

UNIDADE DE GLAUCOMA NUM SERVIÇO
DE OFTALMOLOGIA (*)

Dr. LUIZ EURICO FERREIRA (**) — Rio de Janeiro

Há capítulos da Oftalmologia que estão a merecer dos especialistas, notadamente dos brasileiros, dedicação mais ampla e mais profunda. Exemplo de primeira grandeza é o do glaucôma. Doença grave, traiçoeira, causa freqüente de cegueira, está a exigir de nós, estudo cuidadoso sob vários aspectos. A par da assistência ao glaucomatoso necessitamos, concomitantemente, estudá-lo sob vários pontos de vista para salvaguardar a função visual e também para colher elementos capazes de propiciar melhor compreensão do mecanismo de tão ingrata doença. Tantos os problemas a cuidar e tão complexa a pesquisa frente a um glaucomatoso que a criação de setor especializado dentro de uma Clínica Oftalmológica, de razoável movimento, é plenamente justificada.

Estudos das condições oculares do paciente e familiares, estudos das condições sociais e psicológicas, pesquisas clínicas e laboratoriais, observação minuciosa da evolução de cada caso devem ser feitos com o máximo rigor.

Longe de termos atingido solução definitiva para êsse grande problema, temos passado por fases diversas quanto aos meios diagnósticos e recursos terapêuticos. Merecem frisados, no entanto, tentos conquistados com o labor incessante de pesquisadores incansáveis, em épocas diversas, inclusive em nossos dias.

* Comunicação feita à Sociedade Brasileira de Oftalmologia na sessão de novembro de 1957.

** Livre Docente da Faculdade Fluminense de Medicina e da Faculdade de Ciências Médicas. Oftalmologista do Hospital dos Servidores do Estado.

Uma planificação de assistência e de pesquisa deve ser traçada, amplamente discutida, aperfeiçoada e posta em execução. Por mais defeituosa que seja essa planificação inicial, tem ela o mérito de servir de base, ou simplesmente de pretexto, para que se discuta seriamente o problema, reforma-se ou substitua-se até mesmo seus alicerces, encontrando-se planta mais adequada, capaz de proporcionar a construção de poderosa fortaleza no combate a êsse mal tão funesto à humanidade, à família e à pátria.

Há, evidentemente, inúmeros problemas ligados à criação de um setor dessa natureza, uns da intimidade do serviço (pessoal, material e relações internas) e outros extrínsecos. Desde que haja boa vontade, compreensão e espírito coletivo, no interesse comum de bem servir à Oftalmologia e à Humanidade, os possíveis atritos internos encontram solução fácil e, até mesmo, solução preventiva. Um exemplo que logo vem à mente é o da cirurgia. Os colegas do Serviço, não integrantes efetivos da Unidade de Glaucoma, teriam oportunidade de realizar operações antiglaucomatosas? Sim, respondemos nós com convicção. Sendo o Glaucoma doença das mais severas, é desejável que todos os oftalmologistas tenham experiência e conhecimento de seus problemas diagnósticos e terapêuticos. A rotina de cada Serviço traçará as normas das cirúrgicas, admitindo-se, dentro das possibilidades, seja a operação realizada pelo médico que atendeu o paciente. Os integrantes da Unidade em apreço deixarão não só a oportunidade de participação na cirurgia para os outros colegas do Serviço, mas também, a de trabalhar em articulação íntima na realização dos exames e na elaboração das diretrizes terapêuticas. Caberá à unidade especializada a coordenação e orientação da assistência e das pesquisas, a fim de que haja uniformidade de conduta nos exames, nos tratamentos e no seguimento da evolução de todos os casos.

A Unidade de Glaucoma atenderá aos doentes que, portadores da doença, procurem-na diretamente para consultar-se ou àqueles que forem enviados por outros colegas. Estarão aqui compreendidos os seguintes casos clínicos: a) urgentes, em que as diretrizes serão traçadas pelo responsável da Unidade conjuntamente com o assistente do paciente; b) comuns, aquêles com diagnóstico firmado e encaminhados para serem submetidos a exames especializados,

orientação terapêutica e seguimento da evolução; c) suspeitos, aquêles em que o oculista assistente deseja a realização de exames especializados, no sentido de esclarecer a hipótese diagnóstica levantada.

Os casos urgentes serão estudados de modo a apurar-se o diagnóstico e submeter o paciente a tratamento adequado, fazendo-se os exames que sejam possíveis de acôrdo com o caso.

Os pacientes enviados já com diagnóstico estabelecido, serão submetidos à inquirição no sentido de apurar:

- a) história da doença ocular atual;
- b) doenças oculares progressas;
- c) história fisiológica pessoal;
- d) história mórbida pessoal, com especial referência às condições psíquicas, nervosas, circulatórias e metabólicas;
- e) história familiar, ocular e geral.

Seria interessante poder-se contar com a colaboração de uma assistente social e com colegas de outras especialidades previamente orientados na espécie em pauta.

Terão os pacientes completado minuciosamente seu exame oftalmológico, atentando-se bem para a acuidade visual, com e sem correção refractométrica; biomicroscopia inclusive do fundo do olho, quando possível, pois que é muito útil no avaliar-se as escavações papilares; gonioscópia; estudo dos campos visuais em tãlta tãlta e em arco, com 2 índices, no mínimo; tonometria e tonografia, se possível sob ação de medicamentos antiglaucomatosos e fora de seu uso. A tonografia nos têm dado informações valiosas no diagnóstico e no seguimento de glaucomatosos.

Testes provocativos devem ser feitos quando necessários, e, em nossa experiência, têm nos parecido de resultados mais satisfatórios o teste do midriático, do quarto escuro, da água e o da compressão com o oftalmodinamômetro.

Os pacientes enviados como suspeitos de serem portadores de Gláucoma serão submetidos a todos os exames anteriores e cuidadosamente observados durante um certo período até que seja pos-

sível estabelecer o diagnóstico ou afastá-lo definitiva ou temporariamente.

Inicialmente propusemos e estamos realizando a seguinte rotina em nossa clínica particular e na Unidade de Glaucoma do Serviço de Oftalmologia do Hospital dos Servidores do Estado:

A — Para os casos de boa evolução, tratados clínica ou cirurgicamente, exame de rotina mensal nos primeiros 12 meses de observação, em que se anota a acuidade visual com e sem correção, tonométrica, achados do exame objetivo, biomicroscópico e oftalmoscópico, e as queixas apresentadas pelo paciente relativas não só à função visual, mas também de seus problemas familiares, na sociedade e no trabalho. Informações outras que se julgue úteis serão registradas como também os medicamentos em uso e a maneira como estão sendo tomados, as reações, etc. De 3 em 3 meses estes pacientes serão submetidos também à gonioscopia, tonografia e exame dos campos visuais. Gráficos simples de tonometria e de tonografia permitirão apreciação rápida dos diversos resultados em épocas diferentes.

Os pacientes que mostrarem evolução satisfatória após cirurgia e que residirem no interior poderão viajar após uma média de 30 dias da operação. Quando seu domicílio é em cidade que possui especialista, solicitamos a este exame de rotina mensal, pedindo ao paciente que volte ao nosso Serviço após 3 meses.

Quando depois de um ano de observação os exames têm resultado sempre satisfatórios, as visitas serão espaçadas em períodos maiores, sendo desejável, no entanto, eterna vigilância. Maiores serão as minúcias e mais abundantes os elementos a colher nos exames sucessivos e por longo período não só para a nossa experiência pessoal, mas também, as possibilidades de colaborarmos no esclarecimento da etiopatogenia da doença em questão serão mais amplas.

B — Para os casos em que a evolução não é favorável, conduta especial será traçada a fim de que a pesquisa não prejudique a assistência, que a nosso ver, é fundamental. Medidas serão tomadas com abreviação dos exames, providências terapêuticas urgentes, inclusive, cirúrgicas. Outros casos, embora com evolução desfavorá-

vel diante da terapêutica instituída, não exigem medidas urgentes e devem ser estudados amiudadamente, discutidos nas sessões clínicas para que se lhes possa indicar a melhor conduta, pelo menos, naquele dado momento.

Nêstes dois grupos serão feitas as rotinas pré-operatórias quando houver necessidade de intervir, como também verificadas as condições gerais e psicológicas dos doêntes em relação à operação, internação e outras condições inerentes ao ato cirúrgico. Assinale-se, de passagem, os bons resultados que temos obtido com vários paciêntes em realizando a intervenção antiglaucomatosa sem recolher o paciênte ao hospital. Outros existem em que a internação é necessária por motivos diversos, tipo de anestesia, temperamento do paciênte, condições domiciliáres, etc.

C — Para os casos operados haverá a seguinte rotina, de acôrdo com o tempo decorrido da operação: a) nos primeiros 15 dias, contrôle com intervalos de 3 a 5 dias, ou mais amiudadamente, se necessário; b) entre 15 e 30 dias, contrôle com intervalos de 5 a 7 dias, em média; c) mais de 30 dias, contrôle semelhante aos grupos referidos nos itens B ou A. No pós-operatório inicial devem ser verificados cuidadosamente no exame ocular os seguintes elementos:

- 1 — dados subjetivos fornecidos pelo paciênte;
- 2 — aspecto geral das pálpebras, conjuntura, córnea, câmara anterior, cicatriz operatória, etc.;
- 3 — sensibilidade do globo ocular à palpação;
- 4 — acuidade visual.

Nestas linhas gerais que procuramos traçar sem nos determos nas minudências das rotinas, sem discutirmos questões relativas às técnicas de exames, indicações terapêuticas e táticas e técnicas cirúrgicas, que abordaremos em outra oportunidade, já podemos sentir a multiplicidade dos problemas e sua complexidade, tanto no atendimento como na orientação das pesquisas destinadas a colaborar no esclarecimento etiopatogênico e terapêutico da questão em pauta.

Assim é que a Unidade de Gláucoma deve contar com pessoal

e instalações especializadas além das instalações rotineiras do serviço: 1 — lâmpada de fenda equipada para biomicroscopia e gonioscopia; 2 — tonômetros corretamente calibrados; 3 — tonômetro eletrônico; 4 — aparelhos para estudos e traçados dos campos visuais periféricos e centrais, inclusive tela tângente; 5 — ambiente de relativo conforto para a realização destes exames; 6 — enfermeira e assistente social instruídas para o tratamento especial a este tipo de doentes, etc. Haverá naturalmente fichário especial para registo dos doentes, além do referente ao arquivo geral do hospital. Em nossa clínica particular usamos o modelo simples. Temos em confecção outros para tonografia, circulares aos pacientes, etc., que poderão ser vistos brevemente.

Achamos conveniente que os glaucomatosos sejam atendidos de preferência em horário diverso daquele em que o movimento do ambulatório é mais intenso, e distribuídos para os diferentes exames de maneira a evitar os desagradáveis e prolongados momentos de espera. Estes, quando muito longos, são prejudiciais à própria doença e podem acarretar o abandono do tratamento por parte do cliente.

Evidentemente que, em nosso meio, com os embaraços burocráticos frisantes e outros obstáculos de difícil remoção a instalação de uma Unidade de Glaucoma não poderá ser de início em condições ideais. O espírito forte e entusiástico e a fé inabalável nas realizações levar-nos-á, com a colaboração tão amiga quanto valerosa dos chefes e colegas do Serviço de Oftalmologia, à ventura de termos em breve uma Clínica de Glaucoma à altura do nível oftalmológico do Rio de Janeiro, que, dia a dia, mais se eleva, graças à fraternidade reinante entre os oculistas residentes nesta bela cidade e à sua dedicação e capacidade de trabalho.

A articulação interna eficiente, liberal e amiga, porém disciplinada, é fundamental para o bom êxito do que está criado.

A articulação externa, como já está sendo promovida entre a Unidade e os diversos Serviços do Hospital dos Servidores e instituições de pesquisas e experimentação, irá forçosamente trazer subsídios do mais alto interesse clínico, etiopatogênico e terapêutico.

Brevemente, se oportunidade honrosa nos fôr conferida, voltaremos para dizer das realizações, dos resultados, dos encantos e dos desencantos da Unidade de Gláucoma do Serviço de Oftalmologia do Hospital dos Servidores do Estado, cuja criação tivemos ensêjo de propor e, por deferência amiga e honrosa do Dr. Ruy de Castro Rollim, digno Chefe do Serviço, fomos encarregados da organização e direção.

Por outro lado, ouviremos com prazer sugestões e conselhos dos colegas quanto à sua organização, funcionamento e acolheremos com satisfação sua presença nas sessões clínicas e cirúrgicas sobre gláucoma que realizamos em nossa clínica particular e, a partir de janeiro próximo, também no Hospital dos Servidores do Estado. As reuniões serão mensais, de caráter prático; demonstração de técnica de exame, ou de cirurgia, discussão de casos clínicos nossos ou levados por outros colegas, comentários de artigos e trabalhos de real interesse, etc.

Nosso desejo, falando em nome do Serviço de Oftalmologia do Hospital dos Servidores do Estado, por delegação de seu ilustre chefe, Dr. Ruy de Castro Rollim, é que os colegas colaborem com esta iniciativa e que ela possa ser útil a todos nós, com maior rendimento prático e teórico contra um dos mais séveros problemas da Oftalmologia e mesmo da Medicina em geral.

O Serviço de Oftalmologia agradece a boa vontade e o elevado espírito de compreensão demonstrados pelos Srs. Diretor do H. S. E., Dr. Gennyson Amado e Diretor da Divisão Médica, Dr. Lélío A. Gomes e rende homenagem ao Serviço do Prof. Moacyr E. Álvaro, de São Paulo, pioneiro no Brasil, na criação de Clínica de Glaucoma.