retinopatia c. Acompanhamento rigoroso durante o 1º trimestre da gestação e após, conforme Protocolo de Pré-Natal de Alto Risco*

TeleOFTALMO:

1. rastreamento de retinopatia em pacientes não gestantes com diabetes mellitus (DM1 ou DM2), sem diagnóstico prévio de retinopatia diabética;
2. avaliação anual de paciente não gestante com diagnóstico de retinopatia diabética não-proliferativa leve (na ausência de edema macular).

OFTALMOLOGIA ADULTO

MÉDIA COMPLEXIDADE

1. rastreamento de retinopatia diabética em gestantes com DM1 ou DM2 preexistente, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional;

2. diagnóstico de retinopatia diabética com retinopatia não proliferativa leve na impossibilidade de acompanhar por retinografia na APS ([via TeleOftalmo](#)) ou com baixa de visão a despeito da melhor correção óptica;
3. diagnóstico de retinopatia diabética não proliferativa moderada;
4. rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina/hidroxiclороquina.

ALTA COMPLEXIDADE (preencher [DITA](#))

1. diagnóstico de retinopatia diabética com:
 - a. edema macular diabético; ou
 - b. retinopatia proliferativa; ou
 - c. retinopatia não proliferativa grave;
2. outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular em forma neovascular, descolamento de retina regmatogênico ou tracional, buraco macular, oclusão de veia central da retina, edema macular ameaçando ou envolvendo a fóvea secundário a doença vascular ou inflamatório, membrana neovascular com fluido ameaçando ou envolvendo o centro da fóvea secundária a outras doenças).

Paciente atendidos na Emergência Oftalmológica pelas seguintes condições avaliadas no Banco de Olhos ou HPS por não se tratarem de nossa referência pactuada, retornarão com contrarreferência, após afastada urgência clínica, para seguimento ambulatorial com OFTALMOLOGISTA disponível na Rede Municipal, a fim de que este preencha a [DITA](#), descreva o exame físico oftalmológico e HDA para que possamos incluir com maior brevidade no **sistema Gercon**.

Condições passíveis de serem avaliadas nestes serviços:

1. Rotura de retina sintomática em ferradura ou operculada (CID 10: H33).
2. Descolamento de retina regmatogênico (CID 10: H33):
 - a. com mácula aplicada independente do tempo de evolução; ou
 - b. com mácula descolada com até 14 dias de evolução.
3. Trauma ocular com presença de corpo estranho intraocular (CID 10: S05.5) e/ou com descolamento de retina (CID 10: S05.4 e H33).
4. Retinopatia diabética proliferativa com presença de neovascularização de papila ou de retina com (CID: H36.0):
 - a. descolamento de retina tracional com risco à mácula em um dos olhos; e/ou
 - b. glaucoma neovascular; e/ou
 - c. olho único.
5. Hemorragia vítrea densa sem etiologia definida quando houver suspeita de rotura retiniana por DVP hemorrágico SEM presença de sinais de retinopatia diabética no olho afetado ou no olho contralateral (H45.0)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

1. recém-nascido prematuro com indicação de rastreamento de retinopatia da prematuridade, quando não realizado na maternidade: peso ao nascer ≤

- 1.500 g; ou idade gestacional (IG) \leq 32 semanas; ou fatores de risco adicionais para o desenvolvimento de retinopatia da prematuridade;
2. indicação de seguimento do rastreamento para retinopatia da prematuridade, quando realizada a primeira avaliação na maternidade;
3. diagnóstico de retinopatia da prematuridade.

Fatores de risco adicionais como síndrome do desconforto respiratório, sepse, gestação múltipla, transfusões sanguíneas, hemorragia intraventricular devem ser considerados para avaliação de prematuros com idade gestacional > 32 semanas.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes);
2. Apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico;
3. Apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico, medicamentos em uso para controle metabólico;
4. Se gestante, descreva idade gestacional;
5. Se paciente utiliza hidroxycloquina/cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início;
6. Anexar laudo de retinografia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
7. Número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA: situações que precisaram de avaliação em serviço de emergência ou que possuam alto risco de dano/lesão irreversível. Solicitamos ainda, que nesses casos, se discuta com a regulação antes do encaminhamento;
2. BREVIDADE ALTA: retinopatias moderadas ou graves;
3. BREVIDADE MÉDIA: demais situações;

Protocolo 7 - DOENÇAS DAS PÁLPEBRAS, VIAS LACRIMAIS E ÓRBITA

OFTALMOLOGIA ADULTO

1. Pálpebras:
 - a. lesão palpebral com suspeita de neoplasia (como lesões ulceradas, pigmentadas, nodulares);
 - b. alteração da posição das pálpebras (ptose, retração, ectrópio, entrópico);
 - c. má oclusão palpebral (lagoftalmo);
 - d. dermatocálase (excesso de pele e flacidez palpebral superior) com obstrução do eixo visual;
 - e. hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico;
 - f. simbléfaro (adesão entre a pálpebra e a superfície ocular);
 - g. espasmos involuntários (blefaroespasma, espasmo hemifacial).
2. Vias lacrimais:
 - a. epífora (lacrimejamento) crônica;
 - b. dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente;
 - c. canaliculite (inflamação dos canálculos) crônica ou recorrente.
3. Órbita:
 - a. exoftalmo crônico (relacionada ou não à Doença de Graves);
 - b. qualquer distopia do globo ocular (proptose, enoftalmo, distopias verticais ou horizontais), podendo traduzir efeito de massa ou outro processo orbitário;
 - c. massas na topografia da glândula lacrimal.

Observação: lesão palpebral com alta suspeição de neoplasia é possível referenciar diretamente para a Oncologia desde que apresente todo o conteúdo descritivo mínimo (em especial fotografia anexada).

Ao especialista: na identificação de condições que precisam de encaminhamento ao serviço com maior complexidade, por exemplo lagoftalmia, dermatocálase, encaminhar para a Regulação Ambulatorial [DITA](#) preenchida e gerar encaminhamento com todo o conteúdo descritivo mínimo.

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

4. Pálpebras:
 - a. lesão palpebral não-traumática (vascular, cística, nodular, pigmentar, entre outras);
 - b. alteração da posição das pálpebras (ptose, ectrópio, entrópico, epibléfaro) ou da abertura palpebral (blefarofimose);
 - c. alteração palpebral com obstrução do eixo visual;
 - d. hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico

5. Vias lacrimais:
 - a. epífora (lacrimejamento) crônica que persiste após 6 meses de idade;
 - b. dacriocistocele ou amniocele;
 - c. dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente.
6. Órbita:
 - a. alteração de simetria orbitária, com presença de proptose, enoftalmo ou deslocamento do globo ocular.

Tratamento clínico do hordéolo recorrente: medidas para controle da blefarite (aplicação de calor local por 5 a 10 minutos, 3 a 5 vezes ao dia e leve compressão local) e pomada de antibiótico quando necessário. Ficar atento a casos de hordéolos recorrentes e blefarite crônica em pacientes idosos, devido à possibilidade de lesão maligna palpebral.

Tratamento conservador para obstrução de vias lacrimais em crianças com idade inferior a 6 meses: Orientar os cuidadores a pressionar, com as mãos limpas, o saco lacrimal da criança (região entre o canto interno do olho e o nariz) com a ponta do dedo indicador, no lado afetado, 4 vezes ao dia, diariamente. A pressão digital deve ser aplicada com movimento para baixo. O olho ipsilateral à obstrução de via lacrimal pode apresentar conjuntivite recorrente, devido a estase lacrimal. Nessa situação, prescrever colírio de antibiótico (por exemplo, tobramicina 0,3%) 4 vezes ao dia, por 7 dias.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Sinais e sintomas (descrição da alteração palpebral, de vias lacrimais ou de órbita, tempo de evolução, recorrência);
2. anexar fotografias das alterações;
3. apresenta comprometimento funcional/obstrução do eixo visual (sim ou não). Se sim, descreva;
4. realizou tratamento prévio para a condição (se indicado). Se sim, descreva;
5. em caso de doença orbitária, anexar laudo de exames de imagem (TC ou RMN), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
6. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE MUITO ALTA: Alta suspeição de lesão neoplásica. Ou casos específicos que se discuta com a regulação antes do encaminhamento;
2. BREVIDADE BAIXA ou ELETIVO: demais situações;

Protocolo 8 - DOENÇAS DA CÓRNEA E DA SUPERFÍCIE OCULAR

Algumas situações com indicação de encaminhamento para o [Serviço de Emergência Oftalmológica](#):

1. queimadura ocular química;
2. trauma ocular por radiação (solda) se ausência de melhora com o tratamento instituído na APS ou suspeita de corpo estranho associado que não foi possível remover na APS;
3. olho vermelho agudo, principalmente quando a hiperemia predomina ao redor da córnea (ceratite, úlcera de córnea, corpo estranho, etc.) ou é localizada setorialmente (episclerite, esclerite);
4. conjuntivite hiperaguda – instalação em 12 a 24 horas – com secreção purulenta abundante (suspeita de conjuntivite gonocócica); ou conjuntivite aguda com secreção catarral ou mucopurulenta sem melhora após o 2° a 3° dia de antibiótico tópico;
5. qualquer sintoma agudo (baixa de visão, dor ou secreção) em usuário de lente de contato;
6. indicação de transplante de córnea de urgência: úlcera corneana sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocel.

OFTALMOLOGIA ADULTO

1. pterígio associado à diminuição de acuidade visual;
2. pterígio sintomático (irritação ocular) sem alívio com tratamento clínico com colírio lubrificante por 1 mês;
3. olho seco sem alívio com tratamento clínico com colírio lubrificante por 1 mês;
4. outras doenças da córnea sintomáticas (como ceratocone, distrofia, displasia, leucoma, edema de córnea, ceratopatia bolhosa).

ALTA COMPLEXIDADE (preencher [DITA](#))

transplante de córnea eletivo:

1. doença da córnea (ceratocone, ceratopatia bolhosa, leucoma, distrofia de Fuchs, ceratite intersticial, degeneração corneana, entre outras) confirmada por oftalmologista e associada à diminuição de acuidade visual, dor ocular ou desconforto;
2. falência secundária ou tardia de transplante prévio.

Os colírios lubrificantes (ou lágrimas artificiais) podem ser usados como tratamento sintomático, com o objetivo de diminuir desconforto ocular, ou como profilaxia de defeitos corneanos em situações de exposição. Devem ser usados de 3 a 6 vezes por dia.

Princípio ativo	Apresentação	observações	média de preço
Hipromelose	0,3% (3 mg/mL)	1. Uso adulto;	R\$ 15 - 20

	ou 0,5% (5 mg/mL)	2. Gravidez e lactação: não recomendado ; 3. Pode ser usado com lentes de contato rígidas, mas não com lentes gelatinosas.	
Hipromelose + cetrimida	3,2 mg/mL + 0,1 mg/mL	1. Uso Adulto e Pediátrico; 2. Gravidez e lactação: risco C; 3. Não deve ser usado com lentes de contato	R\$ 20 - 80 *
Hipromelose + dextrana	3 mg/mL (0,3%) + 1 mg/mL (0,1%)	1. Adulto e Pediátrico (Trisorb® >12 anos); 2. Pode ser usado durante gravidez e lactação; 3. Lacribell® não deve ser usado com lentes de contato; 4. Lacrima Plus® não especifica.	R\$ 20 - 35
Carmelose sódica	0,5% (5 mg/mL) ou 1% (10 mg/mL)	1. Adulto; 2. Gravidez e lactação: risco C. 3. Podem ser usados com lentes de contato.	R\$ 25 - 80
Hialuronato de sódio	1 mg/mL (0,1%); 1,5 mg/mL 2 mg/mL (0,2%)	1. Adulto; 2. Gravidez e lactação: não recomendado. 3. Não contém conservantes. 4. Pode ser usado com lentes de contato.	R\$ 40 - 90

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

1. Sinais e sintomas (diminuição da acuidade visual, dor ou desconforto, lacrimejamento intenso, secreção ocular);
2. Medida de acuidade visual (tabela de acuidade visual) em cada olho, informando se foi realizada com ou sem a lente corretiva;
3. descreva tratamento realizado para condição (se indicado);
4. número da teleconsultoria ou telediagnóstico, **se** caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE ALTA: Casos específicos que se discuta com a regulação antes do encaminhamento;
2. BREVIDADE BAIXA ou ELETIVO: demais situações;

Protocolo 9 - TESTE DO OLHINHO ALTERADO ou LEUCOCORIA

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

1. Teste do olho alterado unilateral ou bilateralmente;
2. Criança com história familiar de retinoblastoma.

ONCOLOGIA CIRÚRGICA OFTALMOLÓGICA

Quando firmado diagnóstico de diagnóstico de retinoblastoma, encaminhar para a alta complexidade (via MÉDICO OFTALMOLOGISTA no G-MUS). Descrever exame oftalmológico completo e preencher [DITA](#).

Para uso da Regulação:

1. BREVIDADE ALTA: Todos os casos com alteração;
2. ELETIVO: Criança com história familiar de retinoblastoma assintomática.

ASSINATURAS

Diogo Segabinazzi Siqueira
Prefeito de Bento Gonçalves

Gilberto Santo Souza de Souza Junior
Secretário Municipal de Saúde

Daniel Francio
Médico Regulador

Júlia Oliari Franco
Médica Reguladora

Pedro Augusto Cavagni Ambrosi
Médico Regulador

Daiane Piuco
Coordenadora da Central de Regulação Ambulatorial

Paula Coghetto Pertile
Médica coordenadora da Atenção Primária

Thiago Arpini Valerio
Médico coordenador