

Prevenção de lesões oculares em hanseníase

PREVENÇÃO OCULAR NA HANSENÍASE - UMA VISÃO NECESSÁRIA

A hanseníase, no decorrer de sua evolução, pode comprometer diversos segmentos do corpo. As partes mais comprometidas são pele, mucosa e nervos periféricos. Entretanto, outros órgãos são frequentemente atingidos, quer por ação direta do bacilo ou indiretamente nos processos reacionais. O aparelho visual pode ser atingido em ambos os casos.

ANATOMIA DO OLHO

Os comprometimentos neurológicos são mais frequentes nos membros superiores e inferiores, levando a perdas severas da sensibilidade e deficiências motoras. Desta forma, o paciente é privado de um dos mais importantes mecanismos de defesa do organismo, que é a capacidade de sentir dor. A ausência de sensibilidade nas mãos e pés, exige do paciente um maior uso da visão para proteger-se. Vários pesquisadores têm demonstrado, no decorrer dos anos, a grande frequência do comprometimento ocular na hanseníase. Desenhos antigos já mostram alterações como nódulos esclerais, lagoftalmo, cegueira e outros. MENDONÇA DE BARROS (1939) e SÉRGIO VALE (1944) mostraram em levantamentos minuciosos o grande envolvimento ocular em hansenianos no Brasil.

Mesmo assim, é muito pequeno o número de serviços, em que a avaliação ocular faz parte da rotina do controle dos pacientes de Hanseníase. A maioria dos pacientes e grande número de profissionais não sabem do envolvimento ocular e do grande risco para a visão. Não temos um número exato de pacientes cegos por causa da hanseníase. A última estimativa da OMS fala em 10-12 milhões de pacientes, dos quais apenas mais ou menos 5 milhões são registrados e recebem tratamento. um terço destes pacientes apresentam incapacidades, incluindo alterações da sensibilidade tanto nos olhos como nas mãos e pés. Não é possível dizer qual é o número de pacientes cegos nesta população, pois não existem nas diversas pesquisas parâmetros uniformes sobre o que é considerado cegueira.

Se chamamos de cego uma pessoa com visão menor do que 0,05 na escala de Snellen (contagem de dedos a 3 metros), estima-se que 4-7 % dos pacientes de hanseníase são cegos. Se consideramos como limite 0,1 na escala de Snellen (contagem de dedos a 6 metros), este número se eleva para 6-10 %.

Grave perda da visão ou cegueira tem um peso maior para o paciente de hanseníase devido a que grande número apresenta alterações das sensibilidades nas mãos e nos pés. Estes pacientes dependem da boa visão para proteger-se contra qualquer tipo de queimaduras e outros traumatismos.

Como os meios de reabilitação na área

ocular são limitados, devemos dar extrema atenção prevenção ocular na hanseníase.

Baseado numa experiência de mais de 10 anos de trabalho no Centro de Prevenção Oftalmológica do Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru - SP, e mais de 3.000 pacientes acompanhados durante este período, notamos que a grande maioria nunca tinha sido avaliada e grande número não tinha consciência dos problemas oculares já instalados.

Querendo realmente prevenir riscos para a visão do paciente, recomendamos que todos recebam uma avaliação ocular de rotina:

- no ato do diagnóstico da hanseníase
- durante o tratamento da hanseníase regularmente num intervalo de no máximo 1 ano
- no ato da alta
- ao sentir alterações no aparelho visual durante o período do tratamento da Hanseníase e após a alta.

Assegurar ao paciente a possibilidade de retornar ao serviço após a alta, parece-nos de extrema importância, tendo em vista que mais ou menos 10% dos pacientes desenvolvem reações nos anos após a alta.

A perda da visão no paciente de hanseníase ocorre em geral devido a:

- opacidade da córnea - associado ao lagoftalmo, ectrópio, triquíase, agravado pela baixa ou falta da sensibilidade da córnea
- esclerite e iridociclite - e suas seqüelas
- catarata - mais precoce e freqüente

devido ao envolvimento da úvea e córnea

Os exames deveriam ser feitos por oftalmologistas, mas sabemos que não há especialistas em número suficiente na rede básica de saúde, assim recomendamos que

sejam treinados os profissionais do programa de hanseníase, como dermatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares e outros. Estes profissionais devem ser capazes de realizar uma avaliação do segmento anterior do olho. Sendo o atendimento primário e terciário o mesmo deverá ser feito por oftalmologistas. Cabe a estes profissionais também a supervisão e reciclagem do pessoal auxiliar e as pesquisas, de que tanto carecemos neste campo.

As unidades com programa de hanseníase devem providenciar o seguinte material:

- escala de Snellen
- foco luminoso
- lente de aumento ou lupa binocular - caixa de fio dental - fino e extra fino
- papel de filtro de laboratório
- cotonete
- régua
- papel macio (lenço de papel ou papel higiênico)

TESTES A SEREM REALIZADOS:

Teste de Schirmer

Material-Fita de papel de laboratório, densidade 40 ou 50, de 35x5 mm mais a ponta.

Técnica - dobrar, encaixar a fita no fundo do saco palpebral inferior na porção temporal, deixar por 5 minutos (paciente de olhos levemente fechados), retirar, medir a extensão da parte umedecida (sem a parte dobrada).

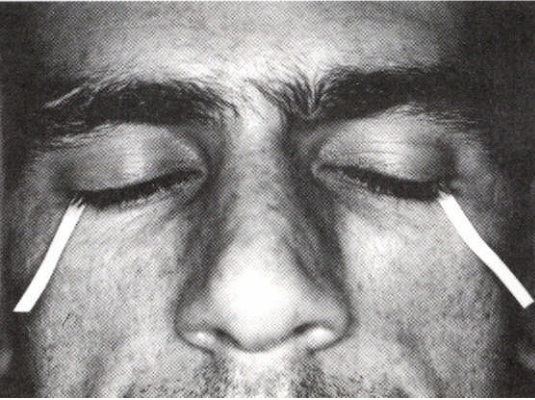


Fig. 19.1 Teste de Schirmer.

Resultado - normal = 10-15 mm / 5 minutos
- se a fita ficar molhada antes de completar 5 minutos, retirar a mesma e anotar a extensão total e o tempo que demorou (35 mm/ ? min).

Observação - ver se há edema no canto nasal do olho, refluxo de secreção, obstrução do ponto lacrimal.

Teste da Força Muscular

Técnica- paciente de olhos fechados suavemente (como para dormir) elevar a pálpebra superior usando o seu dedo mínimo:

1 - sentir a resistência da musculatura palpebral, soltar a pálpebra e observar a volta à posição inicial

2 - paciente na mesma posição anterior, observar se há urna fenda palpebral, olhar por um ângulo inferior, usar foco luminoso

3 - paciente de olhos fechados, utilizando toda força muscular, observar se o preguiamento das pálpebras é simétrico.

Resultado diminuição da resistência e/ou preguiamento assimétrico = **PAREZIA**.

- existência de uma fenda = **LAGOFTALMO**.

Observação - medir a fenda - o paciente de olhos fechados suavemente (s/f).

- medir a fenda - o paciente de olhos fechados com força (c/f).

Teste de Sensibilidade da Córnea

Material - fio dental - fino ou extra fino, sem sabor, comprimento livre de 5 cm.

Técnica - tocar três vezes lateralmente a periferia da córnea

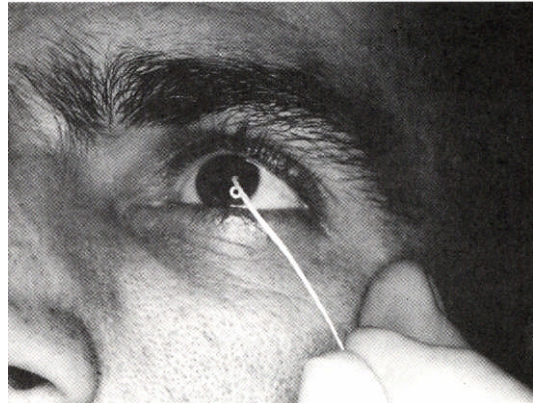


Fig. 19.2 Teste de sensibilidade da córnea.

Observação - o técnico deve posicionar-se atrás do paciente desviando a sua visão ou, se na frente do paciente, o mesmo deve olhar para sua testa.

Resultado - observar o piscar - imediato, demorado ou ausente
- não tocar os cílios ou pálpebras.

Observação observar brilho, transparência e homogeneidade (reflexo da janela) (Fig. 19.2).

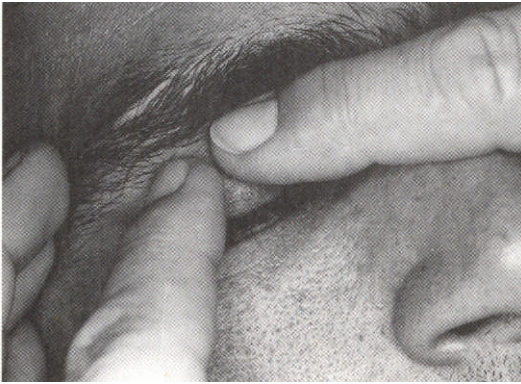


Fig. 19.3 Teste para estimar a pressão intra-ocular

Teste da Estimativa da Pressão Intra-ocular pela Palpação

- Técnica - paciente olhando para baixo
- pressionar alternadamente com os indicadores o globo ocular direito
 - repetir no globo ocular esquerdo
 - sentir se a resistência é igual em ambos os olhos (Fig. 19.3).

- Resultado - ambos os olhos com a mesma resistência e sem dor = normal.
- um dos olhos mais duro, com mais resistência e dor = pode indicar um aumento da pressão intra ocular = Glaucoma.

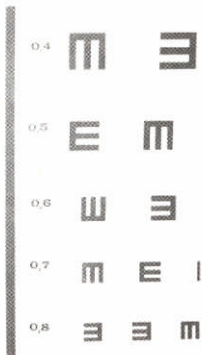
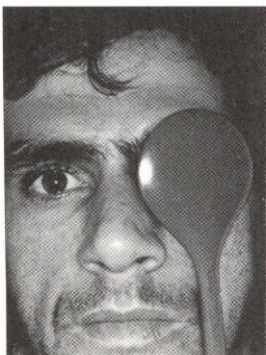


Fig. 19.4 Tabela de Snellen.

Teste de Acuidade Visual

Material - tabela de Snellen (Fig. 19.4), fita métrica, oclusor, lápis preto

- Técnica - fixar a tabela na parede, ficando a linha 0,8 na altura dos olhos do paciente
- medir e marcar a distância indicada na tabela (5 ou 6 m)
 - explicar ao paciente o procedimento
 - apontar com o lápis preto os optótipos, começando com o maior.
 - se o paciente não consegue ler o maior = 0,05 ou 0,1, faz-se a contagem de dedos (CD), começando a 6 metros e aproximando passo a passo.

- Resultado - vale a linha com 2/3 dos optótipos acertados
- vale a distância em que o paciente acertou 2 a 3 vezes o número de dedos.
 - não contagem de dedos a 1 metro = ver se percebe movimentos da mão nesta distância, se negativo, ver se percebe luz.

Observação testar cada olho separadamente.

Modelo para um Esquema de Encaminhamento

- Urgência - hiperemia com dor
- pressão intra-ocular aumentada, hiperemia com brusca diminuição da visão
 - hiperemia com secreção
 - cílios invertidos, roçando a córnea

Eletivo (não urgente)

- Acuidade visual abaixo de 0,6 (Snellen)
- pálpebra desabada (evertida)
- olho fechado com fenda
- pupila branca
- córnea opaca e/ou com vasos
- cílios invertidos, roçando a córnea

Observação - O esquema poderá ser modificado de acordo com as condições de cada unidade.

TÉCNICAS SIMPLES DE PREVENÇÃO

Limpeza Ocular

Material - soro fisiológico ou água limpa (potável)
cuba rim ou outro recipiente
papel macio

Técnica - paciente sentado, de cabeça inclinada para trás e para o lado, jogar o soro ou água sempre da parte nasal para a temporal, enxugar com papel macio só a área externa do olho.



Fig. 19.5 Aplicação de colírio

Aplicação de Colírio

Material - frasco de colírio
papel macio

Técnica - paciente sentado, olhando para cima, afastar a pálpebra inferior na porção temporal, aplicar uma gota sem encostar o frasco, paciente fecha os olhos suavemente e permanece assim mais ou menos 30 segundos.

Observação - enxugar de leve a parte externa, se for necessário (Fig. 19.5).

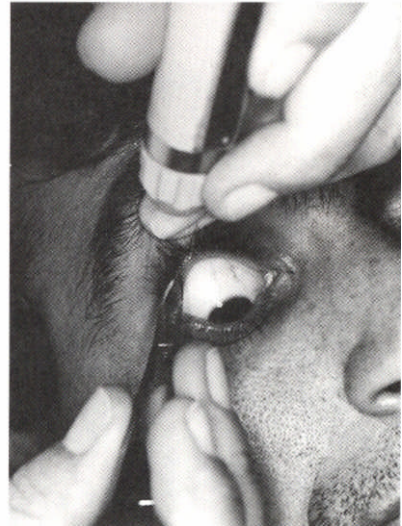


Fig. 19.6 técnica de retirada de cílios.

Aplicação de Pomada

Material - tubo de pomada
cotonete esterilizado
papel macio

Técnica - paciente sentado, aplique mais ou menos 1 cm de pomada na ponta do cotonete formando uma bolinha, paciente olhando para cima, afastar a pálpebra inferior na porção temporal, encostar o cotonete na margem da pálpebra, girar o cotonete colocando a pomada no fundo do saco palpebral, paciente fecha os olhos suavemente e permanece assim por mais ou menos um minuto.

Observação - enxugar de leve a parte externa - se for necessário.

Retirada de Cílios

Material - pinça de sombrancelha
papel macio
foco luminoso
lente de aumento ou lupa binocular
lubrificante ocular



Fig. 19.7 Curativo com lente.

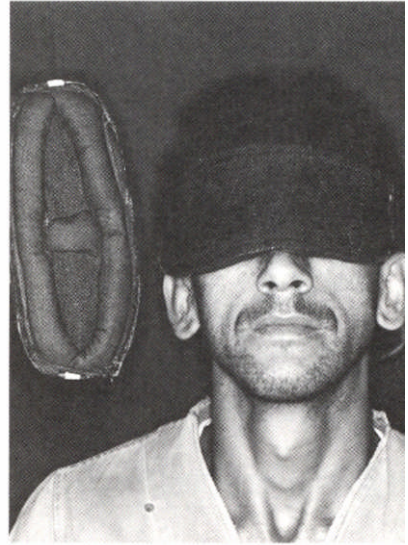


Fig. 19.8 Uso de proteção noturna.

Técnica - paciente sentado, olhando para baixo (para retirada de cílios superiores) ou para cima (retirada de cílios inferiores), retirar cada cílio encostado no globo ocular utilizando a pinça, o foco luminoso e a lente de aumento. Ao terminar a retirada completa - aplicar uma gota do lubrificante.

Observação - pacientes sem alterações da sensibilidade corneana = retirada sempre que tiver queixas.
- paciente com baixa sensibilidade corneana = retirada pelo menos uma vez por mês (Fig. 19.6).

Curativo com Lente

Material colírio
pomada

lente acrílica (óculos velhos)
gaze
fita adesiva ou (esparadrapo,
micropore)

Técnica - lavar o olho com soro ou água limpa (potável), aplicar colírio e pomada, fixar a lente, cobrir com gaze, fixar.

Observação - utilizar esta técnica nos casos de lagofalmo e ectrópio (Fig. 19.7).

Curativo sem Lente

Material - colírio
pomada
gaze esterilizada 5x3, 7x7 fita adesiva (esparadrapo, micropore)

Técnica - lavar o olho com soro ou água limpa (potável), aplicar colírio e pomada, paciente fecha os olhos, colocar e fixar a primeira gaze (5x3) no sentido transversal, fazendo uma leve pressão para baixo, repetir com a segunda gaze (5x3) cobrir com a terceira gaze (7x7), fixar.

trocar de 24 em 24 horas até a cicatrização da lesão.

Observação - utilizar a técnica sempre que necessitar repouso e proteção ocular

EXERCÍCIOS

Técnica - pedir ao paciente que feche os olhos suavemente, depois com força máxima, permanecer assim por três segundos (contar lentamente 1-2-3), relaxar.

Observação - fazer 3 sessões diárias com 15-20 exercícios cada vez
- indispensável em casos de paresia muscular e lagofalmo

Proteção Noturna

Material - óculos de pano forrado de espuma

Observação - é indicada em casos de ectrópio e lagofalmo avançado (Fig. 19.8). As patologias mais encontradas no paciente de hanseníase podem ser vistas na tabela que se segue. Como no modelo para um encaminhamento, cabe também aqui a cada serviço determinar as tarefas do atendimento primário.

Percebe-se nos últimos anos que o paciente atendido em alguns serviços de hanseníase está mais orientado, interessado e preocupado com a prevenção.

Observamos que aumenta o número de profissionais da área de hanseníase preocupados com a prevenção ocular, e por outro lado aumenta também o número de oftalmologistas prestando serviços na área de hanseníase.

Cresce assim a nossa esperança de uma melhor visão, não apenas para o paciente de hanseníase.

PATOLOGIAS	SINTOMAS	SINAIS	PREVENÇÃO
CONJUNTIVITE	ardor, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia	hiperemia acentuada, mais intensa em direção a pálpebra, às vezes secreção purulenta	orientação, higiene, encaminhamento
ECTRÓPIO	lacrimejamento, ardor, sensação de corpo estranho	hiperemia conjuntival, desabamento da pálpebra inferior e ponto lacrimal, às vezes ulcerações	orientação, lubrificação artificial, proteção diurna (óculos de sol) e noturna, encaminhamento
ESCLERITE/EPISCLERITE	dor ao movimentar o olho	hiperemia nodular localizada	orientação, higiene, encaminhamento
IRIDOCICLITE	dor intensa, brusca perda da visão, fotofobia, lacrimejamento	hiperemia em forma de anel pericorneano, pupila pouco reagente (fechada) às vezes irregular, córnea leitosa, PIO às vezes aumentada	orientação, encaminhamento URGENTE Obs. a iridociclite pode ser silenciosa = assintomática
LAGOFTALMO INICIAL	ardor, lacrimejamento, prurido pela manhã	baixa força muscular (PARESLA), fenda de 1 a 2 mm, hiperemia conjuntival inferior	orientação, exercícios, lubrificação artificial, proteção
LAGOFTALMO AVANÇADO	ardor, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, às vezes dor	fenda palpebral acima de 2 mm, hiperemia conjuntival inferior, córnea esbranquiçada na margem inferior, ceratite superficial	orientação, lubrificação artificial (colírio e pomada), proteção diurna (óculos de sol) e noturna exercícios, encaminhamento
NÓDULOS HANSENOMAS	irritação ocular, às vezes dor	nódulos na área superciliar, e/ou palpebral e/ou escleral (limbo), hiperemia localizada	orientação, encaminhamento
OLHO SECO	ardor, sensação de corpo estranho, prurido, lacrimejamento	hiperemia conjuntival, ceratite superficial, às vezes teste de Schirmer - diminuído	orientação, lubrificação artificial - colírio, pomada
SENSIBILIDADE da CÔRNEA ALTERADA	-	alteração do piscamento, teste de sensibilidade - diminuída	orientação, autoinspeção, piscar voluntário frequente
ÚLCERA DE CÔRNEA	dor ocular, fotofobia, lacrimejamento, visão embaçada	hiperemia localizada - em direção da lesão, alteração da superfície da córnea	orientação, proteção e repouso ocular, encaminhamento URGENTE

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, J.M. Aspectos clínicos do comprometimento ocular em lepra. Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1939.
- BLANCO, J.F. Manifestaciones oculares de la lepra. *Leprologia*, 18: 171-175, 1973.
- BRAND, M. Care of the eye in hansen's disease. Louisiana, *The Star*, 1987.
- BRANDSMA, J.W. Domiciliary and field work. Blink-Bell-Blindness. *Leprosy Rev.*, 55: 421-428, 1984.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS MEDIANTE TÉCNICAS SIMPLES, RIO DE JANEIRO, 1977.
- CHOYCE, D.P. Diagnosis and management of ocular leprosy. *British J.Ophthal.*, 53: 217-223, 1969.
- COURTRIGHT, P. & JOHNSON, G.J. Prevention of Blindness in Leprosy. International Centre for Eye Health, London, 1988.
- COURTRIGHT, P. & LEWALLEN, S. Guide to ocular leprosy for health workers. World Scientific, London, 1993.
- COURTRIGHT, P. & LEWALLEN, S. Training health workers to recognise treat, refer and educate patients about ocular leprosy. World Scientific, London, 1993.
- CRISTOFOLINI, L. Prevenção de incapacidades na hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 35: 226- 237, 1982.
- CRISTOFOLINI, L. et alli. A enfermagem na prevenção e tratamento dos comprometimentos oculares na hanseníase. *CBen*, São Paulo. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, ILSL, Bauri, SP, 1983.
- CRISTOFOLINI, L. et alli. Ações da enfermagem nos comprometimentos oculares na hanseníase. *Salusvita*, 5(1): 86-89, 1986.
- CRISTOFOLINI, L. et alli. Rotina de enfermagem na avaliação dos comprometimentos oculares na hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 39(2/3): 86-89, 1986.
- CRISTOFOLINI, L. et alli. Proposta para avaliação e cuidados oculares na hanseníase. *Salusvita* 7 (1): 82-91, Bauri, 1988.
- DORMAN, J.E.K. Ocular manifestations of Leprosy. *Leprosy Rev.*, 44: 216-219, 1973.
- ELWOOD, J. El cuidado del ojo. Parte I. *The Star*, Mayo/Junio, 1978.
- ELWOOD, J. El cuidado del ojo. Parte 4. *The Star*, Nov / Dic, 1978.
- HASHIZUME, H. & SHIONUMA, E. Electron microscopic. Study of lepromatous changes in the iris. *Int.J.Leprosy*, 33: 61-82, 1965.
- HIBI, H. Findings in the leprosy cornea with the slit-lamp microscope. *Int.J.Leprosy*, 24: 152-158, 1956.
- HOBBS, H.E. & CHOYCE, D.P. The blinding lesions of leprosy. *Leprosy Rev.*, 42: 131-137, 1971.
- HOBBS, H.E. Leprotic iritis and blindness. *Int.J.Leprosy*, 40: 366-374, 1972.
- HOGEWEG, M. & FABER, W.R. Progression of eye lesions in leprosy: ten-year follow-up study in the Netherlands. *Int.J.Leprosy*, 59: 392-397, 1991.
- HOLMES, W.J. Leprosy of the eye in South Korea. *Int.J.Leprosy*, 25: 99-103, 1957.
- HOLMES, W.J. Leprosy of the eye - present status and future challenge. *Int.J.Leprosy*, 38: 308-310, 1970.
- HUI-MIN, Z.; ZHEN-RONG, S. & JOB, C. K. Unusual histological lesions in the eye of a leprosy patient. *Int.J.Leprosy*, 55: 507-509, 1987.
- JOFFRION VAN, C. & BRAND, M.E. Leprosy of the eye - a general outline. *Leprosy Rev.*, 55: 105-114., 1984.
- JOFFRION, V.C. The eye at risk in hansen's disease- lacrimal abnormalities. *The Star*, Jan/Feb., pp 8-13., 1989.
- KING, E.F. The eye in leprosy. *British J. Ophthal.*, 20: 561-569, 1936.

174 Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase

- KRASSAI, A. Corneal sensitivity in lepromatous leprosy. *Int.J.Lepr.*, 38: 422-427,1970.
- KUMAR, R.P. Blindness in leprosy: a report on evaluation and physical rehabilitation methods. *Lepr.Rev.*, 55: 11-18, 1984.
- LAMBA, P. A.; ROHATGI J. & BOSE, S. Factors influencing corneal involvement in leprosy. *Int.J.Lepr.*, 55: 667-671,1987.
- LEBER, D.C. & CRAMER, L.M. Correction of entropion in the elderly. - a muscle flap procedure. *Plast.Reconstr.Surg.*,60: 704-709,1977.
- LEWALLEN, S., et al. Intraocular pressure and iris denervation in hansen's disease *Int.J.Lepr.*, 58: 3943,1990.
- MALATI, R., et al. Histopathological changes in the eyes of mangabey monkeys with lepromatous leprosy. *Int.J.Lepr.*, 56: 443-448,1988.
- MANN, I. Ophthalmic impressions of a leprosarium. *Lepr.Rev.*, 26: 10-14, 1955.
- MENDONÇA DE BARROS, J. *Aspectos clínicos do comprometimento oftalmológico*. Melhoramentos, São Paulo, 1939.
- MENDONÇA DE BARROS, J. As complicações oculares da lepra. *Revista Brasileira de Leprologia*,14: 103-134, 1945.
- PILLAT, A. Leprosy Bacilli in the scraping from the diseased cornea in a leper and comments on *Keratitis punctata superficialis* leprosa. *Arch.Ophthal.*, 3: 306-317,1930.
- RAMANUJAM, K.; SUNDAR, P. R. & KHAMNEI, A. A. Ocular leprosy in Iran: findings of a random survey at the Baba Baghi Leprosarium, Tabriz. *Lepr.Rev.*, 49:231-239,1978.
- RICHARDS, P. The medieval leper and his northern heirs. D.S. Brewer Rowman & Littlefield, Cambridge, 1977.
- SALOTTI, S.R.A. Et alli. A enfermagem na prevenção da perda da acuidade visual causada por triquiase em pacientes de hanseníase. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, ILSL, Baum, 1987.
- SALOTTI, S.R.A. Et alli. Levantamento das causas que impedem o programa de prevenção ocular na hanseníase a nível nacional. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, ILSL, Bauru, 1988.
- SHESKIN, J. & ZAUBERMAN, H. Iridocyclitis in lepra reaction treated with thalidomide. *Lepr.Rev.*, 41: 233-235,1970.
- SHOREY, P., et al. Ocular changes in reactions in leprosy. *Lepr.Rev.*, 60: 102-108, 1989.
- SOSHAMMA, G. & SURYAWANSHI, N. Eye lesions in leprosy. *Lepr.Rev.*, 60: 33-38,1989.
- SWIFT, T.R. & BAUSCHARD, F.D. Pupillary reactions in lepromatous leprosy. *Int.J.Lepr.*, 40: 142-148, 1972.
- TSAI, H.H. & SURYAWANSHI, N. Ocular complications in patients with leprosy in Karigiri, South India. *Lepr. Rev.*, 56: 135-141, 1985.
- VALE, S. Subsídios para o estudo da lepra ocular. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1944.
- VIETH, H. Avaliação do olho seco na hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 40 (2/3): 118-122, 1987.
- VIETH, H. e outros. Problemas oculares na hanseníase versus informação. Bauru, Instituto Lauro de Souza Lima, Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1988.
- WOLFF, E. Anatomy of the Eye and Orbit. London: Saunders, 6: 243,1968.