

PERCEÇÃO VISUAL ALTERADA EM PACIENTES COM HIV/AIDS

ALTERED VISUAL PERCEPTION IN PATIENTS WITH HIV/AIDS

PERCEPCIÓN VISUAL ALTERADA EN PACIENTES PORTADORES DE SIDA

Joselany Afio Caetano¹
Lorita Marlena Freitag Pagliuca²

São relatados 16 casos de pacientes com problemas oculares relacionados com HIV/AIDS, os quais foram observados a partir dos achados do histórico de enfermagem, do exame ocular e da avaliação do oftalmologista. Os resultados demonstram que 15 pacientes se encontram no estágio IV e apenas um no grupo III. As alterações identificadas no exame ocular referem-se à acuidade visual (14/16); nos movimentos oculares (uma diplopia e um nistagmo); no fundo do olho (12), no campo visual (8). As infecções oportunistas que predominaram e que tiveram relação com o achado ocular foram a toxoplasmose, o citomegalovírus e a meningite por criptococcus. Concluiu-se que os pacientes que apresentaram achados oculares relacionados com a AIDS têm severo comprometimento das acuidades visuais para perto e para longe e freqüentemente o fundo de olho e campo visual estão anormais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde ocular. HIV/AIDS. Oftalmologia.

16 cases are reported of patients with ocular problems related to HIV/AIDS, which were observed from nursing files, ocular exams and ophthalmologist evaluations. The results show that 15 patients are on stage IV and only one in group III. The alterations identified in the ocular exam refer to visual acuity (14/16); ocular movements (one diplopia and one nystagmus); the rear of the eye (12); and the visual field (8). The opportunist infections that were predominant and related to the ocular results were toxoplasmosis, cytomegalovirus and Cryptococcus meningitis. The conclusion is that the patients, which presented ocular problems related to AIDS, possess near and far visual acuities severely compromised, and frequently the rear of the eye and the visual field are abnormal.

KEY WORDS: Ocular Health. HIV/AIDS. Ophthalmology.

Las autoras relatan 16 casos de pacientes con problemas oculares relacionados con el VIH/ SIDA, los cuales fueron observados partiendo de los datos encontrados en el histórico de enfermería, del examen ocular y de la evaluación del oftalmólogo. Los resultados demuestran que 15 pacientes estaban en el nivel IV y sólo uno (1) en el grupo III. Las alteraciones detectadas en el examen ocular se refieren a la acuidad visual (14/16); en los movimientos oculares (una diplopia y un nistagmo); en el fondo de ojo (12) y en el campo visual (8). Las infecciones oportunistas que predominaron y tuvieron una relación con las descubiertas oculares fueron la toxoplasmose, el citomegalovirus y la

¹ Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFC, Professora da Universidade Estadual

² Enfermeira, Professora Dra. Titular de Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem/UFC, Coordenadora do Projeto Saúde Ocular, financiado pelo CNPq.

meningitis por criptococcus. Concluyese, que los pacientes que presentaron casos oculares relacionados con el SIDA tienen un serio comprometimiento en las acuidades visuales para cerca y para lejos y a menudo el fondo de ojo y el campo visual están anormales.

PALABRAS CLAVE: Salud ocular. VIH/SIDA. Oftalmología.

INTRODUÇÃO

Descrições de manifestações oculares em pessoas portadoras de HIV/AIDS são conhecidas há vinte anos. Em abril de 1982, Holland apud Tobaru et al. (1993) relacionou os primeiros casos de lesões oculares em sete pacientes homossexuais com AIDS. Desde então, numerosos trabalhos de investigação sobre o tema têm merecido atenção, pois, com o advento da AIDS, uma série de alterações oculares estão surgindo. De acordo com Ramos, Boff e Cavinato (1992, p.43): “Os tecidos oculares são diretamente acometidos pelo HIV, quer por infecções oportunistas ou por associação das duas anteriores ou por tumores malignos.”

Antes da AIDS, infecções retinianas por citomegalovírus, por sarcoma de Kaposi, por vírus herpes simples eram extremamente raras. No entanto, tornaram-se freqüentes em indivíduos portadores do HIV/AIDS, que também apresentam infecção mais prolongada e maior morbidade ocular.

Apesar de Scherer e Ferreira (1989) e Elia, Aihara e Souza-Dias (1990) afirmarem que as manifestações oculares na AIDS são muito comuns e 75% dos pacientes apresentarem lesão ocular durante o curso da doença, em especial nos estádios finais, questionamos: Será que todos os achados oculares nesses pacientes têm relação direta com a AIDS?

Estudo realizado por Caetano e Pagliuca (1999) revela, por meio do exame ocular realizado durante a consulta de enfermagem com 100 indivíduos portadores do HIV/AIDS, que 16 indivíduos mostraram achado ocular ausente e 84 apresentaram achado ocular, sendo

68 indivíduos com achado ocular sem relação à AIDS e 16 indivíduos com achado relacionado à AIDS.

Estes resultados nos levam a inferir que alteração ocular decorrente de outras causas pode estar sendo atribuída à AIDS, possivelmente por falta de exame regular, o que reforça a importância da consulta de enfermagem, incluindo o acompanhamento do exame ocular, uma vez que apenas 16 indivíduos apresentaram achado ocular relacionado com a AIDS. Desta forma, é possível dar melhor direcionamento às ações de saúde ocular voltadas para esta clientela.

Procurando resposta para a questão até aqui delineada, traçamos, para este estudo, os objetivos que se seguem: Identificar os problemas oculares relacionados com a AIDS; correlacionar as infecções oportunistas ou evolução clínica com os problemas oculares nestes pacientes; analisar o histórico destes pacientes.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo, com o propósito de evidenciar os problemas oculares na AIDS, desenvolvido num serviço público de saúde especializado, referência no estado do Ceará em AIDS, localizado em Fortaleza, onde desenvolvemos Consulta de Enfermagem, com a realização do exame ocular.

Após o exame ocular realizado pela enfermeira, os indivíduos que apresentaram alterações eram encaminhados ao oftalmologista. Também pesquisamos os prontuários, para investigar o estágio de evolução da doença e das infecções oportunistas.

O universo foi composto de 100 indivíduos portadores do HIV/AIDS, que fizeram parte de pesquisa anterior (CAETANO, 1999). A amostra foi constituída de 16 indivíduos adultos, conscientes e com achado ocular relacionado com a AIDS. A coleta de dados foi realizada no período de março a novembro de 1998.

Os dados são apresentados no Quadro 1, seguido da descrição dos achados oculares com a finalidade de contextualizá-los. Para a descrição dos achados oculares, os pacientes foram divididos em três grupos, de acordo com o grau de diminuição visual: cegos, visão subnormal, déficit parcial e limites normais.

Segundo a Fundação Hilton Rocha (1987), a cegueira pode ser classificada em total e parcial. Cegueira total pressupõe a perda da visão, não havendo nem percepção luminosa. A cegueira é denominada parcial quando a acuidade visual tem resultado igual ou inferior a 0,1. Estes conceitos podem ser aplicados para o exame de cada olho, separadamente, ou para ambos os olhos.

Foram classificados como Visão Subnormal (VSN) os sujeitos que apresentaram um limiar visual menor que 0,3, mesmo com o uso de óculos. As pessoas com VSN não são cegas, mas suas habilidades para as atividades diárias ficam prejudicadas.

Consideramos limites normais quando o resultado do exame foi igual ou superior a 0,8 em qualquer olho. Déficit parcial, quando o resultado foi igual ou inferior a 0,7 em qualquer olho ou apresentou a diferença de duas ou mais linhas entre os dois olhos.

Realizamos, ainda, uma análise retrospectiva do Prontuário de Saúde Ocular dos pacientes, o que nos autoriza a descrever de maneira sucinta um histórico de cada um deles. Os aspectos éticos da pesquisa foram contemplados, à medida que houve o consentimento da instituição e dos pacientes para a participação no estudo, assim como foi garantido o sigilo de sua identidade, pois atribuímos um nome fictício ao participante e um número que corresponde à seqüência das consultas.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram examinados 100 indivíduos portadores do HIV/AIDS e, destes, 16 apresentaram achados oculares relacionados com a AIDS, cujas características encontram-se no Quadro 1.

Quanto ao sexo, tivemos 11 pacientes do sexo masculino e cinco do feminino. Em relação à idade, sete encontram-se na faixa etária entre 30-39 anos, cinco entre 40-49 anos, três entre 20-29 anos, um acima de 50 anos. A faixa etária predominante nos pacientes examinados foi de 30-39 anos.

Todos apresentavam infecções oportunistas. A candidíase oral esteve presente em 11/16 indivíduos (69%); a toxoplasmose em 8/16 (50%); a pneumonia por *Pneumocystis carinii* em 4/16 (25%); a tuberculose, o CMV e o herpes em 3/16, respectivamente, o que equivale a 18,7%; a meningite por *Cryptococcus* e linfadenopatia em 2/16 (12,5%) e ainda um paciente com disfunção do SNC e outro com sarcoma de Kaposi.

De acordo com Rotta, Preger e Kronfeld (1988, p.177), que citam Rosemberg e colaboradores, foi observado: “[...] o aparecimento de 76% de casos de candidíase oral, 44% de pneumonias por *Pneumocystis carinii*, 8% de toxoplasmose, 4% de candidíase esofágica e 12% de sarcoma de Kaposi em pacientes com AIDS.” Estes dados são bastante semelhantes aos da nossa série, exceto pela considerável incidência de toxoplasmose na nossa amostra.

Chama a atenção na amostra estudada a alta incidência de toxoplasmose. O CMV e a toxoplasmose têm um tropismo especial pelos vasos da coróide, ocasionando dano ocular. É claramente perceptível que à medida que as células CD4 vão diminuindo o indivíduo vai ficando mais sensível às infecções oportunistas que, por sua vez, freqüentemente acometem o olho.

A acuidade visual estava alterada em 13/16 pacientes. A baixa acuidade visual foi regra na

CASO	SEXO	IDADE	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	GRUPO	AV	EOE	MO	FO	CV
1	M	35	Tuberculose	IV	0,1- 0,0 J6 - 0,0	Úlcera córnea	N	A	A
2	M	30	Toxoplasmose Pneumonia	IV	0,4 - 0,4 J2-J1	N	N	N	N
3	M	42	Candidíase Toxoplasmose	IV	0,0 - 0,0 0,0 - 0,0	N	N	A	A
4	F	35	Tuberculose Toxoplasmose Candidíase	IV	0,9 - 0,0 J1 - J6	N	N	OE A	OE A
5	F	29	Linfadenopatia Toxoplasmose CMV	IV	0,4 - 0,5 J1- J1	N	N	A	N
6	M	40	Toxoplasmose CMV Pneumonia Herpes simples Candidíase	IV	0,3 - 0,3 J2- J3	N	N	N	N
7	M	36	CMV Sarcoma kaposi	IV	0,0 - 1 0,0 - J1	N	N	A	A
8	M	41	Pneumonia Candidíase	IV	0,7- 0,6 J1- J1	Conjunt.	N	A	N
9	F	32	Meningite por Criptococos Candidíase	IV	0,3 - 0,3 J1- J1	N	N	A	A
10	M	60	Tuberculose Meningite Herpes zoster Candidíase	IV	0,3 - 0,3 0,0 - J6	Engurg. venoso	N	Catarata	N
11	M	37	Tuberculose CMV	IV	0,3 - 0,1 J2 - 0,0	Engurg. venoso	N	A	A
12	F	25	Candidíase Toxoplasmose Disfunção SNC	IV	0,4 - 0,4 J2 - J2	N	Nistag.	N	N
13	M	34	Linfadenopatia Candidíase	III	0,8 - 0,8 J1 - J3	N	N	N	N
14	M	46	Pneumonia Candidíase	IV	0,7 - 0,7 J1 - J1	Conjunt.	N	A OD	A OD
15	F	40	Candidíase Toxoplasmose	IV	0,5 - 0,6 J6 - J6	Arco senil	N	A	N
16	M	29	Toxoplasmose Herpes zoster Candidíase	IV	0,8 - 0,7 J1 - J1	N	Diplopia	OE A	OE A

ABREVIATURAS: AV: acuidade visual; EOE: estrutura ocular externa; FO: fundo do olho; MO: movimento ocular; CV: campo visual; N: normal; A: alterado; nistag.: nistagmo; engurg.: engurgitamento; conjunt.: conjuntivite.

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PACIENTES COM ACHADOS RELACIONADOS COM A AIDS E AS ALTERAÇÕES ENCONTRADAS

maioria dos indivíduos examinados. Esta elevada incidência constatada em nossos pacientes é plenamente coerente com a literatura. Exames periódicos poderão demonstrar melhora ou piora desta função e servir para julgar, modificar ou propor condutas terapêuticas.

No movimento ocular, observamos duas alterações: uma diplopia e um nistagmo. Segundo Bicas (1991, p. 181): “[...] nistagmo é um distúrbio da estabilidade do olho, caracterizado como sua movimentação involuntária e geralmente rítmica.”

Ocorreram 12 alterações no fundo do olho e, ao que sabemos, as lesões oftalmológicas na AIDS tendem a acometer principalmente a retina, resultado das infecções oportunistas, tais como CMV e toxoplasmose. Já no âmbito do campo visual, constatamos oito alterações. A análise do fundo do olho deve ser uma conduta obrigatória nestes indivíduos, até porque facilita na interpretação dos danos de acuidade visual e campo visual.

Para contextualizar os achados oftalmológicos, apresentamos os resumos dos históricos dos pacientes, que serão analisados concomitantemente ao déficit visual em grupos:

GRUPO I – Cegos

Pedro, 35 anos, homossexual. Encontra-se no estágio IV de evolução da doença, com história de tuberculose. Queixa-se de inflamação nos olhos, dificuldade de enxergar e embaçamento. Ao exame, apresenta acuidade visual para longe (0,1 - 0,0) e para perto (J6 - 0,0). Fundoscopia e campo visual alterados. Estruturas oculares externas normais.

Paulo, 42 anos, heterossexual. Casado. Com diagnóstico de AIDS desde fevereiro de 1997. Encontra-se no estágio IV. História de toxoplasmose e candidíase. Queixa-se de embaçamento. Ao exame da acuidade, tem percepção luminosa. Estrutura ocular externa normal, fundo de olho e campo visual alterado.

Mariana, 35 anos, heterossexual. Com diagnóstico para HIV desde 1996. Encontra-se

no grupo IV. História de tuberculose, candidíase, toxoplasmose. Queixa-se de dificuldade de enxergar e tem sensação de estar com o *olho cheio de areia*. Ao exame de acuidade visual para longe (0,9 - 0,0), olho esquerdo conta dedos à distância de 1 metro. Perto (J1 - J6). Estruturas externas normais. Fundo de olho e campo visual no olho esquerdo alterados e olho direito normal.

Sandro, 36 anos, heterossexual. No grupo IV. História de Sarcoma de kaposi e CMV. Refere dificuldade de enxergar, lacrimejamento, cefaléia, prurido e inflamação nos olhos. Ao exame ocular, acuidade visual para longe (0,0 - 1) e para perto (0,0 - J1). Fundo de olho e campo visual alterados no olho direito; no olho esquerdo, normais. Estrutura externa normal.

Daniel, 37 anos, heterossexual. Grupo IV. História de CMV e tuberculose. Queixa-se de dificuldade de enxergar e ardência. Ao exame, acuidade visual para longe (0,3 - 0,1) e para perto (J2 - 0,0). Fundo de olho e campo visual alterados. Estruturas oculares externas com engurgitamento venoso.

Estes pacientes têm em comum cegueira parcial. Pedro apresentou dificuldade de enxergar desde janeiro de 1998, quando iniciou tratamento para retinite, porém, segundo informações do cliente, sem melhora do quadro, não compareceu a novo agendamento do oftalmologista e deixou de tomar a medicação. Percebemos a relação errônea, atribuída pelo paciente, entre os medicamentos que estão em uso no tratamento da AIDS e o surgimento dos problemas na visão. Frequentemente, o paciente considera que o problema ocular ocorreu em consequência do uso de determinado medicamento, pois desconhece que as infecções oportunistas agredem o sistema ocular.

Vários autores são unânimes em afirmar que uma série de fatores tendem a dificultar o tratamento da retinite, entre os quais lembramos: é lento, guarda relação direta com a imunidade do paciente e tem correlação com os efeitos colaterais da terapêutica em uso.

Já Paulo e Mariana, atualmente, estão fazendo uso do tratamento para toxoplasmose, tendo sido diagnosticada retinopatia no exame oftalmológico. Paulo refere piora do déficit visual com dificuldade de locomoção, além da privação do seu lazer: ler a bíblia. Esta situação o deixa bastante apreensivo, por se encontrar na dependência da sua mulher para realizar as necessidades básicas.

A toxoplasmose gondii é um agente oportunista comum em pacientes com AIDS, enquanto a encefalite constitui uma infecção cerebral freqüente. Os primeiros dados confirmados em relação à incidência de toxoplasmose ocular giraram em torno de 1,3%; entretanto, a incidência de toxoplasmose ocular na AIDS parece aumentar à medida que se intensificam os estudos (THIERMANN; LORCA, 1994).

Se o tratamento não é mantido, as lesões tendem a aumentar e progredir, ocasionando dano maior na capacidade visual do indivíduo. Ademais, o tratamento recomendado deve ser mantido por tempo indeterminado (MUCCIOLI; BELFORT JR., 1999).

O histórico do paciente, mormente as queixas associadas ao exame ocular realizado, levou-nos a formular a hipótese de que a toxoplasmose causa acentuado déficit de acuidade visual. Este fato ocorreu com Paulo e com Mariana. Muccioli e Belfort (1999, p. 91) comentam: “[...] a principal complicação no tratamento da toxoplasmose ocular e causa de falha no tratamento é a alergia que esses pacientes fazem ao medicamento recomendado, que pode ocorrer em aproximadamente 40% dos pacientes.”

O trabalho desenvolvido por Schellini et al. (1993), sobre toxoplasmose ocular, refere que em muitos pacientes (26,7%) o tratamento não foi suficiente para impedir a perda da função visual, ficando o paciente com visão menor que 0,1. Já o trabalho de Thiermann e Lorca (1994) afirma que os efeitos do tratamento resultaram favoravelmente em mais de 90% dos casos, em alguns com cura das lesões oculares no prazo de três a 20 semanas e melhora da acuidade visual

na maioria deles. Este fato realça a necessidade primordial de medidas preventivas, pois, do contrário, pode seguir um curso rapidamente fatal, daí a importância de estabelecer o diagnóstico de toxoplasmose o mais breve possível.

Sandro teve como infecção oportunista CMV. Citando Palestine et al., Benchimol (1994, p.3) afirma: “[...] infecção por CMV ocorre freqüentemente em pacientes com AIDS. Aproximadamente 40% ou mais dos pacientes desenvolverão alguma manifestação de infecção por CMV.” Após Consulta de Enfermagem, esse paciente foi encaminhado ao oftalmologista, cujo diagnóstico foi de retinite por CMV, que constitui a principal causa de perda visual destes pacientes. Caso semelhante ocorreu com Daniel, que faz tratamento de CMV. De acordo com Sprinz e Kronfeld (1993, p.296): “Os indivíduos com CMV tipicamente queixam-se de visão borrada, diminuição da acuidade visual ou defeitos no campo visual, geralmente com um olho mais afetado que o outro. A perda da visão se não tratada tende a ser progressiva.”

Durante a consulta de enfermagem, a aproximação e a interação entre os pacientes tornavam-se cada vez mais significativas, a ponto de falarem sobre suas queixas particulares e íntimas. Daniel chamou a atenção, pois demonstrou desespero diante da doença: a família o havia desprezado, estava sem condições de trabalhar em virtude da dificuldade de enxergar, a aposentadoria não havia saído e estava vivendo de favores. Isto só vem reforçar que a assistência prestada a esta clientela não deve ser direcionada somente à doença, mas também aos aspectos emocionais, sociais, espirituais e de reabilitação.

GRUPO II – Visão Subnormal

Na Visão Subnormal, é severa a perda da visão. Deste agrupamento fizeram parte seis pacientes:

João, 30 anos, heterossexual. Teve diagnóstico de AIDS em junho de 1996. Encontra-se no

estágio IV, com história de toxoplasmose cerebral e pneumonia. Refere dificuldade de enxergar. Ao exame, acuidade visual para longe (0,4 - 0,4) e perto (J2 - J1). Estruturas oculares externas, fundo de olho e campo visual normais.

Vera, 29 anos, heterossexual. Grupo IV. Com história de linfadenopatia, toxoplasmose cerebral e CMV. Queixa-se de ardência ocular, lacrimejamento, inflamação nos olhos e coceira. Ao exame ocular, acuidade visual para longe (0,4 - 0,5) e perto (J1 - J1). Estruturas externas normais. Fundo de olho alterado e campo visual normais.

José, 40 anos, homossexual. Grupo IV, história de pneumonia bacteriana, candidíase, CMV, herpes simples, toxoplasmose cerebral. Queixa-se de dificuldade de enxergar. Ao exame, acuidade visual para longe (0,3 - 0,3) e perto (J2 - J3). Estrutura ocular externa, fundo de olho e campo visual normais.

Maria, 32 anos, heterossexual. Grupo IV. Com história de meningite por criptococose e candidíase oral. Queixa-se de fotofobia e dificuldade de enxergar. Acuidade visual para longe (0,3 - 0,3) e para perto (J1 - J1). Estrutura ocular externa normal. Fundo de olho e campo visual alterados.

Ribamar, 60 anos, bissexual. Grupo IV. Com história de tuberculose pulmonar, candidíase, herpes zoster e meningite. Queixa-se de lacrimejamento, dificuldade de enxergar e prurido. Refere piora da visão desde junho de 1998. Ao exame, acuidade visual para longe (0,3 - 0,3) e para perto (0,0 - J6). Estruturas oculares externas apresentam ingurgitamento venoso. Fundo de olho alterado e campo visual normais.

Tatiana, 25 anos, heterossexual. Com diagnóstico em 1998. Encontra-se no grupo IV. História de toxoplasmose cerebral, candidíase, disfunção SNC. Acuidade visual para longe (0,4 - 0,4) e para perto (J2 - J2). Movimentos oculares com nistagmo. Fundo de olho e campo visual normais.

Rosângela, 40 anos, heterossexual. Diagnóstico desde 1997, no Grupo IV. Com Toxo-

plasmose cerebral. Refere dificuldade de enxergar de perto, lacrimejamento e inflamação nos olhos. Ao exame, acuidade visual para longe (0,5 - 0,6) e para perto (J6 - J6). Presença de arco senil. Fundo de olho alterado e campo visual normais.

Em virtude de alteração da acuidade visual para longe, João foi encaminhado ao oftalmologista, que prescreveu uso de lentes corretivas. O cliente refere não ter problema ocular anterior à AIDS. Faz uso de terapêutica específica para toxoplasmose.

Já Vera e José tiveram infecção oportunista por CMV, o que lhes ocasionou retinite; de acordo com Rotta, Preger e Kronfeld, (1988, p.177): “[...] retinite por CMV é a causa mais comum de perda visual na SIDA. A retina assume uma aparência hemorrágica e isquêmica com margens difusas e contorno irregular.” De acordo com Pifano e Moreno (1987) a retinite por CMV tende a acometer 32% dos casos de AIDS e a presença de exsudato algodonosos em 50 - 53%.

Maria refere que em decorrência da meningite teve alteração da acuidade visual, com limiar de percepção luminosa, e após oito meses de tratamento houve melhora do quadro, apesar de ainda apresentar déficit visual. A cliente associa sua melhora a uma promessa, evidenciando que a doença faz com que a religiosidade se torne mais expressiva.

O indivíduo com AIDS enfrenta situações específicas e ainda mais difíceis que os portadores de outras doenças e necessita ser atendido por uma equipe interdisciplinar capaz de oferecer uma assistência holística, no intuito de ajudá-lo a superar sentimentos de depressão e tristeza decorrentes da falta de esperança de recuperação, das preocupações com sua evolução, do isolamento imposto pela doença, dos medos e das inseguranças acerca do tratamento, do sofrimento e da morte, que interferem sobremaneira no seu estado geral.

De acordo com Rotta, Preger e Kronfeld (1988, p. 178): “[...] a detecção precoce da AIDS é de prioridade máxima, a fim de que o correto manejo do paciente, bem como o tratamento das infecções oportunistas seja instituído.”

Outro paciente, Ribamar, queixou-se, inicialmente, de dificuldade de enxergar, apresentando como alteração a opacificação do cristalino. Foi encaminhado ao oftalmologista, que diagnosticou catarata. Em seguida, submeteu-se a cirurgia, após a qual foi avaliado novamente. Por se queixar ainda de dificuldade de enxergar, foi providenciado novo encaminhamento para uso de correção óptica. Já no exame das estruturas externas, encontramos em relação com a AIDS a presença de ingurgitamento venoso, pois, segundo Elia, Aihara e Souza-Dias (1990), o ingurgitamento venoso foi associado ao processo isquêmico e ao aumento da viscosidade sanguínea, o que ainda consideram um achado freqüente nos portadores do HIV/AIDS.

Tatiana tinha quadro de toxoplasmose cerebral e disfunção do SNC. O quadro neurológico foi responsável pela alteração do movimento ocular, nistagmo, que é freqüente na AIDS, e, segundo Deschênes, Seamone e Baines (1990), os sinais neurooftalmológicos incluem a paralisia do nervo craniano, que pode se manifestar sob a forma de nistagmo.

A dificuldade de enxergar para perto e o arco senil encontrado em Rosângela têm estreita ligação com a idade, já que há relação direta com estas variáveis, pois é um achado comum na faixa etária avançada. Percebemos também um quadro de ansiedade associado à depressão, pois durante a consulta de enfermagem demonstrava preocupação e relatava com freqüência piora visual, retornando várias vezes para avaliação. Em decorrência da toxoplasmose, infecção freqüente nos pacientes com AIDS, o fundo de olho foi alterado.

GRUPO III – Déficit Parcial e Limites Normais

Tivemos ainda quatro pacientes com alteração da acuidade visual pouco significativa ou até dentro do padrão considerado normal. Foram eles:

Roberto, 34 anos, heterossexual. Com diagnóstico em 1998, encontra-se no grupo III. História de linfadenopatia e candidíase. Queixa-

se de embaçamento, ardência e hiperemia. Ao exame, acuidade visual para longe (0,8 - 0,8) e para perto (J1 - J3). Estruturas externas normais. Fundo de olho e campo visual normais.

Francisco, 41 anos, homossexual. Com diagnóstico de AIDS desde 1992, grupo IV, história de candidíase oral e pneumonia. Queixa-se de ardência ocular. Acuidade visual para longe (0,7 - 0,6) e perto (J1 - J1). Estruturas oculares externas apresentam conjuntivite. Fundo de olho alterado e campo visual normais.

Renato, 46 anos, bissexual. Com diagnóstico desde 1992, encontra-se no grupo IV. Queixa-se de dificuldade de enxergar, lacrimejamento, prurido e inflamação nos olhos. Ao exame, acuidade visual para longe (0,7 - 0,7) e para perto (J1 - J1). Estruturas externas apresentam conjuntivite. Fundo de olho e campo visual no olho direito alterados.

Delano, 29 anos, heterossexual. Com diagnóstico desde janeiro de 1998, no grupo IV, história patológica pregressa de toxoplasmose, herpes zoster, candidíase. Queixa-se de prurido, inflamação nos olhos e lacrimejamento. Ao exame ocular, acuidade visual para longe (0,8 - 0,7) e para perto (J1 - J1). Refere diplopia. Fundo de olho e campo visual alterados no olho esquerdo e no olho direito normais.

Apesar do exame da acuidade visual de Roberto ter sido normal, suas queixas eram freqüentes, demonstrando medo, ansiedade e angústia. Foi então solicitado pelo oftalmologista o mapeamento da retina, mas, em virtude da dificuldade de acesso a um serviço de referência e também por problemas financeiros, não foi possível realizá-lo. Vive, então, o medo do desconhecido, que cada vez mais o angustia e ainda espera realizar o exame, já que refere piorar dia-a-dia, com redução da sua capacidade de enxergar.

Em Francisco, manifestou-se de forma bastante intensa o sentimento de medo, principalmente de descobrir algo mais, preferindo muitas vezes não ir ao médico, não realizar exames, com receio de um mau prognóstico, pois o diagnóstico ofusca as

esperanças de se ter uma vida melhor com AIDS. A inflamação da conjuntiva é um problema ocular comum; pode ser de causa exógena ou endógena, já que, por conta da sua localização, a conjuntiva pode estar exposta a muitos microorganismos e outros fatores ambientais estressantes. Problema identificado tanto em Francisco como em Renato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 16 pacientes apresentam alterações oculares significativas causadas principalmente por CMV, toxoplasmose, levando ao comprometimento do limiar visual para os padrões de cegueira total, parcial e subnormal, o que acarreta repercussões severas na vida desses indivíduos.

É elevado o nível de desconhecimento das repercussões oftalmológicas na AIDS, bem como o medo do que esta deficiência pode provocar. Por isto, enfatizamos a importância da abordagem do paciente, no intuito de fornecer-lhe orientações para o autocuidado, ajudá-lo a promover sua reintegração na família e com amigos, e, ao mesmo tempo, incentivar sua participação em atividades físicas e sociais, necessárias à reabilitação. Fica claro que, ao assistir indivíduos portadores do HIV/AIDS com problemas oculares, isto deve ocorrer dentro de um contexto maior, que envolva aspectos educacionais, principalmente reabilitação, diante de uma deficiência visual total.

A descoberta de problemas oculares tem sido feita principalmente a partir das queixas dos pacientes, que, na maioria das vezes permanecem sem assistência, em vista da dificuldade de referência a serviços especializados. Ressaltamos a pertinência de ações sistematizadas e adequadas para esta clientela, tais como: o ensino do auto-exame do olho; medidas de prevenção a fatores de risco ou mesmo às complicações e, ainda, o esclarecimento em relação aos serviços de saúde disponíveis na comunidade.

As conseqüências dos problemas oculares na AIDS repercutem de maneira imprevisível no indivíduo. Portanto, reconhecemos que o estudo

ora desenvolvido não pretendeu exaurir a complexidade dos achados, o que abre possibilidade para o aprofundamento do conhecimento sobre manifestações oculares nos indivíduos portadores do HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

BENCHIMOL, Eliezer. **Retinite por citomegalovírus em pacientes com SIDA/AIDS**: Resultados do tratamento com ganciclovir. 1994. 158 f. Tese (Doutorado em Oftalmologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

BICAS, Harley. **Oftalmologia**: fundamentos. São Paulo: Contexto, 1991. 309 p.

CAETANO, Joselany Afio; PAGLIUCA, Lorita Marlena. Sistematizando o exame ocular nos portadores do HIV/AIDS. **Nursing: Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, n 14, p. 25-29, jul. 1999.

CAETANO, Joselany Afio. **Saúde ocular nos portadores do HIV/AIDS**. 1999. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Clínico-cirúrgica) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

DESCHÊNES, Jean; SEAMONE, Christopher; BAINES, Malcolm. The ocular manifestations of sexually transmitted diseases. **Can. J. Ophthalmol.**, Montreal, v.25, n. 4, p.177-184, june/july 1990.

ELIA, Luiz Ramos; AIHARA, Teruo; SOUZA-DIAS, Carlos Ramos. Alterações oculares na síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v.53, n.6, p. 271-275, 1990.

FUNDAÇÃO HILTON ROCHA (FRH). **Ensaio sobre a problemática da cegueira**: prevenção, recuperação, reabilitação. Belo Horizonte, 1987. 354p.

MUCCIOLI, Cristina; BELFORT JR., Rubens. **Manifestações oculares da AIDS**: Atlas & Texto. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1999. 144p.

PIFANO, Imelda; MORENO, Rafael. Manifestaciones oculares del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. **Gac. Med.**, Caracas, v.95, n.4/6, p. 213-229, 1987.

RAMOS, Sergio; BOFF, Daniela; CAVINATO, Lúcio. Onze anos de AIDS – Considerações oculares. **Rev. Cient. Assoc. Méd.**, Caxias do Sul, v.1, n.1, p. 42-44, 1992.

ROTTA, Alexandre T.; PREGER, Ricardo; KRONFELD, Matias. Achados oftalmológicos na síndrome de imunodeficiência adquirida: visão do internista. **Rev. HCPA**, Rio Grande do Sul, v.8, n.3, p. 175-178. dez. 1988.

SCHERER, Roberto; FERREIRA, Rosane. Manifestações oculares na síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v.33, n.2, p. 123-126, abr./jun. 1989.

SCHELLINI, Silvana et al. Toxoplasmose ocular: análise de 100 pacientes tratados na Faculdade de Medicina de Botucatu. **Rev. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v.53, n.2, p. 35-40, abr. 1993.

SPRINZ, Eduardo; KRONFELD, Matias. Doenças infecciosas associadas à infecção pelo HIV. In: NAUD, Paulo (Org.). **Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 28, p.289-301.

THIERMANN, Erica; LORCA, Antonio. Toxoplasmosis ocular en pacientes inmunocomprometidos y con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) – revisión bibliográfica. **Arch. Chil. Oftalmol.**, Chile, v.51, n.2, p. 23-29, 1994.

TOBARU, Luis et al. Manifestaciones oftalmológicas en el SIDA. **Rev. Méd. Herediana**, Lima, v.4, n.2, p. 67-75, 1993.