

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

MAIO/JUNHO 2018 | ano XVI | nº 106 | Jobson Brasil universovisual.com.br

**Avanços na
cirurgia plástica
ocular** e os
tratamentos para
rejuvenescimento
facial

VIRE AO
CONTRÁRIO
PARA LER O
SUPLEMENTO
DE CATARATA
& CIRURGIA
REFRATIVA



Univer**so**Visual

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

CONSELHO EDITORIAL 2018

Publisher & Editor

Flavio Mendes Bitelman

Editores Executivos

Marina Almeida

Editor Clínico

Marcos Pereira de Ávila

EDITORES COLABORADORES

Oftalmologia Geral

Newton Kara José
Rubens Belfort Jr.

Administração

Cláudio Chaves
Cláudio Lottenberg
Marinho Jorge Scarpi
Samir Bechara

Catarata

Carlos Eduardo Arieta
Eduardo Soriano
Marcelo Ventura
Miguel Padilha
Paulo César Fontes

Cirurgia Refrativa

Mauro Campos
Renato Ambrósio Jr.
Wallace Chamon
Walton Nosé

Córnea e Doenças Externas

Ana Luisa Höfling-Lima
Denise de Freitas
Hamilton Moreira
José Álvaro Pereira Gomes
José Guilherme Pecego
Luciene Barbosa
Paulo Dantas
Sérgio Kandelman

Estrabismo

Ana Teresa Ramos Moreira
Carlos Souza Dias
Célia Nakanami
Mauro Plut

Glaucoma

Augusto Paranhos Jr.
Homero Gusmão de Almeida
Marcelo Hatanaka
Paulo Augusto de Arruda Mello
Remo Susanna Jr.
Vital P. Costa

Lentes de Contato

Adamo Lui Netto
César Lipener
Cleusa Coral-Ghanem
Eduardo Menezes
Nilo Holzchuh

Plástica e Órbita

Antônio Augusto Velasco Cruz
Eurípedes da Mota Moura
Henrique Kikuta
Paulo Góis Manso

Refração

Aderbal de Albuquerque Alves
Harley Bicas
Marco Rey de Faria
Marcus Safady

Retina

Jacó Lavinsky
Juliana Sallum
Marcio Nehemy
Marcos Ávila
Michel Eid Farah Neto
Oswaldo Moura Brasil

Tecnologia

Paulo Schor

Uveíte

Cláudio Silveira
Cristina Muccioli
Fernando Oréfice

Jovens Talentos

Alexandre Ventura
Bruno Fontes
Paulo Augusto Mello Filho
Pedro Carlos Carricondo
Ricardo Holzchuh
Silvane Bigolin

JOBSONBRASIL

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA
Universo**Visual**

Edição 106 – ano XVI – Maio/Junho 2018

Publisher e editor Flavio Mendes Bitelman

Editores Marina Almeida

Diretora de arte e projeto gráfico Ana Luiza Vilela

Gerente comercial Jéssica Borges

Gerente administrativa Juliana Vasconcelos

Colaboradores desta edição: Alberto Sumitomo, Fabio Ursulino, Giovanni Viana, Jeanete Herzberg, Paulo Schor, Rafael Magdaleno, Ricardo Mörschbacher, Richard Hida, Simone Bison e Tatiana Nahas (artigos); Flavia Lo Bello, José Vital Monteiro, Sabrina Duran e Tatiana Ferrador (texto); Antônio Palma (revisão); Silmara Ciuffa (fotografia).

Importante: A formatação e adequação dos anúncios às regras da Anvisa são de responsabilidade exclusiva dos anunciantes.

Redação, administração, publicidade e correspondência:

Rua Cônego Eugênio Leite, 920
Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil, CEP 05414-001
Tel. (11) 3061-9025 • Fax (11) 3898-1503
E-mail: marina.almeida@universovisual.com.br

Assinaturas: (11) 3971-4372

Computer To Plate e Impressão: Ispis Gráfica e Editora S.A.

Tiragem: 16.000 exemplares

As opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Nenhuma parte desta edição pode ser reproduzida sem a autorização da Jobson Brasil.

A revista Universo Visual é publicada sete vezes por ano pela Jobson Brasil Ltda., Rua Cônego Eugênio Leite, 920 Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil, CEP 05414-001.

Ah, a beleza

Como já dizia o poeta Vinicius de Moraes “as feias que me perdoem, mas beleza é fundamental”. Essa ideia da necessidade de ser belo sempre foi motivo de discussão e questionamento na sociedade, sendo o conceito de beleza alterado no curso da história.

Na matéria de capa desta edição, abordamos entre outros assuntos, as novidades em termos de tratamento de rejuvenescimento facial. A busca pela aparência jovem tem atraído cada vez mais pacientes aos consultórios oftalmológicos que buscam por procedimentos estéticos.

É sabido, entretanto, que a oculoplástica é a subespecialidade da Oftalmologia que trata de problemas relacionados às pálpebras, vias lacrimais e órbita. E que se subdivide em cirurgia restauradora e estética, sendo que, métodos não cirúrgicos vêm ocupando cada vez mais espaço entre os pacientes que buscam o rejuvenescimento facial. Abre-se, portanto, um mercado ainda pouco explorado pelos oftalmologistas, mas com grande potencial para crescimento.

Esperamos que a leitura seja inspiradora!

*“Não conspire, *inspire.*”*

Inspire pessoas, inspire talentos, inspire saúde.” (de Bruno Pitanga)

Flavio Mendes Bitelman *Publisher*
fbitelman@universovisual.com.br



Caros colegas,

Tempos atrás estive em consulta um grande artista plástico brasileiro e enquanto eu mostrava os resultados dos seus exames na tela de um monitor ele parecia extasiado admirando os “traços intrigantes” das imagens. Voltou outras vezes, não mais como paciente, para ver e admirar outras imagens “fantásticas” de vários exames dos segmentos anterior e posterior. É neste contexto que a matéria com o cientista João Victor Dias e o oftalmologista Pedro Carricondo apresenta um novo e instigante olhar, sobre as imagens obtidas com o OCT. Paulo Schor, que agora também é diretor de pesquisa e desenvolvimento tecnológico da UNIFESP, também usa a 7ª arte, e traça paralelo entre filmes de época e o imperdível filme *Submergence* lançado este ano, com a realidade do mundo da pesquisa no Brasil.

Nesta edição vários grupos de doenças são abordados. Uma delas é a presbiopia, que aumenta em ritmo acelerado no Brasil pelo envelhecimento da população, e as suas possíveis correções. O transplante de córnea poderá, no futuro, ter algumas indicações substituídas por células cultivadas in-vitro, associadas a tratamento farmacológico como o denominado ROCK. As novas células injetadas na câmara anterior restabelecem a função endotelial e diminuem o infiltrado corneano. Estudo recente usando este protocolo trouxeram a recuperação visual em cerca de 90% dos casos com ceratopatia bolhosa. Pode ser este o primeiro passo para reparação de outros tecidos oculares com células cultivadas em laboratório.

Os consultórios, clínicas e hospitais oftalmológicos a cada dia estão mais ligados à gestão de excelência. O planejamento financeiro deve passar pelo planejamento tributário com interlocução constante entre o contador e o gestor. O gestor deve buscar sempre a Excelência através da Acreditação. Na matéria extremamente elucidativa nosso leitor poderá acompanhar os passos para tornar a sua instituição acreditada através da ONA um dos 4 programas disponíveis para Acreditação dos serviços de saúde no Brasil. A Acreditação traz inúmeras vantagens na condução e governança do negócio, sendo a principal delas a oferta aos nossos pacientes de melhores serviços com maior nível de segurança. Leonardo Carvalho chama atenção para o fato que, hoje, para o sucesso de uma clínica ou hospital oftalmológico o primeiro passo é a implantação da gestão centrada nos Programas de Qualidade.

Boa Leitura!

Marcos Ávila *Editor Clínico*

SUMÁRIO

EDIÇÃO 106 / MAIO/JUNHO 2018



10



25

imagens: Fotólia

06 ENTREVISTA
Maria Auxiliadora Monteiro Frazão fala sobre a crescente importância da Prova Nacional de Oftalmologia

10 CAPA
Avanços na cirurgia plástica ocular e os tratamentos para rejuvenescimento facial

16 GESTÃO
Acreditação no nível ONA 3: em busca da excelência

22 INOVAÇÃO
Grandes artistas na oftalmologia

25 EM PAUTA
Rol da ANS: discussões para 2020 já começaram

28 PONTO DE VISTA
Mergulho. A pesquisa está hoje sendo defendida pela comunidade acadêmica

30 SAÚDE FINANCEIRA
“There is no free lunch”

31 CÓRNEA
Regeneração endotelial: será o fim da fila de espera nos bancos de olhos?

34 LENTES DE CONTATO
Repensando lentes tóricas: uma atualização sobre as lc gelatinosas tóricas

40 OCULOPLÁSTICA
Plástica ocular e cirurgia plástica estéticas

42 COMO EU TRATO
Como eu trato a presbiopia e a anisometropia

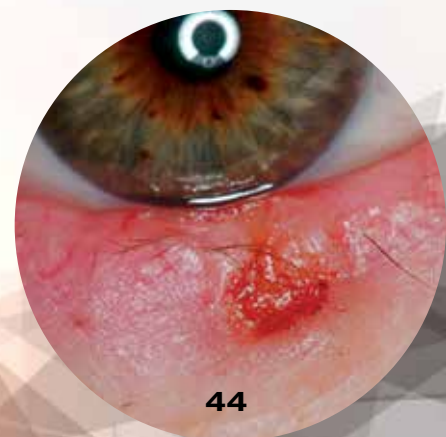
44 OFTALMOLOGIA GERAL
Tumores palpebrais malignos mais frequentes: quando suspeitar?

46 NOTÍCIAS E PRODUTOS

50 DICAS DA REDAÇÃO
Síria, antes da guerra

52 EVENTOS
Cobertura do 12º Simpósio Internacional de Glaucoma da UNICAMP

55 AGENDA



44



Maria Auxiliadora Monteiro Frazão

Coordenadora da Comissão de Ensino do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), Professora e Diretora do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

A crescente importância da Prova Nacional de Oftalmologia

A especialidade atrai cada vez mais médicos, já que se revela atrativa em termos de realização profissional e de mercado de trabalho

José Vital Monteiro

A Prova Nacional de Oftalmologia terá importância cada vez maior no futuro. Temos uma situação paradoxal, na qual a Oftalmologia atrai cada vez mais médicos, já que se revela uma especialidade atrativa em termos de realização profissional e, ao mesmo tempo, temos um mercado com condições cada vez mais severas para o exercício da assistência oftalmológica, o que torna o Título de Especialista fornecido pelo CBO uma necessidade imprescindível para todos os que querem se diferenciar de alguma forma neste ambiente extremamente competitivo.”

Esta é a avaliação da atual coordenadora da Comissão de Ensino do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), Maria Auxiliadora Monteiro Frazão, professora e diretora do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Nesta entrevista, ela comenta a Prova Nacional de Oftalmologia e seus diferentes significados e os planos que a Diretoria e a Comissão de Ensino do CBO pretendem implantar para enfrentar os desafios que se apresentam a curto e médio prazos.

Revista Universo Visual - Como foi a Prova Nacional de Oftalmologia (cuja parte teórica foi realizada em 4 de março em São Paulo - SP)?

Maria Auxiliadora Monteiro Frazão - Tivemos um número recorde de par-

ticipantes (744 candidatos). Foi uma prova bem-sucedida, muito bem-feita, onde toda a parte de logística funcionou muito bem. Além dos alunos dos cursos credenciados pelo CBO, tivemos grande número de candida-

tos oriundos de residências médicas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e de candidatos independentes, o que demonstra a importância que a chancela desta prova tem.

UV - Por quê?

Maria Auxiliadora - Na minha avaliação, a Prova Nacional de Oftalmologia é o grande balizador do nível de nossa Oftalmologia, um grande divisor de águas. O Título de Especialista em Oftalmologia do CBO é um passaporte para admissão em serviços e fellows e exigido por várias operadoras de convênios e seguradoras. Olhando as estatísticas, notamos que o nível de aprovação é significativamente maior para os alunos dos cursos de especialização credenciados pelo CBO. Temos que levar em conta que não é uma prova

de classificação ou de eliminação. É feita para medir o conhecimento. A elaboração das questões é profissionalizada e os encarregados desta tarefa recebem a orientação para evitar pegadinhas e armadilhas que possam induzir o candidato ao erro, ou detalhes que dependam exclusivamente de memorização. Depois as questões são revisadas por um grupo de professores de oftalmologia. A prova é dividida na parte teórica, na parte teórico-prática, com análise de imagens, e a parte prática, realizada nos serviços credenciados pelo CBO. É um processo bastante trabalhoso, que ocupa dezenas de profissionais, para dar o Título de Especialista em Oftalmologia e certificar à sociedade que seu titular está preparado para cuidar da visão e da saúde ocular.

UV - Que tipo de estudos a Comissão de Ensino do CBO faz a partir dos resultados da Prova Nacional de Oftalmologia?

Maria Auxiliadora - Estudamos e debatemos sobre o estado do ensino da Especialidade nos vários cursos credenciados. Verificamos quais as deficiências, avisamos os respectivos coordenadores e, na medida do possível, o CBO tenta auxiliar na resolução dos problemas. Não queremos uma impossível uniformidade. Afinal o país é continental e desigual, mas queremos que todos recebam o melhor ensino possível. Estamos começando a debater como colher dados sobre os candidatos que se submetem à prova e sobre suas diferentes situações e aspirações e como estas informações poderiam ser aproveitadas para benefício da Especialidade e fortalecimento do CBO. Mas esta discussão ainda está muito embrionária.

UV - Você assinalou o crescimento de candidatos independentes e oriundos das residências da CNRM, que a

MAS NÃO SÃO TODOS RESIDENTES?

Pela legislação brasileira, todo médico depois de formado pode exercer qualquer especialidade. Com o avanço científico da Medicina e a consolidação das diferentes especialidades médicas, foram criados sistemas de ensino no qual os médicos, depois de formados, eram treinados nos hospitais por especialistas mais experientes. Como os médicos praticamente passavam dia e noite nas instituições, passaram a ser chamados de residentes.

Tal sistema começou nas décadas de 30 e 40 do século passado e, em seu início, o sistema todo tinha um caráter eminentemente particular e o credenciamento de cursos e a emissão de títulos foram, nos primeiros tempos, feitos por instituições que não tinham caráter oficial.

A Oftalmologia, através do CBO, fundado em 1941 com o nome de Conselho Nacional de Oftalmologia, foi uma das especialidades pioneiras na certificação de especialistas por meio de provas e exames. Nas décadas seguintes, a entidade, que também é o Departamento de Oftalmologia da Associação Médica Brasileira (AMB), desenvolveu o credenciamento de cursos e o aprimoramento da prova, que resultou num complexo e respeitado sistema de ensino da Oftalmologia.

Mais tarde, em 1977, foi regulamentada a residência médica como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Com esta regulamentação, as palavras residente e residência passaram a ser exclusivamente referenciadas aos serviços credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão oficial ligado ao Ministério da Educação.

Atualmente, os serviços de educação em pós-graduação em Oftalmologia se enquadram em três situações possíveis: 1) são exclusivamente credenciados pela CNRM; 2) são exclusivamente credenciados pelo CBO; 3) possuem duplo credenciamento.

As instituições que possuem duplo credenciamento, por sua vez, podem ter duas situações: 1) os residentes também são alunos ou 2) existe determinado número de residentes que são matriculados através da CNRM, que trabalham e estudam lado a lado com determinado número de alunos de especialização ligados ao CBO.

Ao terminarem os três anos de residência em Oftalmologia, os médicos recebem automaticamente o Certificado de Conclusão. Já os alunos dos cursos de especialização credenciados pelo CBO devem se submeter à Prova Nacional de Oftalmologia e, caso sejam aprovados, recebem o Título de Especialista em Oftalmologia. Os dois documentos são equivalentes e precisam ser registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de atuação do médico e no Conselho Federal de Medicina (CFM).

O CBO e a AMB promovem ainda o Exame de Suficiência Categoria Especial para obtenção do Título de Especialista em Oftalmologia, destinado aos médicos formados há mais de dez anos que não estão ligados a nenhum sistema de ensino da Especialidade. Este exame não é realizado anualmente. Em 2018 ele será realizado durante o 62º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, que ocorrerá em setembro, em Maceió (AL). Veja edital do exame no site www.cbo.com.br

A crescente procura dos residentes e dos médicos que já exercem a Oftalmologia pela Prova Nacional de Oftalmologia, pelo Exame de Suficiência e pelo Título de Especialista em Oftalmologia emitido pelo CBO e pela AMB demonstra uma situação de fato na qual o documento emitido pelas entidades médicas sem caráter governamental tem importância social reconhecida que extrapola as determinações legais.



princípio não precisariam se submeter à prova do CBO que, afinal, é desgastante. Ao mesmo tempo, o CBO vai realizar um exame de suficiência, em setembro, para quem está no mercado há mais de dez anos e não possui o título. Como você analisa estas duas realidades que, no final das contas, significam que muitos querem o Título de Especialista em Oftalmologia do CBO?

Maria Auxiliadora - A Prova Nacional de Oftalmologia terá importância cada vez maior no futuro. Temos uma situação paradoxal, na qual a Oftalmologia atrai cada vez mais médicos, já que se revela uma Especialidade atrativa em termos de realização profissional e, ao mesmo tempo, temos um mercado com condições cada vez mais severas para o exercício da assistência oftalmológica, o que torna o Título de Especialista fornecido pelo CBO uma necessidade imprescindível para todos os que querem se diferenciar de alguma forma neste ambiente extremamente competitivo. Logo que obtive minha especialização, abri um pequeno consultório em Santana (bairro de classe média de São Paulo - SP), além de ter outras atividades e outras fontes de renda. Mas esse consultório sempre foi e ainda é o lastro principal de minha estabilidade econômica. Hoje isto é impossível, a menos que o jovem oftalmologista venha de uma família de oftalmologistas. E no futuro será pior ainda. A concorrência com as grandes clínicas e hospitais, as operadoras e seguradoras abrindo clínicas e hospitais próprios para atender aos conveniados e a chegada de grandes

fundos de investimento na assistência oftalmológica vão transformar a concorrência, que a princípio é positiva, em algo próximo do canibalismo. Por isso, ter o título de especialista conquistado numa prova idônea, rigorosa e chancelada por uma instituição respeitada vai se tornar cada vez mais fundamental para os médicos que exercem a Oftalmologia. E olhe que nem citamos o problema da optometria praticada por pessoas sem formação médica e que têm ligações econômicas com o comércio óptico.

UV - Sobre o exame de setembro?

Maria Auxiliadora - É uma reivindicação que o CBO recebe de forma quase permanente. São pessoas que já estão no mercado de trabalho, detêm considerável experiência, mas se veem pressionadas a obter o Título de Especialista. Alguns têm a ilusão de que este exame será mais fácil. Não é verdade. Os parâmetros de confecção, segurança, objetivos são exatamente os mesmos nas duas provas. O objetivo é avaliar o conhecimento e dar o título a pessoas que tenham boa formação para exercer a melhor Oftalmologia.

UV - Quais os principais pontos das discussões na Comissão de Ensino do CBO?

Maria Auxiliadora - Fizemos alterações significativas no Regimento Interno da Comissão e, por outro lado, junto com a diretoria do CBO estamos estudando a implantação de plataformas de ensino pela internet para os cursos credenciados. Pelo novo regimento interno, os novos cursos de especialização que requerem credenciamento no CBO devem ter credenciamento na CNRM e os alunos do CBO e residentes da CNRM serão os mesmos. Com isto vamos tentar eliminar uma série de proble-

mas causados por instituições que não são necessariamente voltadas para o ensino. Também aprovamos um programa essencial, que ainda tem que ser aprovado pelo Conselho Deliberativo do CBO, que deve ser adotado por todos os cursos credenciados. Estas e outras mudanças são perfeitamente exequíveis e levam em conta as características e diferenças regionais, porém têm a intenção de tornar o ensino mais adequado às exigências da atual situação da Especialidade.

UV - Você falou em plataformas de ensino. Explique como serão.

Maria Auxiliadora - O CBO está estudando várias alternativas para implantar plataformas de ensino e avaliação a distância para os alunos de seus cursos credenciados. Novamente, a intenção não é uniformizar, mas aprimorar o ensino respeitando a autonomia e as características regionais. Grande parte do ensino de Oftalmologia continuará a ser presencial, mas existem temas nos quais o ensino a distância pode prestar inestimável auxílio. E, mais uma vez, é a Prova Nacional de Oftalmologia que nos fornece os dados necessários para saber o tamanho e a localização dessas deficiências e necessidades.

UV - E depois?

Maria Auxiliadora - O CBO precisa começar a discutir a acreditação dos cursos. Hoje as instituições são divididas em credenciadas e não credenciadas. Acho que a situação do mercado, o avanço científico da Especialidade e a própria evolução da assistência oftalmológica aos pacientes e à população exigirão regras e critérios mais rigorosos que garantam a acreditação dos diferentes cursos de especialização e também os critérios para eventuais descredenciamentos. ✱

EVOLUÇÃO PROVA NACIONAL DE OFTALMOLOGIA PARTICIPAÇÃO E APROVAÇÃO

ANO	INSCRITOS	EFETIVOS	APROVADOS	% DE APROVAÇÃO
2004	408	396	367	89,95
2005	248	238	198	84,33
2006	378	378	272	71,95
2007	512	495	351	70,64
2008	475	445	308	67,87
2009	484	463	309	66,73
2010	516	492	248	50,41
2011	547	504	294	58,33
2012	583	544	247	45,40
2013	619	585	385	75,90
2014	642	603	311	51,58
2015	673	635	418	65,83
2016	635	610	463	75,90
2017	667	635	487	76,69
2018	787	744	458	61,56



AVANÇOS NA CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

As novidades em termos de tratamento de rejuvenescimento facial e a busca pela aparência jovem tem atraído cada vez mais pacientes aos consultórios oftalmológicos

Flavia Lo Bello

A oculoplástica, ou plástica ocular, é a subespecialidade da Oftalmologia que trata de problemas relacionados às pálpebras, vias lacrimais e órbita. Subdivide-se em cirurgia restauradora e estética. No Brasil, a oculoplástica começou a se firmar como subespecialidade na segunda metade da década de 1960. Fundada em 1974, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular (SBCPO) certifica cirurgiões especialistas em cirurgias palpebrais, vias lacrimais e órbita.

De acordo com Roberto Limongi, presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular (SBCPO) e chefe do Departamento de Plástica Ocular e Cirurgia Orbitária da Universidade Federal de Goiás (UFG), uma dúvida muito frequente é se todo oftalmologista pode realizar uma plástica ocular. “Não exatamente. É que para se tornar um plástico ocular, o profissional tem que passar por pelo menos 11 anos de formação acadêmica até receber a Certificação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular”, explica o médico, ressaltando que são seis anos para se graduar em Medicina, mais três anos de Residência Médica em Oftal-

mologia e, depois, outros dois anos de treinamento em Cirurgia Plástica Ocular. “Ou seja, esse especialista tem uma formação ampla no cuidado clínico e cirúrgico da saúde ocular dos pacientes”, completa.

Limongi comenta que a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular tem quase meio século de história e é o órgão que regula e credencia as escolas de formação de um cirurgião plástico ocular. “Entre os problemas que o plástico ocular trata estão casos funcionais, como por exemplo crianças que nasceram com pálpebras caídas ou mesmo idosos que passaram a senti-las pesadas; pessoas com pálpebras viradas para fora, câncer de pele no entorno das pálpebras, câncer na órbita, fraturas orbitárias, doença ocular tireoidiana, lacrimejamento na criança ou no adulto, olho seco, etc.”, exemplifica.

Além disso, ele diz que o plástico ocular também atende casos relacionados à estética facial. “Assim, cirurgias de rejuvenescimento das pálpebras ou periocular, envolvendo o supercílio e até mesmo de maçã do rosto também fazem parte do dia a dia desses profissionais”, destaca, esclarecendo que estes profissionais

são altamente qualificados para corrigir bolsas de gordura embaixo dos olhos e também retirar o excesso de pele das pálpebras.

De acordo com Midori H. Osaki, que foi chefe do Setor de Oculoplástica do Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais da UNIFESP/EPM de 2005 a 2016, em cirurgias estéticas, como blefaroplastias, o oftalmologista especialista em oculoplástica procura sempre priorizar o aspecto funcional das pálpebras. “Antes da cirurgia, recomenda-se uma avaliação oftalmológica completa, e em pacientes com alterações do filme lacrimal ou do fechamento palpebral são indicadas cirurgias mais conservadoras e cuidados especiais para preservar a integridade ocular”, orienta a médica.

Métodos não cirúrgicos para rejuvenescimento facial

Na opinião da oftalmologista especialista em Oculoplástica, Tammy Hentona Osaki, professora afiliada e vice-chefe do Setor de Oculoplástica do Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais da UNIFESP/EPM, métodos não cirúrgicos vêm ocupando cada vez mais espaço entre os pacientes que buscam o rejuvene-

CUIDADOS COM A UTILIZAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA E ÁCIDO HIALURÔNICO

TOXINA BOTULÍNICA

• A toxina botulínica é contraindicada em pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula, pacientes com distúrbios de transmissão neuromuscular (como miastenia gravis), pacientes com inflamação/infecção no local da aplicação, gestantes e lactentes.

• Tomar cuidado com pacientes submetidos a blefaroplastia inferior prévia, e em indivíduos com frouxidão palpebral, devido ao risco de retração inferior. É importante também avaliar se o paciente faz uso de medicamentos que possam interferir na ação da toxina. Após a aplicação, orienta-se o paciente a evitar massagear/manipular a região tratada.

• Os efeitos adversos mais comuns são edema e equimose local. Outras complicações e efeitos adversos incluem ptose palpebral e de supercílio, elevação exagerada do supercílio lateral, ectrópio e diplopia. Estão associadas à difusão da toxina para músculos adjacentes e à técnica inadequada. Felizmente os efeitos adversos são temporários e regredem espontaneamente em algumas semanas.

PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO

• Este procedimento é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula, pacientes com inflamação/infecção no local da aplicação, gestantes e lactentes. Deve-se avaliar se o paciente não realizou preenchimento com outros tipos de preenchedores, uma vez que a mistura de substâncias diferentes pode causar reações adversas.

• Edema e desconforto local são os principais efeitos adversos. As complicações incluem efeito tyndall, reações inflamatórias, infecções, necrose tecidual, nódulos, granulomas, hipocromia cutânea.

• Técnica de aplicação adequada, uso do produto adequado para cada região, cuidado com zonas de perigo, aspirar antes de injetar, uso de cânulas são alguns dos cuidados recomendados para evitar complicações.

• Glabella e asa do nariz estão entre as áreas com maior risco de complicações vasculares. Complicações graves, como necrose tecidual e cegueira podem ocorrer caso ocorra injeção intravascular. Nesses casos, deve-se seguir protocolos descritos em consensos de especialistas, os quais incluem a suspensão imediata do procedimento, uso de hialuronidase (enzima que dissolve o ácido hialurônico), compressas mornas, esteroides (orais ou intralesionais), AAS. Caso haja dor periorbital ou baixa de acuidade visual, o consenso de especialistas recomenda o uso de timolol, diuréticos IV, corticosteroides e vasodilatadores, porém a taxa de sucesso é limitada.

Fonte: Tammy Hentona Osaki, professora afiliada e vice-chefe do Setor de Oculoplástica do Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais da UNIFESP/EPM.



“Para se tornar um plástico ocular, o profissional tem que passar por pelo menos 11 anos de formação acadêmica até receber a Certificação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular”

Roberto Limongi



“Muitos acreditam que as técnicas modernas de preenchimento facial estão fazendo com que os pacientes adiem/ substituam a procura por procedimentos cirúrgicos mais agressivos”

Tammy Osaki

CBO 2018
Maceió

www.cbo2018.com.br

**62º CONGRESSO BRASILEIRO DE
OFTALMOLOGIA**

5 a 8 de setembro | Centro de Convenções
Maceió | Alagoas | Brasil



“Em pacientes com alterações do filme lacrimal ou do fechamento palpebral são indicadas cirurgias mais conservadoras e cuidados especiais para preservar a integridade ocular”

Midori Osaki

nascimento facial. Segundo dados da Sociedade Americana de Cirurgia Estética, a aplicação de toxina botulínica e o preenchimento com ácido hialurônico são, respectivamente, o primeiro e o segundo procedimento estético mais realizado nos EUA. “O uso da toxina botulínica é consagrado não só na área da estética, como em diversas áreas da Medicina, principalmente no tratamento das distonias em geral”, afirma.

De acordo com a médica, o preen-

chimento com ácido hialurônico vem sendo cada vez mais utilizado por promover um rejuvenescimento imediato e minimamente invasivo. “Muitos acreditam que as técnicas modernas de preenchimento facial estão fazendo com que os pacientes adiem/substituam a procura por procedimentos cirúrgicos mais agressivos”, enfatiza, esclarecendo que, hoje em dia, muitos pacientes prezam pela não necessidade de afastamento de suas atividades, e estes dois procedimentos atendem muito bem às necessidades do paciente atual: resultados rápidos, satisfatórios e com afastamento social mínimo.

Segundo Midori, as injeções de ácido hialurônico são hoje o segundo procedimento cosmético não cirúrgico mais popular nos EUA, perdendo somente para aplicação de toxina botulínica. “Segundo estatísticas da Sociedade Americana de Cirurgia Estética (ASAPS), em 2017 mais de 720 mil procedimentos foram realizados com preenchedores de ácido hialurônico nos EUA”, revela, explicando que o ácido hialurônico é um polissacarídeo presente naturalmente na pele, constituindo parte significativa

da matriz extracelular, juntamente com colágeno e elastina. “Os preenchedores de ácido hialurônico são derivados da fermentação sintética da bactéria *Staphylococcus equine* e agem atraindo e ligando-se à água na pele, promovendo aumento de volume nas regiões tratadas”, informa.

A cirurgiã diz que há vários tipos de preenchedores de ácido hialurônico, que variam de acordo com o tamanho das moléculas, concentração, grau de “cross-link” e método de purificação. “São utilizados principalmente para rejuvenescimento da região infraorbital, do sulco nasojugal e sulco nasolabial”, aponta, acrescentando que tratamentos combinados podem ser realizados para promover o rejuvenescimento facial. “Além de tratamentos com toxina botulínica e preenchimento com ácido hialurônico, podemos citar o laser de CO2 ablativo fracionado, que promove melhora das rugas, poros e textura da pele. Destaca-se ainda a radiofrequência uni ou bipolar, para melhora da flacidez”, completa.

Para o médico filiado ao Hospital das Clínicas-FMUSP André Borba, especialista em Oculoplástica e em Me-

XXVI CONGRESSO INTERNACIONAL DE OCULOPLÁSTICA E V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ESTÉTICA PERIOCULAR



Conforme salienta o presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Ocular, Roberto Limongi, a SBCPO, concebida pelos mestres Eduardo Soares, Eurípedes da Mota Moura, Sebastião Eloy Perreira e Evaldo Machado, tem praticamente meio século de história e, ao longo desses anos, o tema Estética ganhou importância e está cada vez mais presente nos congressos. “Tanto que, desde 2011, organizamos um congresso anual totalmente dedicado ao assunto: o Congresso Internacional de Estética Periorcular (CIEPO), idealizado pelo então presidente da nossa sociedade, Ricardo Mörschbacher”, declara Limongi.

O especialista comenta que no Congresso Internacional da SBCPO, realizado entre os dias 28 e 30 de abril, em Goiânia (GO), foi lançado o

livro “Estética Periorcular”. “Para compor este livro inédito, considerado um divisor de águas na abordagem estética da região periorcular, pela primeira vez a SBCPO reuniu seus melhores experts no tema em uma só obra, que engloba conhecimentos de anatomia, técnicas cirúrgicas e procedimentos – e também discute possíveis complicações nessa área tão importante, ensinando como tratá-las”, informa. Ele esclarece que a SBCPO promove cursos de capacitação durante seus congressos para que os plásticos oculares tenham cada vez mais domínio sobre esta área. “E neste Congresso também tivemos dois cursos teórico-práticos de toxina botulínica e preenchimento facial, com demonstrações ao vivo e ‘hands-on’”, conclui o médico. ✖



“Pode-se considerar o uso do ácido

hialurônico na oculoplástica um tratamento inovador no Brasil, Europa, EUA e países asiáticos e que em pouco tempo ganhará visibilidade pela naturalidade do tratamento”

André Borba

dicina Estética, pode-se considerar o uso do ácido hialurônico na oculoplástica um tratamento inovador no Brasil, Europa, EUA e países asiáticos e que em pouco tempo ganhará visibilidade pela naturalidade do tratamento, funcionando como um verdadeiro rejuvenescimento facial, no qual preservam-se todas as expressões faciais do indivíduo. “Além de todos os benefícios da aplicação do ácido hialurônico, este procedimento pode ser combinado a outras formas de tratamento conforme a necessidade de cada paciente, de maneira personalizada”, enfatiza.

Para o cirurgião, o emprego do ácido hialurônico na medicina estética está bem estabelecido na literatura médica. “É um produto bem estabelecido no mundo todo. É consenso mundial o uso do ácido hialurônico por parte de qualquer especialidade médica treinada para sua aplicação, uma vez que promove melhorias não só estéticas, mas também funcionais. Hoje temos inúmeros trabalhos na literatura demonstrando esses resultados benéficos”, revela, completando: “E nos próximos anos haverá uma revolução em termos de rejuvenes-

cimento facial com os novos procedimentos minimamente invasivos que surgirão no mercado”, prevê o especialista.

Segundo Tammy, diversos guidelines e consensos de experts de vários países já foram publicados sobre esses procedimentos minimamente invasivos, demonstrando a sua eficácia e segurança, desde que realizados por profissionais experientes. Há também consensos demonstrando a segurança de procedimentos combinados. “Desde que sejam bem indicados, realizados por profissionais experientes e de forma individualizada, são procedimentos estéticos seguros e que proporcionam alto grau de satisfação aos pacientes que buscam o rejuvenescimento periorbital.” Observa ainda que “para evitar complicações e efeitos adversos com esses dois tipos de procedimentos, é imprescindível o conhecimento da anatomia facial, seleção de pacientes cuidadosa e técnica de aplicação adequada.”

Cuidados fundamentais

Conforme explica Limongi, a toxina botulínica e o ácido hialurônico são produtos usados na região da face para melhora da estética, da aparência, bem como para o rejuvenescimento facial. “Nesse contexto, a região periocular tem papel de extrema importância. Tal região muitas vezes merece uma abordagem multidisciplinar pelo dermatologista, plástico ocular, cirurgião plástico ou oftalmologista geral”, relata o especialista, salientando que o grande problema é quando há profissionais não médicos realizando tais procedimentos. “Esse é o grande perigo hoje em dia. Seja qual for o especialista, este deve ter amplo conhecimento da anatomia periocular e ter domínio das principais técnicas de injeção e possíveis complicações.”

“Além disso, esse médico deve saber reconhecer e tratar as complicações, caso elas ocorram”, continua o cirurgião, salientando que a região ao redor dos olhos é extremamente delicada, com anatomia peculiar. “Por estar em íntimo contato com os olhos, deve ser tratada com os devidos cuidados. Os procedimentos estéticos neste local, por exemplo, não devem ser banalizados, pois as consequências podem ser desastrosas”, esclarece, enfatizando que se trata de uma região delicada, de pele fina que repousa sobre o osso. “Assim, os fillers ou preenchedores à base de ácido hialurônico, caso empregados de maneira equivocada, podem resultar em nódulos ou elevações indesejadas. Um verdadeiro desastre!”, alerta.

Limongi declara que existem diferentes tipos de preenchedores (fillers) faciais e com diferentes características bioquímicas que devem ser conhecidas pelo especialista para que a escolha seja correta para cada área a ser aplicada. “Por exemplo, na região do tear trough (goteira lacrimal), que é um sulco na pálpebra inferior, devemos optar por preenchedores não hidrofílicos, pois estes têm a propriedade de reter líquido, o que pode levar a um inchaço crônico nas pálpebras inferiores”, relata. Além disso, ele diz que a toxina botulínica (que, diga-se de passagem, foi descoberta por um oftalmologista: Allan Scott), que normalmente é utilizada na face, principalmente na área ao redor dos olhos para diminuir as rugas de expressão, caso seja injetada em locais indevidos, pode paralisar os músculos extraoculares e também o músculo levantador da pálpebra, resultando em estrabismo e ptose palpebral (pálpebra caída). “Tais complicações colocam em risco não só a aparência, mas também a visão e a saúde ocular”, finaliza o médico. ✖

Em busca da excelência

Accreditação no nível ONA 3 é almejada por instituições de saúde engajadas no processo de melhoria contínua

Tatiana Ferrador

Humanização no atendimento com melhoria de processos. Esta é, de forma simplificada, a proposta da Accreditação Hospitalar, que visa, por meio de um processo voluntário, níveis mais altos de excelência em instituições de saúde.

Desde o atendimento no estacionamento, passando pela recepção, condições de higiene do local, instalações, equipe de enfermagem, nutrição, até o corpo clínico, tudo é avaliado de modo a oferecer ao paciente o que há de mais assertivo em serviços de saúde.

Cabe à Organização Nacional de Accreditação Hospitalar (ONA) certificar empresas prestadoras de saúde, como hospitais, ambulatórios, laboratórios, serviços de pronto-atendimento, home care, entre outros, assim como Serviços Odontológicos, Programas de Saúde e Prevenção de Riscos e ainda Serviços para a Saúde, que incluem o processamento de Roupas para a Saúde, manipulação e esterilização e reprocessamento de materiais.

Atualmente existem seis Instituições Acreditoras (IACs) homologadas pela ONA para este trabalho, e a escolha fica a critério do gestor de cada organização de saúde, que deve analisar o perfil de cada uma

delas, a proposta de diagnóstico oferecida, a capacitação da equipe de avaliadores e o custo do processo antes de decidir por uma delas.

De fato, ainda é um programa voluntário e temos no Brasil apenas 6% de instituições hospitalares acreditadas. No entanto, com o passar dos anos tem se tornado necessário para qualquer organização de saúde conseguir extrair sua capacidade máxima assistencial.

Níveis de excelência

Para obter a acreditação, a instituição passa por um processo subdividido em níveis. No nível 1, que é chamado Acreditado, estão instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Já no nível 2, conhecido por Acreditado Pleno, estão as instituições que, além de atender aos critérios



de segurança, apresentam gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. E, finalmente, no nível mais cobiçado por todas as instituições, o 3, está o Acreditado com Excelência, que qualifica instituições com melhores índices em gestão, como o próprio título indica.

O processo de Acreditação, assim como todos os existentes que visam ao aprimoramento de processos, leva tempo e possui etapas com níveis de exigência e complexidade variados. Por esta razão, a decisão de participar ou não da Acreditação deve ser uníssona entre todos os envolvidos na instituição, e contemplar toda a equipe, o corpo clínico e os colaboradores, a partir de uma direção comprometida e que alcance todos os níveis da organização.

Como explica a administradora do Hospital de Olhos Niterói, Faiga Marques, ainda há muitas dúvidas sobre os reais ganhos na qualidade da gestão hospitalar por parte das instituições. “Muitas receiam começar o processo de certificação, pois acreditam que tantas normas e regras podem acabar engessando sua operação e dificultando o dia a dia de trabalho de médicos e colaboradores, mas na verdade o que ocorre é apenas a implantação bem-sucedida de um programa de certificação por meio de processos mais ágeis e mais seguros”, diz.

“No Hospital de Olhos Niterói, atingimos o Nível 3 – Acreditado com Excelência, e todo o trabalho foi acompanhado de perto por um Comitê da Qualidade, criado para assegurar o bom andamento das exigências e traçar a melhor estratégia para sua obtenção”, explica Faiga. “Também enfrentamos dificuldades e resistências no começo, mas ao passo que todos os envolvidos notavam que os processos de trabalho melhoravam, passaram a ficar mais engajados”, lembra. “Quem investe em ações em prol da Excelência sabe que é um caminho sem volta, e agora nosso próximo objetivo é a Acreditação Internacional”, aposta a administradora.

A mudança para a nova estrutura foi um dos principais fatores que motivaram o Hospital de Olhos Sadalla Amin Ghanem a buscar a Acreditação Hospitalar. Como lembra a gestora da Qualidade e SAC da instituição, Anelize Luz de Mira, havia a necessidade de aprimorar os processos administrativos e assistenciais. “Estáva-

The logo for UNICOS HEALTH CARE. The word "UNICOS" is written in a large, bold, black, sans-serif font. Above the "I" in "UNICOS", there is a small graphic element consisting of a horizontal line with a diagonal slash. To the right of "UNICOS", the words "HEALTH CARE" are written in a smaller, all-caps, sans-serif font.

VISÃO MACRO, RESULTADO AMPLIADO

Implantar um programa de gestão da qualidade numa instituição de saúde significa trazer para o campo estratégico amplo conhecimento de todos os processos da organização. Além disso, outro fator extremamente relevante é o poder de oferta aos pacientes, de um serviço com alto nível de segurança, com diminuição considerável dos riscos inerentes à atividade. “Temos hoje no país cerca de 40 serviços de oftalmologia com algum nível de Acreditação atestado pela ONA. Desses, apenas 13 são acreditados em nível máximo”, afirma o diretor comercial do CBV Hospital de Olhos.

“Um exemplo claro do ganho que existe para o médico e o paciente é quando podemos encontrar todos os processos assistenciais mapeados, organizados e sendo executados com segurança. As chances de haver erro da parte técnica são diminuídas num alto grau”, explica Carvalho. “Essa diminuição, por sua vez, refletirá no baixo índice de complicação cirúrgica e consequente diminuição de reoperações, índices esses que são mensurados por qualquer organização de saúde acreditada”, pondera. “Além de vários outros benefícios, temos ainda a previsibilidade de remuneração diferenciada, com critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para médicos e hospitais com algum nível de qualificação”, complementa.

Na opinião de Carvalho, entre as principais barreiras e desafios durante o processo de Acreditação estão as relacionadas ao trabalho da informação, da orientação e da condução dessa proposta, junto à equipe

médica, que deve ser realizado antecipadamente, de preferência por um gestor médico ou até mesmo pelo próprio diretor técnico. “Difícilmente teremos um corpo clínico totalmente comprometido com o sistema de gestão da qualidade, mas se a organização conseguir trazer para essa nova realidade a maioria dos médicos, certamente as dificuldades na implantação do novo sistema serão minimizadas”, diz.

Outro fator diz respeito à cultura organizacional, que deve ser algo que já esteja intrínseco às atividades desempenhadas no cotidiano de qualquer empresa. Modificá-la requer um alto esforço, inclusive das lideranças táticas e operacionais. “Alterar processos que sempre foram desempenhados daquela mesma maneira, mensurar atividades que sempre foram executadas e nunca avaliadas e até mesmo apresentar resultados financeiros de uma área assistencial, não será tarefa fácil, caso todo o seu corpo funcional não esteja orientado com o foco no resultado”, ressalta o executivo do CBV Hospital de Olhos.

Já sobre os benefícios obtidos por Carvalho em sua instituição, o profissional cita que passaram a conhecer com detalhes todos os processos do hospital que até então eram de domínio apenas do gestor da área, que por vezes não partilhava de suas angústias rotineiras.

Com o modelo de gestão da qualidade implantado e “rodando” PDCA em todas as áreas, passaram a levantar sugestões com foco na melhoria contínua, dessa vez com observações de quem está ausente do processo, portanto, sem pré-conceitos. “Assim, conseguimos discutir novas ideias, que foram implantadas como práticas diárias, e hoje os gestores de fato conduzem suas áreas com maior autonomia, podendo contar com o apoio da direção inclusive nos microprocessos, sempre com o foco no resultado final da área”, conclui.

mos em um ambiente maior, com novos profissionais e com a expectativa de nossos pacientes ainda mais elevada, e, por isso, precisávamos encontrar uma maneira de sermos assertivos para garantirmos a satisfação e segurança de nossos pacientes, por meio de processos padronizados, uma comunicação transparente com o engajamento de todos os profissionais”, pontua.

Ela ressalta que a melhoria foi muito importante, tanto para os pacientes, que notaram a preocupação ainda maior com sua satisfação por parte do Hospital, por meio da excelência e segurança dos serviços

prestados, como para os médicos, que trabalham em um ambiente com rotinas padronizadas e seguras, e comunicação aberta.

No entanto, Anelize, assim como Faiga, destaca que para um processo de Acreditação bem-sucedido é fundamental que alguns fatores estejam bem claros, tais como a compreensão sobre a importância do processo de Acreditação, o envolvimento da alta direção, o comprometimento da equipe com a instituição com uma gestão capacitada, a escolha assertiva da empresa acreditadora, a transparência durante as avaliações da empresa acreditadora e, claro, o





“A Acreditação traz consigo uma série de investimentos,

não necessariamente quantificados apenas monetariamente, mas envolvendo tempo, dedicação, estudos e aprendizado com foco na qualidade de processos”

Anelise Luz de Mira



“O nível de segurança no repasse da informação

é aumentado substancialmente, e com a implantação eficiente da cadeia cliente-fornecedor é possível trazer à luz da discussão pontos nevrálgicos que antes causavam consideráveis impactos na entrega das áreas”

Leonardo Carvalho

desejo de melhorar continuamente.

A Acreditação traz consigo uma série de investimentos, não necessariamente quantificados apenas monetariamente, mas envolvendo tempo, dedicação, estudos e aprendizado com foco na qualidade de processos. Segundo o diretor comercial do CBV Hospital de Olhos, Leonardo Carvalho, a contratação de mão de obra especializada, a aquisição de um bom sistema de gestão da qualidade, o investimento em cursos e treinamentos para os gestores, além dos custos com a equipe de auditores externos durante as auditorias, certamente serão investimentos necessários a ser realizados. “Porém estes serão tranquilamente suportados por uma instituição financeiramente saudável, já que os custos muitas vezes são proporcionais ao tamanho de cada organização”, pontua.

Há no Manual ONA algumas condicionantes que devem ser seguidas à risca pelas instituições que buscam a Acreditação, cujos reflexos são imediatos em procedimentos operacionais do dia a dia. Carvalho elenca alguns: todas as atividades da instituição estarão mapeadas e descritas como devem ser executadas. “No caso da contratação de um novo colaborador, por exemplo, seu tempo de adaptação às rotinas pode ser diminuído em até 40%”. O nível de segurança no repasse da informação é aumentado substancialmente, e com a implantação eficiente da cadeia cliente-fornecedor é possível trazer à luz da discussão pontos nevrálgicos que antes causavam consideráveis impactos na entrega das áreas.

Além disso, a definição de algumas métricas focadas em resultado pode trazer de maneira clara e objetiva ao corpo funcional o que a empresa espera dele enquanto empregado; perdas e glosas, antes consideradas incontestáveis, passaram a ser trata-

das nas suas origens, com atuações corretivas e preventivas; o processamento de contas, antes com um tempo extremamente alto, passou a acontecer em até no máximo 24 horas; a equipe de gestores consegue trabalhar diariamente com foco no resultado dos indicadores da sua área, já previamente definida no planejamento estratégico, que inclusive é revisado anualmente. “No nosso caso, como contamos com um indicador exclusivo para medir a satisfação do cliente/paciente, passamos a conseguir tratar também o percentual residual mais importante, ou seja, o índice daqueles que estão insatisfeitos”, pondera.

Duração

Alguns processos de melhoria podem levar bastante tempo, pois englobam diversas áreas. Por essa razão, o tempo de todo o processo vai variar de acordo com as necessidades particulares de cada organização. Um hospital leva em média

DESAFIOS ENFRENTADOS

- Falta de apoio, comprometimento e envolvimento da Direção, lideranças e corpo clínico.
- Falta de comunicação com toda a equipe de maneira clara e objetiva.
- Falta de flexibilidade na cultura institucional, dificultando as mudanças.
- Falta de conhecimento técnico sobre o processo de acreditação, bem como de conceitos, sistemáticas e ferramentas de gestão da qualidade.
- Investimentos necessários na melhoria da infraestrutura e processos.

Fonte: Hospital de Olhos Sadalla Amin Ghanem

PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO QUE VÊM GANHANDO FORÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO BRASIL:

- ONA (Organização Nacional de Acreditação): Sendo a principal instituição brasileira que avalia a qualidade dos serviços de saúde no país, tendo como base seu próprio manual de acreditação, foca no gerenciamento da rotina hospitalar e na melhoria contínua dos processos internos, seguindo inclusive padrões internacionais de segurança do paciente. Nesse programa encontramos três níveis de Acreditação: Nível 1 – Acreditado / Nível 2 – Acreditado Pleno / Nível 3 – Acreditado com Excelência.

- JCI (Joint Commission International): Criada há mais de 20 anos, tem alto foco na segurança do paciente, adotando indicadores internacionais para garantir acesso e tratamento continuado. É também considerado por alguns gestores hospitalares o programa de melhor aceitação pelo corpo clínico.

- Qmentum/ACI (Accreditation Canada Internacional): Verifica e monitora padrões de alta performance, adotando também padrões e critérios internacionais de assistência à saúde, com foco no atendimento humanitário do paciente.

- HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society): Associação internacional focada no uso da Tecnologia da Informação (TI) para extrair uma alta performance das melhores práticas assistenciais. Entre os modelos desenvolvidos pela HIMSS, podemos citar o EMRAM - Electronic Medical Record Adoption Model, adotado para avaliação de hospitais e que pode ser considerado como um processo de Acreditação hospitalar, onde encontraremos oito estágios de avaliação. Assim, uma instituição em (estágio 0) terá apenas sistemas setoriais avulsos, sem comunicação integrada e off-line e, em seu último estágio (estágio 7) poderemos encontrar uma unidade hospitalar com um completo prontuário eletrônico, informações clínicas integradas e completamente sedimentadas, além de alta qualidade de business intelligence (BI), podendo ser tratado como um hospital digital.

Fonte: Leonardo Carvalho, do CBV Hospital de Olhos



“Antes de passar pela avaliação para a Acreditação, é possível fazer um Diagnóstico Organizacional que indica os pontos fortes e fracos da instituição, mostrando o que é necessário melhorar”

Péricles Goes da Cruz



“Muitos receiam começar o processo de certificação, pois acreditam que tantas normas e regras podem acabar engessando sua operação, mas na verdade o que ocorre é apenas a implantação bem-sucedida de um programa de certificação”

Faiga Marques

cerca de dois anos para se adequar e para receber a visita de Acreditação. “Antes de passar pela avaliação para a Acreditação, é possível fazer um Diagnóstico Organizacional que indica os pontos fortes e fracos da instituição, mostrando o que é necessário melhorar”, explica o gerente de Relações Institucionais da Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA), Péricles Góes da Cruz.

A partir do momento em que a instituição julgar que está pronta para a Acreditação, é agendada a visita de avaliação. A visita dura de dois a três dias, aproximadamente.

A seguir, os avaliadores têm 20 dias para elaborar o relatório completo, que segue para a ONA. Em até 30 dias, a ONA homologa o resultado e, caso a instituição tenha sido acreditada, emite o certificado e divulga o resultado no seu portal.

“Durante o período de validade do certificado, a instituição precisa manter o desempenho identificado no processo de avaliação. Para monitorar se isso ocorre, a equipe de avaliadores visita as instituições certificadas periodicamente”, destaca Cruz, que lembra, ainda, que mais do que a excelência no atendimento,

a Acreditação tem reflexo na gestão mais eficiente dos recursos.

A Acreditação também é um instrumento de gerenciamento que ajuda as organizações a avaliarem seus processos, medirem seus resultados e sua atuação enquanto instituições de saúde. “Nada mais é do que um processo contínuo de educação de toda a equipe, pois mesmo depois de acreditada, a instituição precisa aprimorar constantemente seu atendimento e gestão, identificar fragilidades e desenvolver soluções para sanar falhas e evitar que aconteçam novamente”, pontua Cruz. ✦



Grandes artistas na oftalmologia

Cientista da computação utiliza estilos e cores de obras de Picasso e Munch para criar novas visualizações de OCT

Sabrina Duran



A imagem oct_muse.jpg usa o estilo da obra: The Muse, Pablo Picasso, 1935.



A imagem oct_rain_princess.jpg usa o estilo da obra: Rain Princess, Leonid Afremov.

Os traços e cores marcantes de artistas como Pablo Picasso, Edvard Munch, Van Gogh, Claude Monet e Francis Picabia podem ajudar na criação de novas formas de visualização de exames oftalmológicos, auxiliando o aprendizado nas faculdades de medicina e também a compreensão dos exames pelo público leigo. A novidade, que segue em desenvolvimento, nasceu de um experimento do estatístico e cientista de dados João Victor Dias, que utilizou a técnica de inteligência artificial Style Transfer em uma to-

mografia de coerência óptica (OCT). Com a técnica, Dias pôde transpor os traços e cores de obras específicas de artistas plásticos conhecidos para a OCT de um paciente. O resultado, além das belas imagens formadas, “pode ser útil para ressaltar alguns aspectos como nódulos, máculas e outros itens que talvez não tenham despertado interesse em uma análise rápida”, explica Dias. Ele adianta que detalhes técnicos da experiência e o retorno de sua aplicação no campo da oftalmologia serão apresentados em futuros papers.

Formado pela Escola Nacional

de Ciências Estatísticas (ENCE), vinculada ao IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Dias foi convidado a colaborar com o Geek-Vision, grupo de pesquisa transdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), liderado pelo oftalmologista Pedro Carlos Carricondo. Além do experimento com Style Transfer e OCT, Dias tem desenvolvido trabalhos de filmagem cirúrgica em 3D, aplicativos, intercâmbio de cientistas brasileiros e estrangeiros, além de outras atividades e projetos em parceria com médicos,

designers, estatísticos, químicos e engenheiros que fazem parte do GeekVision. “Dentro da área da saúde, o meu interesse em oftalmologia foi procurar colaborar no aumento da qualidade de estudos, visto que outras áreas da medicina, como cardiologia, neurologia e pneumologia já possuem grandes avanços neste aspecto”, diz o cientista.

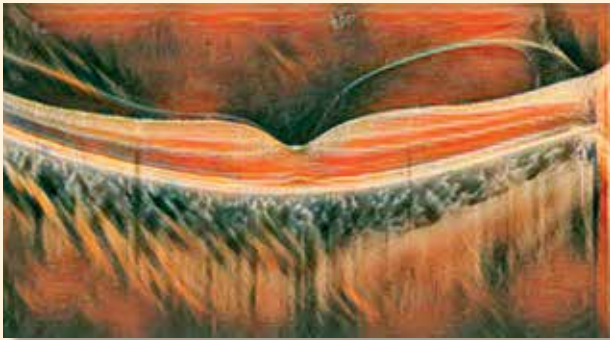
Dias já vinha testando a técnica Style Transfer em outras imagens, como as de axônio e mielina, além de ressonâncias magnéticas do coração e do cérebro. “Fiquei curioso para ver o resultado em uma OCT, pois não conheço trabalhos na área da oftalmologia com esta técnica. Os primeiros resultados foram muito interessantes. Na OCT de buraco macular, por exemplo, ocorreu um destaque de cores vivas no centro da retina, promovendo um intuitivo destaque das máculas. Com os resultados obtidos confirmei o possível envio para concursos internacionais e o uso destas para campanhas de conscientização de importantes doenças oftalmológicas”, contou o estatístico.

De acordo com ele, um dos desafios do trabalho foi procurar obras específicas de artistas como Picasso, Munch e Picabia que resultassem na melhor transferência de estilo. “Utilizei obras de pintores famosos e com estilos bem marcantes, já conhecidos na literatura deste tema. Em breve lançarei no meu blog mais imagens sobre o assunto”, adianta Dias. Outro desafio foi utilizar a técnica Style Transfer em um notebook com configurações modestas, e conseguir refinar o modelo do experimento para focar em aspectos que não fossem puramente estéticos, mas que ajudassem na análise da imagem. “O método aplicado pode ser utilizado tanto em um computador (CPU) com configurações modestas quanto em placas de vídeo de grande poder de processamento (GPU) para imagens de altíssima resolução processadas em tempo real”, explica o estatístico.

Style Transfer e redes neurais profundas

A técnica Style Transfer é um algoritmo – espécie de receita para se executar uma tarefa – de redes neurais profundas que aprende os padrões de estilo de pintores de arte fina e os reproduz com alta qualidade de percepção artística na estilização de imagens. A teoria desta técnica foi desenvolvida por Leon A. Gatys, Alexander S. Ecker e Matthias Bethge, e divulgada em 26 de agosto de 2015 no artigo “A Neural Algorithm Style”.

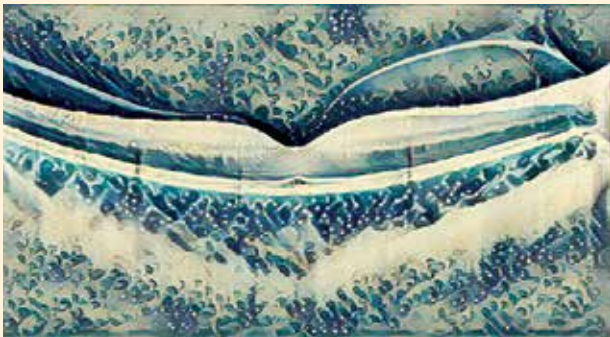
LOOK Vision[®]
Soluções inteligentes para a saúde



A imagem oct_scream.jpg usa o estilo da obra: The Scream, Edvard Munch, 1893.



A imagem oct_udnie.jpg usa o estilo da obra: Udnie, Francis Picabia, 1913.



A imagem oct_wave.jpg usa o estilo da obra: The Great Wave off Kanagawa, Hokusai, 1829-1832.



A imagem oct_wreck.jpg usa o estilo da obra: The Shipwreck of the Minotaur, Joseph Mallord William Turner, 1805.



“Na OCT de buraco macular, por exemplo, ocorreu um destaque de cores vivas no centro da retina, promovendo um intuitivo destaque das máculas””

José Victor Dias

Dias descreve o Style Transfer como a criação de uma imagem com o mesmo conteúdo de uma imagem-base, mas com o estilo de uma imagem diferente. “Por exemplo: a imagem A é a foto de um cachorro; a imagem B é a pintura de um peixe. Usando o conteúdo da imagem A – o cachorro –, com o estilo da imagem

B – as escamas do peixe –, podemos produzir uma imagem C, que será um cachorro com escamas.”

Já o termo redes neurais profundas é definido por Dias como um conjunto específico de algoritmos no campo do Aprendizado de Máquina aplicados em algumas áreas, como Processamento de Linguagem Natural, Visão Computacional, entre outras. “O termo ‘profundo’ vem do uso de mais de uma camada oculta na arquitetura das redes neurais. Em outras palavras, é um modo de transformar uma grande quantidade de dados, rotulados por pessoas, em um software que pode automaticamente rotular outros dados do mesmo modo que os humanos fariam. As redes neurais profundas são excelentes com ‘dados perceptuais’, como imagens, vídeo e som. O Aprendizado Profundo seria a criação de


um sistema que compreende como associar novas imagens às classes já estabelecidas, aprendendo somente dos exemplos, sem a necessidade de intervenção humana.”

Para além dos benefícios que a aplicação da técnica Style Transfer em imagens oftalmológicas pode gerar à especialidade médica, Dias aponta dois desafios para a apropriação da ferramenta: lidar com a parte da programação para profissionais não especializados na área, e aplicar o método abstrato para a criação de produtos reais. “É importante ter a consciência de que estamos em plena quarta revolução industrial, onde os saberes se misturam e o futuro tecnológico depende de um olhar aberto e inclusivo para outras áreas da ciência que fogem à formação inicial do pesquisador”, finaliza o estatístico. ✖

Rol da ANS: discussões para 2020 já começaram

A expectativa é que o processo de atualização contemple o maior número e os mais atuais e completos tratamentos, remédios e exames

José Vital Monteiro



A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é um dos processos mais esperados por médicos e pelos quase 50 milhões de pacientes que são titulares de algum tipo de plano ou seguro de saúde. Composta de várias etapas, a atualização inicia-se geralmente no primeiro semestre dos anos pares, com a realização de reuniões entre representantes de entidades médicas, de entidades da sociedade civil e técnicos da ANS, continua por todo o ano com encontros, reuniões e deliberações. Prevê a realização de uma consulta pública pela internet e os momentos finais do processo ocorrem no segundo semestre dos anos ímpares, com a publicação do Rol propriamente dito e com sua entrada em vigor, no primeiro dia útil do ano subsequente.

O Rol da ANS é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos que possuem cobertura obrigatória por parte das operadoras de planos privados. Esta cobertura mínima obrigatória é válida para os planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, os chamados planos novos, ou os planos contratados anteriormente, mas que foram adaptados à legislação correspondente.

Para os pacientes é importante que esse processo de atualização contemple o maior número e os mais atuais e completos tratamentos, remédios e exames. Para os médicos que atuam na saúde suplementar também é positivo oferecer aos seus pacientes uma gama cada vez maior de opções de tratamento, em-

bora a segurança dos procedimentos adotados seja ponto considerado com bastante atenção. As empresas, por sua vez, preocupam-se, principalmente, com a manutenção do equilíbrio financeiro, que pode ser comprometido com a inserção descontrolada de procedimentos, drogas e exames e com a segurança jurídica, ameaçada pela crescente judicialização da saúde, preocupações que também são constantes nos documentos emitidos pela ANS.

Assim, o processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos da Saúde é um delicado jogo de interesses e aspirações, nos quais todos querem preservar o equilíbrio do sistema, mas enxergam este equilíbrio a partir de pontos de vista e prioridades diferentes.

E a Oftalmologia?

Como especialidade clínica e cirúrgica, que atende pacientes de todas as idades e que tem em seu arsenal bom número de procedimentos que são autogerados e realizados em sequência, a Oftalmologia ganha destaque no universo da saúde suplementar. Além disso, graças a um engenhoso sistema de coleta de dados e apresentação de reivindicações nas várias esferas envolvidas na atualização do rol, a especialidade vem tendo importantes solicitações atendidas.

De acordo com o médico oftalmologista e consultor Reinaldo Flávio da Costa Ramalho, um dos integrantes da Comissão de Saúde Suplementar e SUS (CSS.S) do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), a revisão do Rol da ANS admite os seguintes tipos de contribuição: inclusão ou exclusão de procedimentos e inclusão, exclusão ou modificação de Diretriz de Utilização (DUT), que são regras para a cobertura obrigatória.

Em 2 de janeiro de 2016, quatro

novos procedimentos oftalmológicos passaram a fazer parte do Rol da ANS:

1. Plástica de conjuntiva para pterígio, tumores ou traumas;
2. Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada;
3. Panfotocoagulação a laser na retinopatia da prematuridade;
4. Termoterapia transpupilar a laser.

Na revisão seguinte, que entrou em vigor em 2 de janeiro de 2018, a Oftalmologia foi contemplada com dois novos procedimentos:

1 - Aquaporina 4 (Aqp4) – pesquisa e/ou dosagem (com DUT): Exame laboratorial para detecção de anticorpos antiaquaporina que auxilia na diferenciação entre neuromielite óptica e a esclerose múltipla;

2 - Radiação para crosslinking corneano (com DUT): Procedimento para tratamento do ceratocone.

Além disso, houve duas importantes ampliações de cobertura para procedimentos oftalmológicos já constantes do rol:

1 - DUT de tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico para edema macular secundário à retinopatia diabética, para edema macular secundário à oclusão de veia central da retina (OVC) e para edema macular secundário à oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC);

2 - DUT de Tomografia de Coerência Óptica – OCT (com diretriz de utilização) para pacientes em tratamento ocular quimioterápico com edema macular secundário a retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina (OVC) e oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC).

“Não há dúvidas de que milhares de pacientes foram beneficiados com estas importantes modificações,

tendo acesso facilitado a tratamentos e exames fundamentais para a manutenção e recuperação da saúde ocular”, declarou.

Reinaldo Ramalho assinala que as primeiras semanas de vigência do novo Rol já permitiram distinguir algumas tendências provocadas pelas ampliações determinadas. A primeira delas foi o aumento do número de beneficiários, principalmente diabéticos, do tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico e dos exames de OCT para estes pacientes. A segunda tendência detectada foi inobservância na DUT relacionada com o uso do crosslinking corneano de critérios de elegibilidade para o tratamento. Tal fato gera implicações do ponto de vista regulatório extremamente relevantes.

“A introdução do crosslinking não foi iniciativa do CBO, mas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e a DUT adotada especifica apenas as exclusões e não os pacientes para os quais o tratamento é indicado. Tal situação está gerando embates técnicos entre médicos e operadoras que poderiam ser evitados se as recomendações do CBO tivessem sido seguidas pela ANS”.

Ramalho afirma que, por conta da situação criada, algumas operadoras estão desvalorizando o crosslinking, a única tecnologia comprovadamente eficaz no controle da evolução do ceratocone, celebrando pacotes com valores menores dos que os pactuados pela CSS.S do CBO através de planilha de precificação do evento e dos insumos a ele relacionados.

Já a extensão do tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênicos teve grande apelo e foi extremamente benéfico para permitir maior acesso dos pacientes.

“Foi uma das grandes conquistas da CSS.S, pela qual lutamos mais de



“Além das eventuais correções no Rol atual, como no caso do

crosslinking, existe forte tendência para reivindicar a elaboração de uma DUT que permita a utilização do OCT para o diagnóstico do glaucoma, além de muitas outras solicitações”

Reinaldo Ramalho

quatro anos, com dados, pesquisas, apresentação de argumentos e debates em todos os foros necessários. Agora estamos assistindo a uma modificação na relação entre médicos e operadoras, já que algumas delas estão fazendo propostas para aumentar os honorários médicos com a condição de que elas forneçam o medicamento, o que sempre foi o princípio defendido pelo CBO: valorizar o ato médico e não contemplá-lo com materiais e medicamentos em pacotes que podem até parecer vantajosos, mas são prejudiciais aos médicos e aos pacientes”, declarou.

Ramalho, entretanto, faz questão de afirmar que o Rol da ANS não trata de valores, que são debatidos em outras esferas, principalmente na Associação Médica Brasileira, nos processos de atualização da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) e também nas gestões junto às seguradoras, operadoras, cooperativas, empresas de autogestão e entidades filantrópicas.

“São dois processos independentes, mas interligados, nos quais a CSS.S procura defender os interesses

dos médicos oftalmologistas e dos pacientes que necessitam de cuidados para manter e recuperar a saúde ocular”, concluiu.

Futuro?

O processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos da Saúde da ANS para entrar em vigência no início de 2020 já foi iniciado, em conjuntura particularmente delicada para o universo da Saúde Suplementar.

De acordo com a ANS, em dezembro de 2017 havia 47.304.945 beneficiários de planos de saúde, divididos da seguinte forma: 1) Autogestão – 4.790.227; 2) Cooperativas – 17.449.796; 3) Filantropia – 994.020; 4) Medicina de grupo – 17.971.206; 5) Seguradora especializada em saúde – 6.099.696.

Os planos individuais ou familiares atendiam a 9.171.047 brasileiros, os planos coletivos empresariais 31.556.903 e os planos coletivos por adesão 6.408.671, além de outros 168.324 pessoas beneficiárias de planos coletivos não identificados ou não informados.

Estes números estão algo distantes dos quase 52 milhões de beneficiários que figuravam nas estatísticas da ANS em 2015. Outros números mais preocupantes são os que mostram a evolução da receita de contraprestações pelos serviços realizados dentro do sistema, que mostram retração, ou pelo menos estagnação do segmento:

2014 – R\$ 126.562.323.016;
2015 – R\$ 143.316.979.247;
2016 – R\$ 161.566.876.053;
2017 – R\$ 132.002.352.414 (até 21 de novembro).

As diferentes entidades representativas dos planos de saúde vêm, há algum tempo, propondo novas formas de remuneração que substituem o sistema fee for service (pa-

gamento por serviço ou ato) que, segundo elas, incentiva o desperdício e, por vezes, até a fraude. Já as empresas, principalmente as de maior porte, tentam impor pacotes considerados draconianos e prejudiciais pelos médicos, já que incluem vários procedimentos e exames num único conjunto, sem levar em conta as necessidades dos pacientes.

Além disso, o Ministério da Saúde e a própria ANS vêm, por sua vez, aventando com cada vez maior frequência a hipótese de adoção de planos de saúde populares ou acessíveis, isto é, planos com coberturas menores e menos abrangentes, que poderão ser comercializados por preços menores e que, caso adotados, significariam a perda quase total do significado do Rol de Procedimentos e Eventos da Saúde, já que cada operadora e cada plano teria o seu próprio Rol de eventos que seriam cobertos.

Mesmo assim, o CBO e a CSS.S estão realizando reuniões com representantes das chamadas sociedades temáticas para verificar as reivindicações de inclusões/exclusões e modificações no Rol e traçar as melhores estratégias para sua apresentação na ANS ou na AMB, ou em ambas, conforme o caso.

“Além das eventuais correções no Rol atual, como no caso do crosslinking, existe forte tendência para reivindicar a elaboração de uma DUT que permita a utilização do OCT para o diagnóstico do glaucoma, além de muitas outras solicitações das várias sociedades de subespecialidades. Não vai dar para incluir tudo, mas pelo histórico de trabalho sério que o CBO e a sua CSS.S apresentam, bem como pela importância que a saúde ocular vem assumindo, é provável que a partir do primeiro dia útil de janeiro de 2020 tenhamos boas surpresas”, concluiu Reinaldo Ramalho. ✖



Paulo Schor

Diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Unifesp, e Professor Chefe do Setor de Óptica Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina

Mergulho

Os filmes deveriam ser esquecidos completamente, pois serviriam, de novo, para pensarmos em cada fase da vida, de modo diferente.

Me dou conta de revisitar mentalmente Wim Wenders de 15 em 15 anos aproximadamente. Paris, Texas em 84, Buena Vista em 99 e agora Submergence. E ontem à noite a busca pela “capa da Nature” me fascinou nesse seu último trabalho. Trata-se de um rally, um endurance, de um lado voltado a salvar o mundo do terror, e do outro a iluminar o desconhecido com a ciência. Vou aqui pelo segundo caminho, trilhado no filme pela atriz sueca Alicia Vikander, a nova Lara Croft, e atriz principal nessa história de J.M. Ledgard.

Danielle (Alicia) mergulha fundo no que acredita, e aceita correr o risco de não voltar à superfície. Me tocou profundamente a descrição e incorporação do investigador e pesquisador nessa narrativa. Alguém que busca apaixonadamente o desconhecido, quer respostas para dúvidas que tem (sabe as perguntas), e se arrisca. Toma fôlego na zona de conforto e parte consciente e com

medo. Esse cenário atrai, motiva e contamina, exatamente o que parece faltar (ou ser a razão da busca) a muitos acadêmicos (estudantes ou professores) de hoje em dia.

A ciência é um vício. Ela revela o desconfiado, curioso, irrequieto de cada um de nós, e acaba recompensando com pouquíssimo dinheiro e alguma fama (efêmera em geral). Persistência e crítica são atributos absolutos dos cientistas, que são atraídos por desafios. Me encaixo nessa novela e acho que por isso respondi no ano passado ao chamado do Professor Esper Carvalheiro, ex-presidente do CNPQ, e atual pró-reitor, para assumir a gestão da coordenação de pesquisa da Unifesp.

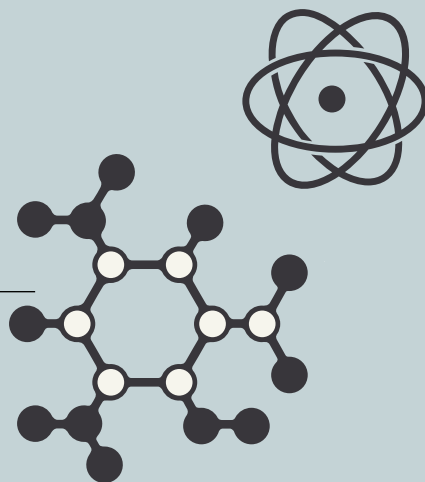
A pesquisa está hoje sendo defendida pela comunidade acadêmica. Há uma corrente que pergunta por que gastamos com isso quando podemos importar soluções. Sou da opinião de que só poderemos escolher o país e o futuro se formos menos dependentes.

Um enorme desafio na área da pesquisa nacional é ir mais fundo e arriscar mais, trazendo respostas radicalmente diferentes, e não incrementais, como temos feito há algumas décadas. O Brasil publica

muito, mas impacta pouco. Nossa relevância mundial é baixa, e vários movimentos podem e estão sendo feitos, inclusive por nós, nessa coordenação.

Estamos identificando parcerias improváveis e, inspirados em experiências internacionais, propondo editais internos para grupos que nunca colaboraram, como forma de fomentar estudos interdisciplinares. Aproveitamos oportunidades como o capes-print, para internacionalização, de modo a unir pesquisadores em torno de temas como inflamação, oncologia, big data, e a partir desses encontros esperamos que nasçam propostas que possam ser aproveitadas em projetos temáticos institucionais.

Ao lado da escuta a partir da comunidade (interna e externa), devemos buscar ativamente linhas de pesquisa que se complementem, e montar uma árvore do conhecimento institucional, usando desde palavras-chave em artigos publicados, até web semântica nos grupos de pesquisa declarados no CNPq e Lattes. É um trabalho fantástico e entusiasmante. Garimpo e visão de longo prazo. Razão de estar e acreditar na universidade! ✦



A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual



Jeanete Hezberg

Administradora de empresas graduada e pós-graduada pela EAESP/FGV. Autora do livro “Sociedade e Sucessão em Clínicas Médicas”. Membro do Conselho Consultivo da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia, gestão 2016-2018

There is no free lunch



Na minha vida profissional sempre ouvi uma expressão americana quando se referia a alguma combinação de negócios a se fazer: “there is no free lunch” (não há almoço de graça). O significado era de que alguém sempre terá que pagar a conta – e esse alguém poderia ser eu!

Uma das grandes preocupações dos médicos está relacionada aos custos e especialmente dos impostos a serem recolhidos ao fisco. Os contadores e suas empresas de contabilidade são fontes de informação para que se consiga planejar os tributos a serem pagos.

Pessoas físicas e pessoas jurídicas se relacionam de maneiras diferentes com o fisco federal. E quando falamos de profissionais da área da saúde, é possível fazer um balançamento entre a PJ e PF, para que no cômputo final o valor total de impostos seja o menor possível.

Impostos municipais também merecem um estudo – se há a utilização de sociedade uniprofissional – que tem um valor fixo de ISS por profissional – em contrapartida às sociedades com diversas especiali-

dades e que têm seu valor calculado com percentual sobre o faturamento da clínica.

Pagar menos imposto exige dedicação dos médicos para analisar a sua situação. Sempre comparo a postura de um paciente frente às recomendações médicas: as instruções ao paciente do que ele deve fazer, que remédios tomar, que mudanças de rotina para melhorar a sua saúde seriam as melhores possíveis.

Da mesma forma, não basta o contador informar quais são os tributos e como devem ser recolhidos. É necessário que o médico entenda o que e como deve ser feito para que haja diminuição de risco e de valor a ser recolhido. Deve haver um compromisso em relação a esses objetivos, que incluem a preocupação de se preparar corretamente a documentação gerada pelos atendimentos (receitas) e gastos (despesas).

Comparativamente falando, se o médico não determinar (e ter certeza de que assim ocorre) que a sua clínica ou seu consultório produza corretamente todos os documentos necessários (comprovantes da movimentação financeira), não será possível a nenhum contador dimi-

nuir seus riscos ou até evitar uma fiscalização.

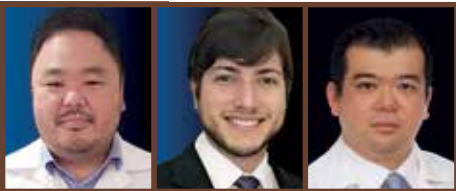
O segundo aspecto se refere aos efeitos colaterais de se assumir que atender pacientes sem emissão de documento fiscal apropriado é um bom negócio, pois reduz o valor dos impostos. Sim, num primeiro olhar, de curtíssimo prazo, poderia até considerar que essa é uma verdade. Mas, olhando a realidade sob a ótica da administração, preciso discordar desta crença.

Quando ocorrem atendimentos sem contrapartida de documentação fiscal, usualmente os controles de produção e financeiros da clínica são feitos “extrassistema de gestão”. Além de deixarem rastros para os fiscais, acabam gerando insegurança no destino dos valores.

Descontroles geram oportunidades e facilidade para fraudes. Essa é uma situação muito comum em clínicas, especialmente aquelas que negligenciam o envio de documentação correta à contabilidade, cuja função é exatamente organizar contabilmente os movimentos financeiros para garantir que cada lançamento esteja correto e coerente. A contabilidade não é meramente geradora de documentos de arrecadação ao fisco (DARFs, por exemplo).

Assim, fica a dúvida dos valores em questão: será melhor deixar de pagar impostos e expor sua clínica a roubos e desfalques e ainda correr o risco de vir a ser chamado a pagar ao fisco os valores não declarados com multas e encargos, ou será melhor fazer controles transparentes, corretos, oficiais e assim ter conhecimento e tranquilidade do que acontece na clínica?

Conclusão: there is no free lunch, a qualquer momento você será chamado para pagar a conta se não tomar ações planejadas e devidamente estruturadas! ✖



Alberto Sumitomo

Preceptor da Seção de Catarata do Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo

Fabio Ursulino

Fellow em Catarata na Santa Casa de São Paulo e em Glaucoma na EPM/UNIFESP; Mestrando em Oftalmologia na Universidade de Edimburgo (Escócia)

Richard Hida

Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo; Departamento de Oftalmologia da USP; Departamento de Oftalmologia da UNIFESP

Regeneração endotelial: será o fim da fila de espera nos bancos de olhos?

Pesquisa demonstra a injeção de células endoteliais humanas cultivadas associadas a um inibidor da ROCK para o tratamento de ceratopatia bolhosa

Ausência de mitose, in vivo, das células endoteliais da córnea (ou no máximo uma replicação muito lenta incapaz de manter a população celular ao longo do tempo) permanece como um dos grandes mistérios da oftalmologia. Por que as células do epitélio corneal se replicam rapidamente, enquanto as células endoteliais pouco/não se replicam? Continuamos sem uma resposta para essa pergunta. Apesar disso, talvez tenhamos encontrado uma solução para o problema. Ou

melhor, o Dr. Kinoshita e sua equipe, grandes estudiosos da fisiologia endotelial, encontraram.

O endotélio nada mais é do que uma fina camada única de células poligonais que recobrem a membrana de Descemet (Figura 1) e está em contato com o humor aquoso; sua principal função é manter a transparência da córnea através da regulação osmótica pelas bombas Na/K ATPase. O exame de referência para o estudo do endotélio é a microscopia especular, com o qual é possível fazer a análise quantitativa

e qualitativa (tamanho e morfologia das células).

Estudos mostram que procedimentos cirúrgicos promovem dano endotelial médio de aproximadamente 24% do número de células (Figura 2), com perda maior quando há trauma direto ao endotélio e menor quando há proteção com bolha de ar e uso de materiais viscoelásticos. Cirurgias refrativas como LASIK e PRK não estão relacionadas com perda endotelial.

A densidade endotelial é considerada normal acima de 2.000 céls./mm²

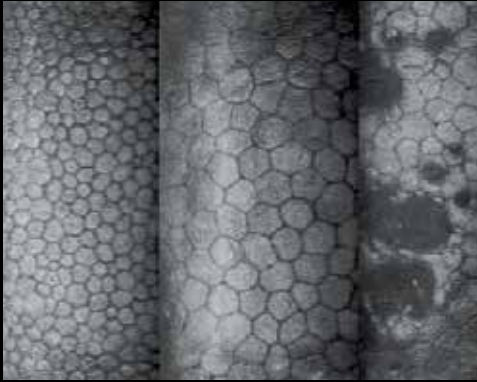


Figura 1: Da esquerda para direita: mosaico endotelial normal; células endoteliais aumentadas (polimegetismo) e com alteração em seu formato hexagonal (pleomorfismo), resultando em redução na densidade endotelial; presença de excrescências de Descemet (guttas) no mosaico endotelial em distrofia de Fuchs.

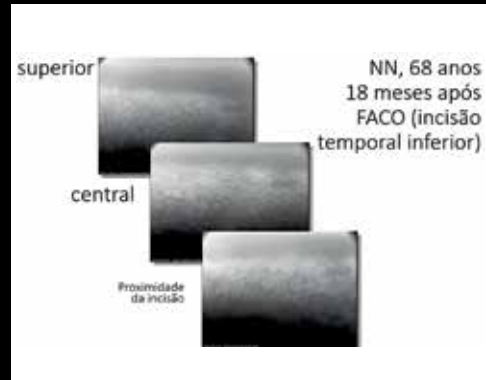


Figura 2: Aspecto do mosaico endotelial em diferentes regiões da córnea após cirurgia de facoemulsificação. *Cortesia do Dr. Fernando Abib.*



Figura 3: Ceratopatia bolhosa: densidade endotelial estimada de 640 céls./mm² com paquimetria de 638 µm. Note as células endoteliais de grande tamanho (polimegetismo) com aumento do núcleo ao centro de cada célula.

Cortesia do Dr. Fernando Abib.

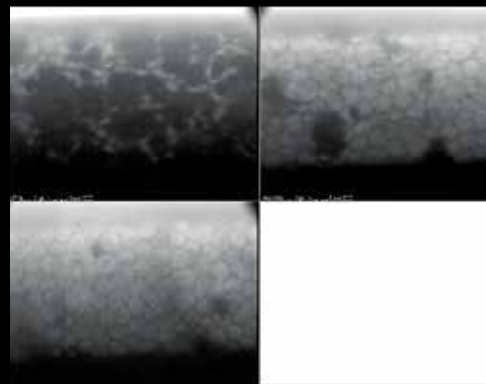


Figura 4: Fuchs - microscopia especular de contato avaliando área central (foto superior à esquerda), média-periferia (foto superior à direita) e periferia superior (foto inferior). Note a preservação da periferia superior em relação ao centro, quadro comum entre os pacientes com distrofia de Fuchs. Esse seria um caso em potencial para descemetorrexe sem transplante endotelial. *Cortesia do Dr. Fernando Abib.*

e crítica abaixo de 750 céls./mm². A principal doença endotelial é a ceratopatia bolhosa (Figura 3), caracterizada por edema corneal estromal acompanhado de bolhas subepiteliais devido à perda de células endoteliais ou defeitos nas junções celulares. O tratamento de escolha são os transplantes de córnea: penetrante (camada total da córnea é substituída), DMEK (remoção da Descemet e substituição por endotélio do doador) e DWEK (remoção da Descemet sem substituição do endotélio do doador).

Em artigo recentemente publicado na cobiçada revista médica *New England Journal of Medicine*, que raramente tem publicações oftalmológicas em seu conteúdo, o Dr. Kinoshita apresentou os resultados da sua pesquisa: a injeção de células endoteliais humanas cultivadas associadas a um inibidor da ROCK (Rho-associated protein kinase) para o tratamento de ceratopatia bolhosa. ROCK (Rho kinase) é uma enzima que “controla” uma série de eventos celulares em condições patológicas. Quando a ROCK é inibida, intensifica proliferação celular, promove adesão celular e suprime apoptose. Existem também relatos de melhora da transparência e densidade endotelial em uso de inibidor de ROCK tóxico. Neste caso, a medicação utilizada foi o ripasudil (Glanatec, Kowa, Japão). Outros inibidores de ROCK também estão em estudo.

Onze pacientes apresentando ceratopatia bolhosa com espessura corneal acima de 630 µm e acuidade visual com melhor correção pior que 20/40 foram selecionados para o estudo. O experimento foi desenvolvido da seguinte maneira: células endoteliais retiradas de uma córnea doadora sadia foram cultivadas em meios específicos e suplementadas com inibidor da ROCK Y-27632. Durante o procedimento

cirúrgico, uma agulha de silicone foi utilizada para remover a matriz extracelular e células endoteliais degeneradas em uma área de 8 mm de diâmetro no centro da córnea e, imediatamente após, as células cultivadas foram injetadas na câmara anterior. Após o procedimento, os pacientes eram posicionados em decúbito ventral por três horas para melhorar a adesão das células injetadas.

Após 24 semanas, todos os olhos (11) obtiveram melhora da densidade endotelial central, com 10 apresentando densidade acima de 1.000 céls./mm² e 6 acima de 2.000 céls./mm². Uma espessura corneal abaixo de 630 µm foi alcançada em 10 dos 11 olhos e melhora da acuidade visual de duas linhas ou mais em 9 dos 11 olhos. Não se observou uveíte anterior ou reações imunológicas em nenhum dos olhos. Um dos 11 olhos apresentou aumento da pressão intraocular após 8 meses da injeção, mas os autores classificaram o caso como glaucoma corticogênico pelo tempo de apresentação e ausência de alterações em malha trabecular. Em seguimento posterior de dois anos após a injeção, 10 dos 11 olhos apresentavam espessura abaixo de 600 µm, com transparência corneal mantida em todos os olhos.

Algumas dúvidas, todavia, permanecem. Já existem estudos demonstrando a eficácia da descemetorrexe sem transplante endotelial no tratamento da distrofia de Fuchs, inclusive associando-se o procedimento aos inibidores da ROCK. Logo, será que as células injetadas realmente refizeram a população endotelial ou a descemetorrexe promoveu a migração das células periféricas (Figura 4), favorecida pelos inibidores da ROCK, para a região central, refazendo essa população? O estudo avaliou apenas a densidade endote-

lial central. Talvez uma análise das células da periferia pudesse nos ajudar nesse esclarecimento, já que a descemetorrexe isolada tende a funcionar apenas quando temos uma boa reserva endotelial na periferia, especialmente na região superior da córnea. Apesar disso, 6 dos 11 olhos estudados alcançaram uma densidade endotelial central maior que 2.000 céls./mm², o que seria muito difícil de alcançar apenas com a migração celular, favorecendo a ideia do estudo.

Outro ponto pertinente foi levantado pelo estudo. A quantidade de células endoteliais injetadas é muito maior do que o aumento na população celular alcançado em qualquer dos casos. Assim, pode-se supor que boa parte das células injetadas foi eliminada através da rede trabecular, com algumas alcançando a circulação sistêmica. Desse modo, existe um risco teórico de formação de tumor ectópico a partir dessas células cultivadas, porém isso não foi observado em nenhum dos pacientes. Mais estudos, com uma maior quantidade de pacientes e um tempo maior de acompanhamento, são necessários para elucidar essa dúvida.

Apesar dos pesares, o resultado desse artigo abre de vez a porta da regeneração endotelial e do cultivo celular na oftalmologia, trazendo perspectivas cada vez mais empolgantes. Imagine um futuro em que a fila para transplantes de córnea nos bancos de olhos seja praticamente nula, pelo fato de uma única córnea doada poder fornecer material para múltiplos receptores. Imagine um futuro em que outras estruturas do olho ou do nosso corpo possam ser regeneradas com um risco mínimo de rejeição. Esse futuro está mais próximo do que você imagina. ✱

Tatiana Cavalcanti Usai Souto

Oftalmologista, formada na Faculdade de Medicina da UFRJ- RJ, e Consultora médica de Desenvolvimento e Educação Profissional na Johnson & Johnson Vision Care

Repensando lentes tóricas: uma atualização sobre as lentes de contato gelatinosas tóricas

Baseado no artigo “Turning to torics: an update on soft toric contact lenses” de Anna Sulley, que discute sobre os modernos desenhos das lentes gelatinosas tóricas e como a maior confiança no desempenho das lentes tem aumentado o número de prescrições das lentes tóricas. Este artigo analisa as novas descobertas sobre o aumento da prescrição das lentes de contato gelatinosas tóricas, as vantagens de adaptar os pacientes com os mais modernos desenhos e as técnicas de avaliação para beneficiar ainda mais os pacientes astigmatas.

Introdução

O maior número de prescrições de lentes de contato gelatinosas tóricas no Reino Unido nos últimos anos representa uma grande conquista para os profissionais de cuidados oftalmológicos e para a indústria de lentes de contato no atendimento das necessidades de pacientes astigmatas. Em 2014, mais de um terço de todas as lentes gelatinosas no Reino Unido consistia de desenhos tóricos, comparadas com menos de uma em cada cinco em 1996, quando os dados de tendência de prescrição foram relatados pela primeira vez (34% vs. 19%).^{1,2} Os prováveis motivos para esta mudança estão relacionados à disponibilidade das lentes tóricas em mais materiais, modalidades e parâmetros; métodos de fabricação aprimorados, resultando em melhor consistência lente a lente; e maior confiança do médico no ajuste dessas lentes.¹

No entanto, a prescrição de lentes de contato gelatinosas tóricas ainda está aquém do nível esperado da prevalência de astigmatismo. Quase metade dos potenciais usuários de lentes gelatinosas (47%) tem astigmatismo de $\geq 0,75D$ em pelo menos um olho, e para míopes incidência é de 55%.³

Historicamente, pacientes com astigmatismo têm sido sobrerrepresentados entre aqueles que descontinuaram o uso de lentes de contato, o que sugere que a deficiência visual resultante do astigmatismo não corrigido foi um fator contributivo para a descontinuação do uso das lentes.^{4,7} Uma pesquisa evidenciou que este pode ser o motivo, uma vez que mais que o dobro dos pacientes com lentes tóricas anteriormente tinham descontinuado o uso das lentes devido a queixas de visão quando comparado aos usuários de lentes esféricas.⁸

Um estudo recente sobre a continuidade no uso de lentes de contato entre novos usuários, não encontrou uma diferença significativa quanto às taxas de descontinuação em um ano entre pacientes que usam lentes tóricas e lentes esféricas, 78% vs. 73%, respectivamente, novamente atribuído a uma melhoria geral no desenho das lentes tóricas e à crescente confiança no ajuste desse tipo de lente,⁹ dado que a baixa de acuidade visual para longe continua sendo o principal motivo de descontinuação entre os usuários de lentes tóricas.

De forma encorajadora, readaptar pacientes astigmatas com lentes gelatinosas tóricas modernas alcança uma

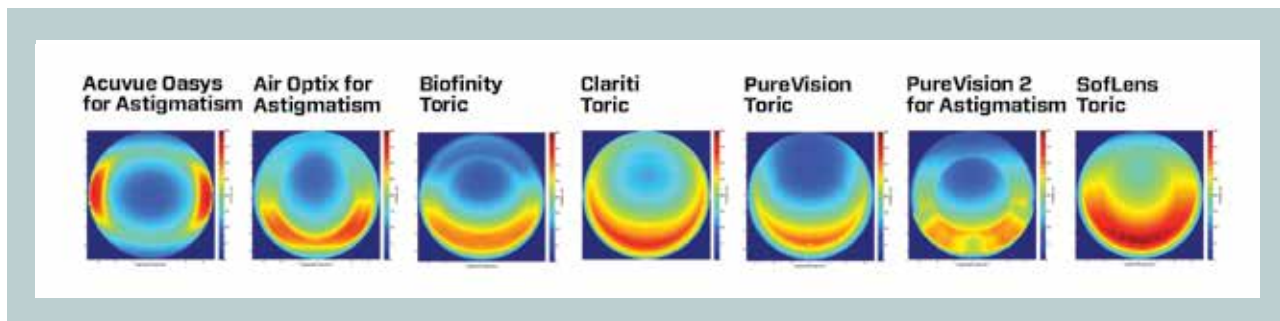


Figura 1: Imagens do perfil de espessura da lente - lentes de contato gelatinosas tóricas (exemplos dados para -3,00/- 1,25x180)

maior taxa de sucesso em comparação com uma estimativa anterior do Reino Unido de 2002 (94% vs. 69%).^{10,4} Além disso, há evidências de que a baixa visão com as lentes de contato tóricas anteriores pode ser superada quando os usuários usam os mais recentes desenhos, com uma taxa de sucesso semelhante (96%).⁸

No que consiste os desenhos mais modernos das lentes tóricas que conduziram a uma maior utilização e um maior sucesso? Como o desenho e o desempenho das lentes disponíveis no mercado se diferem dos desenhos anteriores? E como podemos adaptar nossas técnicas clínicas para aproveitar ao máximo as novas lentes?

Desenhos atuais e suas diferenças

O prisma de lastro foi o primeiro método usado para estabilizar as lentes de contato gelatinosas nos olhos. O desenho foi refinado, resultando em perfis de lente mais finos com melhor entrega de oxigênio. Com um desenho de zona fina, a parte central da lente pode ser fabricada em espessuras que se aproximam das lentes esféricas de poder semelhante, otimizando o conforto e melhorando a transmissibilidade de oxigênio.

Em 2011, Edrington revisou o desempenho de lentes de contato gelatinosas tóricas e descobriu melhorias substanciais.¹¹ Os desenhos mais recentes tendem a melhorar a estabilidade rotacional e reduzir a rotação da lente. A melhor reprodutibilidade da lente, o descarte mais frequente (incluindo lentes de descarte diário), uma maior disponibilidade de parâmetros e materiais mais permeáveis e umectáveis também contribuíram para o maior sucesso na prescrição de lentes de contato gelatinosas tóricas. Uma nova técnica permitiu um melhor entendimento dos atributos relativos aos diferentes desenhos. A Phase Focus Lens Profiler (Phase Focus Ltd, Sheffield) analisa os padrões de difração gerada por laser e, usando algoritmos para corrigir a interferência, calcula

os perfis de espessura da lente (ver Figura 1).

Os mapas de perfil de cor indicam a espessura radial da lente variando de vermelho na extremidade mais grossa para azul na extremidade mais fina.

O perfil de espessura revela as sutilezas do desenho das lentes tóricas, destaca as diferentes abordagens dos fabricantes de lentes para a estabilização e mostra como seus respectivos desenhos evoluíram ao longo do tempo.

Com desenhos mais modernos, os fabricantes vêm tentando superar algumas das limitações do prisma de lastro, principalmente o contorno da zona espessa para minimizar a interação com as pálpebras inferiores. E com os mais recentes desenhos de peri-lastro, o prisma está concentrado na periferia, a fim de reduzir a espessura do centro e permitir mais controle da óptica.

A abordagem alternativa foi usar um desenho dupla zona fina, simétrica, que evoluiu desde então, movendo as zonas de estabilização em direção a linha média horizontal. O posicionamento dessas zonas entre as pálpebras aproveita a rotação induzida pelo piscar, produzindo uma imagem de perfil diferente; as lentes desse tipo são referidas como desenho de estabilização acelerada (DEA).

Nas lentes com DEA, uma vez que as zonas de estabilização são centrais, elas não sofrem a influência desestabilizadora da pálpebra inferior e também independem do tamanho da fenda palpebral, considerando que desenhos clássicos de prisma de lastro são muito instáveis em olhos com fendas mais estreitas. Os contornos horizontais desse desenho também acompanham a forma curva das margens das pálpebras.

Efeitos prismáticos

O perfil de espessura revelou mais sobre um outro aspecto do desenho da lente de contato gelatinosa tórica: o efeito prismático vertical na zona óptica. As lentes de contato tóricas modernas são por vezes descritas como

PRODUTO	DESENHO
Acuvue Oasys para Astigmatismo (senofilcon A, JJVC)	Desenho de Estabilização Acelerada (DEA)
Air Optix para Astigmatismo (lotrafilcon A, Alcon)	Peri-laastro modificado
Biofinity Tórica (comfilcon A, CooperVision)	Peri-laastro
Avaira Tórica (enfilcon A, CooperVision)	Peri-laastro
Clariti Tórica (somofilcon A, Sauflon)	Prisma de laastro
PureVision 2 para Astigmatismo (balafilcon A, B+L)	Peri-laastro modificado
PureVision Tórica (balafilcon A, B+L)	Prisma de laastro
SofLens Tórica (alphafilcon A, B+L)	Prisma de laastro

Tabela 1: Lentes de contato gelatinosas tóricas de troca programada testadas

apresentando “óptica livre de prisma”, mas descobertas recentes revelaram diferenças marcantes entre as lentes a este respeito.

Um estudo recente usou perfis de espessura (Phase Focus) para quantificar o prisma vertical na área central de 6 mm presente em uma variedade de lentes de contato gelatinosas tóricas de troca programada com diferentes métodos de estabilização (ver Tabela 1).¹²

Todos os desenhos avaliados tinham prisma vertical na zona óptica, exceto a lente com DEA, que não tinha praticamente nenhum (0,01 Δ) (ver Figura 2). A média do prisma variou entre 0,52 Δ e 1,15 Δ , com três desenhos apresentando medida do prisma que variou com o grau esférico.

O prisma localizado dentro da zona óptica de uma lente de contato gelatinosa tórica pode induzir desequilíbrio binocular vertical se o paciente receber a prescrição do desenho de prisma em apenas um olho, especialmente em pessoas com problemas relacionados com foria vertical pré-existente.¹³ A disparidade do prisma vertical maior que 0,5 Δ pode levar a perturbação da visão binocular e sintomas como: astenopia, náuseas, desconforto visual e diminuição da estereopsia em alguns pacientes.¹⁴⁻¹⁶

Os médicos devem estar cientes do potencial efeito prismático vertical quando decidirem quais desenhos tóricos vão prescrever, particularmente nos casos de astigmatismo monocular com anomalias de visão binocular pré-existent, e quando tratarem de queixas de astenopia em astigmatas monoculares.

Estabilização e orientação

A orientação estável e previsível é uma característica essencial das lentes de contato gelatinosas tóricas a fim

de proporcionar um desempenho visual consistente. Edrington¹¹ observou que, nos desenhos de zona fina, as lentes com DEA tendiam a ser mais estáveis durante movimentos oculares versionais amplos, menos afetadas pela gravidade e mostraram uma taxa mais estável de reorientação quando comparada aos outros desenhos de lentes. Vários estudos clínicos investigaram estas características em comparação com os desenhos tradicionais.^{17-19, 22}

As lentes com DEA mostraram orientar-se mais rapidamente e com mais precisão que os desenhos de dupla zona fina ou prisma de laastro. Além disso, foram mais estáveis e apresentaram melhor desempenho visual e conforto.¹⁷

O DEA é mais estável durante a fixação e movimentos versionais amplos quando comparados a um desenho de prisma de laastro.¹⁸ Além de apresentarem melhor desempenho que outros desenhos quando os pacientes estão em uma posição reclinada, versões extremas ou em posições posturais.¹⁹

As lentes com DEA são, portanto, especialmente úteis em situações dinâmicas, como esportes. Mas o desempenho da lente tórica pode ser desafiado de muitas maneiras diferentes. Atividades diárias, como olhar para o retrovisor ao dirigir ou assistir televisão quando estiver deitado, são outras situações onde a estabilidade rotacional é importante e as lentes com DEA podem oferecer vantagens.

Há evidências de que recentes melhorias no desenho das lentes com prisma de laastro também melhoraram alguns aspectos do seu desempenho; por exemplo, alguns desenhos com prisma de laastro mais recentes mostraram ter velocidade de reorientação semelhante à das lentes DEA e, geralmente, se reorientam rapidamente quanto mais longe da posição de orientação.¹⁸

Relativamente poucos estudos compararam o desempenho clínico de diferentes desenhos de lentes tóricas.

Um estudo investigou a orientação e a recuperação rotacional de cinco lentes gelatinosas tóricas de vários desenhos atualmente disponíveis. Esses autores evidenciaram que um desenho com peri-lastro ajuda a minimizar a rotação das lentes e a recuperação rotacional.²⁰ No entanto, o método usado para medir a orientação das lentes foi questionado.²¹

Outro estudo que comparou o desempenho clínico de duas lentes tóricas, uma lente com DEA e outra lente com prisma de lastro, evidenciou que a lente com DEA apresentou significativamente menos rotação e melhor desempenho visual monocular em uma posição reclinada.²² A lente com prisma de lastro mostrou maior rotação após variação da direção do olhar, especialmente após movimentos versionais súpero-temporais e inferiores.

Facilidade e sucesso na adaptação

Estudos clínicos com os mais recentes desenhos derrubaram alguns dos equívocos sobre a facilidade e a velocidade de ajuste das lentes de contato gelatinosas tóricas. Mostraram que a maioria dos astigmatas que não estão usando atualmente lentes de contato gelatinosas tóricas podem ser adaptados com sucesso.^{8,10}

Um estudo no Reino Unido,¹⁰ recrutou 200 astigmatas que nunca tinham usado lentes tóricas, com correções de +4,00D a -9,00D e astigmatismo entre -0,75DC e -3,00DC em ambos os olhos. Os pacientes eram usuários de lentes de contato esféricas, ou tinham abandonado as lentes de contato ou usuários de óculos, e foram adaptados com lente de contato gelatinosas tóricas com DEA: lentes de descarte diário ou lentes de silicone hidrogel de troca programada de duas semanas.

Uma grande proporção dos olhos (88%) foram adaptados na primeira tentativa e uma proporção ainda maior entre os já usuários de lentes esféricas (94%). A consulta inicial de adaptação durou, em média, 22 minutos. A maioria das lentes se orientou na posição correta, a orientação se manteve estável ao longo do tempo, e as lentes apresentaram centralização e movimentação aceitáveis.

No geral, a taxa de sucesso com relação aos critérios de adaptação, visão e conforto foi elevada (75%) e embora o sucesso tenha sido maior entre os usuários de lentes esféricas (80%), os resultados foram encorajadores para todos os três grupos.

A probabilidade de sucesso não pareceu estar relacionado com idade, sexo ou grau de astigmatismo. A taxa de sucesso foi idêntica para pacientes mais velhos (>45

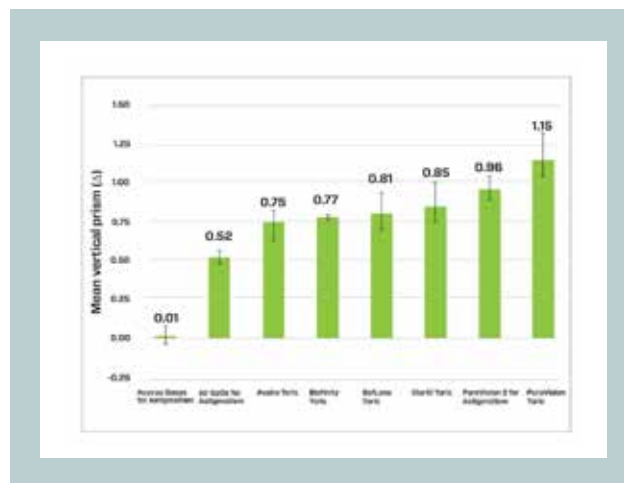


Figura 2: Medida média do prisma vertical em lentes de contato gelatinosas tóricas de troca programada¹²

anos) comparado com pacientes mais jovens e foi apenas discretamente melhor nos casos com astigmatismo < 1,50DC em pelo menos um olho quando comparado com astigmatismos mais altos.

Astigmatas que usam lentes esféricas e tem astigmatismos de baixo a moderado são, provavelmente, os melhores candidatos para usar lentes gelatinosas tóricas. No estudo, as pessoas que descontinuaram anteriormente o uso das lentes, alcançaram acuidade visual comparável ao óculos com lentes gelatinosas tóricas e eram tão prováveis de ter sucesso quanto usuários de lentes de contato esférica. As lentes tóricas modernas fornecem uma ampla cobertura de parâmetros cobrindo a maioria das prescrições; as opções de lentes tóricas de descarte diário fornecem cobertura para cerca de 80% dos astigmatas e as opções de troca programada cobrem cerca de 95%.²⁴

Readaptando usuários que descontinuaram o uso

Embora a acuidade visual seja o fator mais importante para a retenção de novos usuários de lentes multifocais e tóricas,¹⁰ o desconforto e os sintomas de olho seco permanecem entre os principais motivos para a descontinuação entre usuários de lentes de contato, mesmo com as lentes mais atuais.²⁵ Uma pesquisa anterior também sugere que o insucesso na adaptação das lentes de contato pode estar relacionado com o produto ao invés de problemas específicos do paciente.⁵

Um novo estudo nos Estados Unidos avaliou os principais motivos para a descontinuação no uso das lentes de contato e a proporção de usuários que descontinua-



Figura 3: Avaliação do desempenho de lentes de contato gelatinosas tóricas simulando o mundo real usando Eyetrack Monitoring System

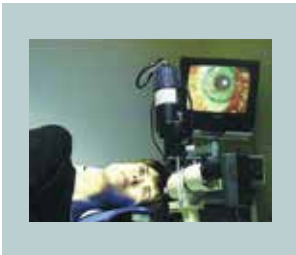


Figura 4: Visualização de imagens com o paciente em posição reclinada

ram o uso e que poderiam, com sucesso, voltar a usar lentes senofilcon A (esféricas ou tóricas) de uso diário.⁸ Este material de silicone hidrogel demonstrou aliviar o desconforto e os sintomas de olho seco em pacientes readaptados com estas lentes.^{25,26}

Entre aqueles que foram capazes de lembrar suas lentes anteriores, apenas cerca de um em cada cinco (21%) tinham usado lentes de contato tóricas, mas quase metade (45%) usaram as lentes tóricas neste estudo. Os usuários readaptados com lentes de contato tóricas tinham anteriormente descontinuado o uso das suas lentes, sendo a visão a principal queixa em relação aos usuários de lentes esféricas que descontinuaram o uso de suas lentes (9,0% vs. 3,2%). Isso sugere que os pacientes foram prescritos com lentes de contato tóricas ou suas lentes tóricas anteriores não apresentaram bom desempenho visual.

Entre aqueles que necessitam de prescrição de lentes tóricas, quase todos (96%) poderiam ser readaptados com sucesso com lentes com DEA.

Avaliando a adaptação das lentes

Como já observamos, as lentes de contato gelatinosas tóricas podem comportar-se de forma muito diferente em situações dinâmicas e situações da vida real do que em condições estáticas. Novas técnicas de avaliação não apenas melhoraram nosso entendimento na orientação das lentes de contato gelatinosas tóricas,²⁷ como também revelaram uma necessidade de simular o mundo real para avaliar melhor o desempenho das lentes no consultório.²⁸ Embora a adaptação das lentes tóricas possa ser considerada bem-sucedida no consultório, alguns pacientes podem retornar com queixas de instabilidade

da visão. A medida da acuidade visual com tabela de Snellen, avaliação do movimento das lentes na lâmpada de fenda, a centralização das lentes e a rotação podem não se correlacionar com a experiência do paciente durante as atividades diárias habituais.

Zikos et al usaram novas técnicas para avaliar a qualidade visual e a estabilidade rotacional das lentes de contato gelatinosas tóricas através de imagens cotidianas que simulam situações do mundo real (ver Figura 3).¹⁷ A posição das lentes foi registrada por um sistema de vídeo, infravermelho, montado na cabeça do paciente enquanto realizavam várias tarefas. Essa técnica poderia ser utilizada para avaliar pacientes durante a execução de tarefas específicas, como por exemplo, durante suas atividades diárias.

Avaliar a estabilidade e a orientação das lentes com o paciente em uma posição reclinada é outra técnica de investigação que tem auxiliado no entendimento das lentes de contato gelatinosas tóricas e ajudou a demonstrar as diferenças de desempenho clínico entre os desenhos das lentes (ver Figura 4).¹⁹

Uma forma potencialmente mais prática para avaliar o desempenho visual e a estabilidade rotacional é através da tabela de acuidade visual para perto com lentes tóricas (VANT).²⁹ VANT mede acuidade usando um alvo de perto (logMAR), uma medida basal é realizada e outras medidas são feitas após a movimentação dos olhos nas quatro direções diagonais do olhar. E evidenciou que esses movimentos diagonais desencadeavam uma rotação mais significativa das lentes.

Incorporar estas avaliações mais realistas na prática clínica, semelhante às usadas nestes estudos, pode ajudar a garantir uma maior satisfação do paciente em condições do dia a dia. Por exemplo, a tabela de VANT pode ser imitada no consultório, pedindo ao paciente para olhar em diferentes direções do olhar e depois pedir que o paciente olhe em uma tabela de visão para perto e avaliar o impacto na rotação das lentes. Questionar os pacientes sobre o estilo de vida, hobbies e perguntar quais atividades podem causar instabilidade na visão, podem ser informações úteis para o desempenho das lentes em situações cotidianas.²⁸

Avaliando a visão

Apesar dos avanços nas lentes de contato gelatinosas tóricas, muitos pacientes não estão cientes dos benefícios visuais da correção do astigmatismo e os médicos nem sempre podem demonstrar a diferença que uma lente tórica pode fazer na acuidade visual do paciente.

Uma nova ferramenta para avaliação da visão em pacientes com baixo astigmatismo (LAVA) foi desenvolvida para mostrar os benefícios da correção cilíndrica utilizando quatro características visuais específicas para exibir em duas distâncias de visualização (ver Figura 5).³⁰ O LAVA (Innovia Technology) utiliza-se de uma cena real em que o paciente vê com e sem a correção do cilindro com a finalidade de perceber a diferença da correção do astigmatismo.

Dos 466 médicos que analisaram as cenas, 85% concordaram que ela ajudaria a demonstrar os benefícios das lentes tóricas para seus pacientes com baixo astigmatismo.³¹ Em um estudo nos EUA, 96% dos pacientes com astigmatismo bilateral de 0,75DC ou 1,00DC que participaram do ensaio clínico com cenas LAVA disseram que acreditavam serem úteis e consideravam experimentar lentes de contato gelatinosas tóricas.³¹ Também podem ser úteis para demonstrar a correção do astigmatismo em pacientes com graus elevados de cilindro não corrigido. Uma abordagem semelhante poderia ser aplicada na prática, pedindo aos pacientes para olhar para uma cena envolvente no consultório, em vez de apenas olhar para uma tabela de Snellen, e assim avaliar a qualidade da visão com e sem a correção do astigmatismo.

Comunicando-se com astigmatas

Desenhos mais modernos e mais opções podem ter aumentado a prescrição de lentes de contato gelatinosas tóricas, mas ainda há evidências da falta de conhecimento sobre lentes gelatinosas tóricas entre os astigmatas, e sobre a própria condição. Os usuários de lentes de contato para astigmatismo são significativamente menos propensos a dizer que “sabem muito” sobre sua condição ocular quando comparado aos usuários com outros tipos de erro refrativos.³² 80% dos usuários e 90% dos pacientes astigmatas que descontinuaram o uso das lentes relatam que gostariam de saber mais sobre lentes de contato para correção da sua condição ocular. Os usuários atuais reconhecem a importância do conforto e da qualidade das lentes sendo menos influenciados pelo preço.³²

Conversar com pacientes astigmatas e explicar como as lentes de contato gelatinosas tóricas funcionam pode ajudar a satisfazer seu desejo de obter mais informações. Especialistas em comunicação desaconselham estigmatizar os pacientes com “você tem astigmatismo” ou dizendo que têm “uma condição”.³³ Eles sugerem explicar que é comum usuários de lentes de contato precisarem de uma correção mais precisa, a mesma que eles já têm em seus óculos.

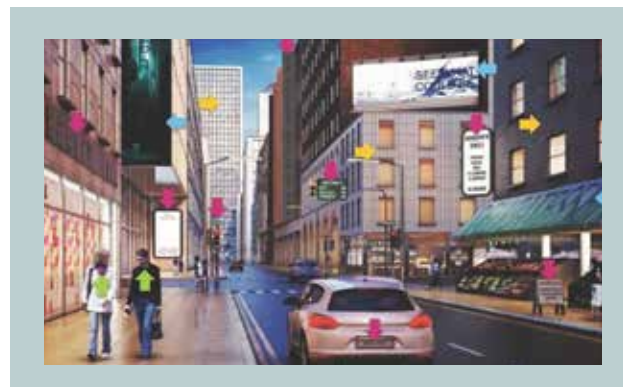


Figura 5: Cena LAVA. Características visuais específicas – texto em perspectiva (vermelho), detalhes destacados (amarelo), texto com distração (azul) e faces (verde) – são mostrados com setas

Outras recomendações incluem evitar descrições mais complicadas e, em vez disso, dizer os principais motivos e os benefícios de se recomendar lentes tóricas, tais como “essa lente vai ajudar você enxergar tão bem quanto se estivesse usando óculos”.

Procurar identificar mudanças nas necessidades visuais dos já usuários de lentes de contato, como um novo trabalho com tarefas visuais diferentes, longas horas de estudo ou aprender a dirigir são alguns exemplos de situações que podem desencadear a necessidade de uma atualização da correção das lentes se o astigmatismo não estiver totalmente corrigido.

É importante, demonstrar a diferença que a correção do baixo astigmatismo pode proporcionar na visão do paciente e mostrar os benefícios visuais.

Os desenhos mais modernos de lentes de contato gelatinosas tóricas têm proporcionado melhorias substanciais no desempenho. Atualmente, existem diversas opções de materiais, modalidades e parâmetros, associado a um melhor entendimento de como as lentes gelatinosas tóricas se comportam no olho. Os médicos, e seus pacientes, estão se voltando para lentes tóricas em maior número, mas ainda há muito a ser feito para satisfazer plenamente as necessidades de todos os astigmatas. ✱

Baseado em artigo originalmente publicado como: “Sulley A. Turning to torics: an update on soft toric contact lenses”. OT; 30 May 2015: 40-45. Referências disponíveis através do e-mail tsouto@ITS.JNJ.com, com Dra. Tatiana Cavalcanti Usai Souto, Consultora médica de Desenvolvimento e Educação Profissional na Johnson & Johnson Vision Care



Simone Haber D. V. F. Bison

Professora Afiliada e Chefe do Serviço de Oculoplástica e Vias Lacrimais do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo

Tatiana R. Nahas

Chefe da Seção de Oculoplástica do Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Giovanni André P. Viana

Cirurgião Plástico Colaborador do Serviço de Oculoplástica e Vias Lacrimais do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo

Plástica ocular e cirurgia plástica estética

Novos procedimentos permitem a preservação de estruturas nobres do olho, assim como o rejuvenescimento facial

O sistema ocular é complexo e muito delicado. Desta maneira, para realizar cirurgias nos olhos ou na região periocular, é preciso muita precisão e cuidado. A plástica ocular é uma subespecialidade da Oftalmologia que trata condições ou patologias que envolvem as pálpebras, tanto para fins funcionais quanto estéticos.

O oftalmologista especializado em Cirurgia Plástica Ocular é habilitado para realizar diversos procedimentos. Por conhecer muito bem as estruturas do olho e da órbita ocular, esse especialista realiza a cirurgia visando o resultado estético, assim como a preservação de estruturas nobres no olho, em prol de uma boa acuidade visual e conforto do paciente.

Esse especialista tem segurança

para tratar várias doenças, tais como:

Cirurgia para retirada de calázio: O terçol é uma condição que atinge as pálpebras, causado em geral pela inflamação das glândulas de Meibomius, que produzem parte gordurosa do filme lacrimal. Em alguns casos ele evolui para o calázio, necessitando de tratamento cirúrgico.

Cirurgia para correção de entrópio ou ectrópio palpebral: Trata-se de um tratamento cirúrgico para corrigir uma condição em que as pálpebras deixam de proteger o olho, virando-se para dentro ou para fora.

Cirurgia reconstrutiva: Procedimento cirúrgico para reconstrução das pálpebras em casos de lesões traumáticas ou não e de tumores.

Cirurgia de ptose palpebral: Tratamento cirúrgico para corrigir uma condição em que as pálpebras supe-

riores estão baixas, podendo cobrir o eixo visual; congênita ou adquirida.

Além disso, o oftalmologista especializado em plástica ocular é capacitado para aplicar técnicas modernas, que incluem a retirada das bolsas de gordura na parte inferior dos olhos sem cortes ou cicatrizes na pele e está preparado para atender qualquer problema que envolva as pálpebras e sistema lacrimal em recém-nascidos, crianças e adultos.

Em relação à cirurgia plástica geral e a oculoplástica, as duas especialidades são complementares, considerando que o cirurgião plástico tem durante sua formação o desenvolvimento de competências mais abrangente, ou seja, ele aprende técnicas para corrigir problemas e defeitos em todas as áreas do corpo. Caso resolva se dedicar com maior

afinco a uma região, o cirurgião plástico passará a dominar melhor esse conhecimento.

Contudo, em ambas as especialidades, para se tornar um(a) cirurgião(ã) com um mínimo de conhecimento, é necessário o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, nas quais esse profissional necessitará de anos de treinamento e aperfeiçoamento constantes; neste cenário, cabe citar uma célebre frase do professor Drucker: “o maior benefício de treinamento não vem de se aprender algo novo, mas de se fazer melhor aquilo que já fazemos bem”.

A tendência tem sido a troca de experiências entre as especialidades, com o subsequente aprimoramento de técnicas, ou seja, em vez de competirmos e criticarmos uns aos outros, nos aliarmos visando o melhor atendimento aos pacientes.

Técnicas de tratamento rejuvenescedor

Um olhar é capaz de transmitir sentimentos e aspectos da nossa personalidade. Entretanto, o envelhecimento provoca uma série de mudanças na região dos olhos, principalmente na chamada área orbitopalpebral, ou seja, nas pálpebras inferiores e superiores e ao redor da órbita ocular, que são facilmente percebidas.

Hoje, um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados por oculoplásticos e cirurgiões plásticos para rejuvenescimento facial é a blefaroplastia para fins estéticos ou funcionais (diminuir o peso das pálpebras e ampliar o campo visual), na qual retira-se o excesso de pele, assim como bolsas de gordura inferiores sem cicatrizes aparentes.

Mas nem sempre tirar pele e bolsas resolve. Às vezes, faz-se necessário exatamente o contrário: dar

volume. Neste momento, o plástico ocular também deve dominar técnicas modernas para harmonização facial, utilizando seu conhecimento em preenchedores faciais e toxina botulínica.

Neste cenário, diversos produtos e aparelhos têm surgido para nos auxiliar no dia a dia, amenizando os efeitos do envelhecimento facial. Merece destaque o fato de que sempre devemos informar o paciente de que não temos o poder de reverter ou mesmo parar o Cronos natural do envelhecimento.

Então, como procedimentos ancilares, podemos citar o uso da toxina botulínica (para o tratamento das rugas dinâmicas da face), ácido hialurônico (para o tratamento das rugas estáticas e reposição de volume facial), os aparelhos de radiofrequência e os diferentes tipos de laser (para estimular o colágeno) que estão disponíveis em nosso mercado.

Benefícios do ácido hialurônico

A perda do volume facial é resultado do reposicionamento e redução da gordura no rosto, assim como do remodelamento ósseo, “murchando” as convexidades que dão a aparência jovial. Esse entendimento da perda do volume facial é fundamental para quebrar alguns paradigmas em relação aos procedimentos usados para rejuvenescimento facial. Hoje, o foco das técnicas é restaurar o contorno facial, dar volume e provocar o relaxamento muscular, assim como corrigir as áreas de sombra, incluindo a região das pálpebras e da órbita.

Existem diversos preenchedores faciais, dentre eles o mais próximo do “ideal” atualmente é o ácido hialurônico. O ácido hialurônico (AH) é um produto que naturalmente está presente em nosso organismo,

em diferentes órgãos e estruturas, inclusive na pele. É o responsável pelo volume, pela sustentação, pela hidratação e elasticidade da pele. Com o passar dos anos, ocorre a diminuição da concentração do AH na pele, contribuindo para o surgimento das rugas.

Quando confeccionado industrialmente, o AH possui ligações intercelulares mais estáveis (“crosslinking”) e pode durar até 18 meses. O ácido hialurônico é usado para preencher espaços entre as células e quando colocado nos sulcos do rosto dá volume a uma área deprimida, refletindo mais luminosidade no local tratado e, então, disfarçando olheiras e linhas de expressão. O AH é reabsorvível e biocompatível e, além disso, sua aplicação pode ser revertida com o uso da hialuronidase.

Seu uso está indicado para melhorar o viço da pele, suavizando as rugas e outras marcas da idade. Pode ser utilizado no contorno da face, dos lábios (contorno e volume), dos sulcos nasolabial e nasojugal (olheira), rugas faciais. Ainda serve para repor volume na face, mãos e algumas regiões corporais.

Como orientação aos colegas, é importante salientar o cuidado de não misturar diferentes tipos de produtos. Sempre perguntar ao paciente se ele(a) já fez alguma aplicação e, caso positivo, qual foi o produto utilizado e o local tratado. Com isso tentar não injetar o AH em uma área onde existe, por exemplo, um implante permanente, como é o caso do PMMA.

Como cada pessoa tem um organismo diferente do outro, a duração do resultado do preenchimento com o “MD Codes®” pode variar de 8 a 18 meses. Depois, é preciso uma avaliação para um novo preenchimento; afinal, nunca paramos de envelhecer... e ainda bem, não é? ✱



Rafael Magdaleno

Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina (EPM)/UNIFESP; Médico Voluntário do Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais EPM/UNIFESP; Professor Colaborador da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

Como eu trato a presbiopia e a anisometropia

Presbiopia refere-se à lenta, gradual e irreversível redução da amplitude de acomodação, relacionada clinicamente à perda da acuidade visual para perto, habitualmente com aparecimento entre os 38 e 50 anos, e pode estar associada ainda a astenopia.

Anisometropia é a diferença de refração entre os olhos, que clinicamente torna-se significativa a partir de valores $\geq 1D$ entre um ou ambos os meridianos principais do olho. Relaciona-se com aniseiconia (diferença entre tamanho de imagem formada na retina), anisoforia (diferença no efeito prismático induzido pelas lentes quando há deslocamento dos olhos em relação ao centro óptico das lentes - Figuras 1 e 2), diferença na acomodação entre ambos os olhos, e nas alterações de visão binocular. Neste último aspecto podemos encontrar nas anisometropias pacientes com: a - boa visão monocular e boa visão binocular, associados na maioria das vezes às

“

Teoricamente, na escolha do tipo de correção óptica frente a uma anisometropia, que a regra de Knapp pode ser o guia inicial para a prescrição, onde nas anisometropias axiais óculos devem ser a primeira escolha de correção

baixas anisometropias ($\leq 2D$); b - ambos os olhos têm boa AV, há visão binocular, mas a anisometropia é alta ($\geq 2D$), sendo estes os mais propensos a ter complicações nas prescrições ópticas em ato binocular; c - quando há boa visão monocular, mas não há visão binocular, sendo que nestes casos um olho enxerga para longe e o outro para perto; e, d - um olho é amblíope e não há visão binocular.

Antes de comentarmos as possibilidades de tratamento precisamos classificar os tipos de anisometropias relativos ao tipo de erro refrativo em: a - antimetropia (um olho é hipermetrope e o outro é míope); b - anisometropia hipermetrópica simples (um olho é emétrepe e o outro é hipermetrope); c - anisometropia miópica simples (um olho é emétrepe e o outro é míope); d - anisometropia astigmática simples (apenas um olho tem astigmatismo e o outro é emétrepe); e - anisometropia hipermetrópica composta (os dois olhos são hipermétropes);

f - anisometropia miópica composta (os dois olhos são míopes); e, g - anisometropia astigmática composta (ambos os olhos têm astigmatismo).

Devemos ainda levar em consideração que, teoricamente, na escolha do tipo de correção óptica frente a uma anisometropia, que a regra de Knapp pode ser o guia inicial para a prescrição, onde nas anisometropias axiais óculos devem ser a primeira escolha de correção e, nas anisometropias refrativas ou de índice, lentes de contato são as primeiras a ser consideradas.

Prescrições ópticas para presbítas anisométricas, mais comumente relacionadas às correções com óculos, podem acarretar cefaleia, astenopia, náuseas, visão borrada, diplopia, com conseqüente incapacidade de adaptação à correção óptica. Esta impossibilidade de utilização dos óculos está relacionada, especialmente, à anisoforia, decorrente da descentração óptica quando os usuários dos óculos utilizam a área de adição.

Possibilidades de tratamento

- Não prescrever correção óptica: um olho tem boa acuidade visual para longe e outro para perto, como pode se apresentar nas anisometropias miópicas simples. A mesma conduta pode ser tomada nas antimetropias, quando o olho com hipermetropia tiver baixo valor dióptrico e não causar baixa de acuidade visual para longe ou astenopia.

- Monovisão: com correção total de 1 olho para longe e permanecendo o olho mais míope para perto, com a não prescrição ou hipocorreção deste último para perto. Nestes casos, os melhores resultados se apresentam com a anisometropia de até 2D. A correção pode ser rea-

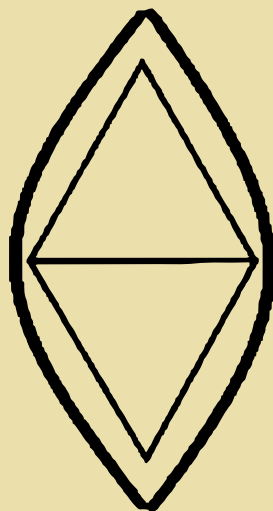


Figura 1: Efeito prismático com descentração em lentes convergentes

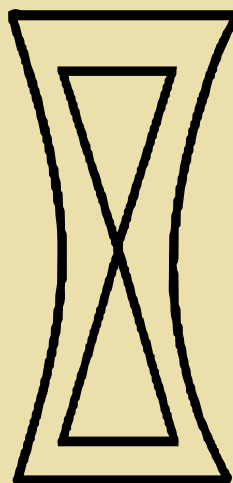


Figura 2: Efeito prismático com descentração em lentes divergentes

lizada através de óculos ou lentes de contato.

- Utilização de lentes de contato para longe e óculos com lentes monofocais para perto ou regressivas para perto e meia distância.

- Nas situações em que a correção com óculos é a principal estratégia para correção da visão de longe e perto pode-se escolher: a - óculos separados para longe e para perto (além das lentes regressivas); b - prescrição de lentes com prismas slab-off, que corrigem a anisoforia vertical e opticamente são a melhor solução para presbítas anisométricas que optarem pela utilização de lentes bifocais ou multifocais.

- Correção através dos procedimentos da óptica cirúrgica também podem ser consideradas pelos presbítas anisométricas quando corretamente indicadas pelo médico oftalmologista.

Referências bibliográficas

1. Borish IM. *Clinical Refraction*. St Louis: Butterworth-Heinemann Elsevier, 2006, Edição Eletrônica, Capítulos 1, 22 e 30.
2. Alves MR, Souza MB, Medeiros FW. Anisometropia 91-119. In: Alves MR, Polati M, Faria e Souza SJ. *Refratometria e a arte da prescrição médica*. 5 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2017.
3. Alves AA. Anisometropia 111-122. In: Alves AA. *Refratometria*. 6 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2014.
4. Souza SJF. Revisando as anisometropias. *Arq Bras Oftalmol*, São Paulo 2002;65(1):14-117. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492002000100023&lng=en&nrm=i>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492002000100023>.
5. Reisenger C. Four solutions for problematic presbyopes. *Review of Optometry* 2005;142:12. ✖

**Ricardo Morschbacher**

Professor Adjunto da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); Coordenador de Ensino do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre

Tumores palpebrais malignos mais frequentes: quando suspeitar?

Infelizmente, muitas lesões malignas palpebrais não são reconhecidas e diagnosticadas pelo oftalmologista, especialmente em seus estágios iniciais, quando o tratamento é bem menos complexo e muito mais efetivo. O Brasil, sendo um país tropical com grande exposição à luz solar, tem risco aumentado de sua população apresentar estas lesões, especialmente na face e região periocular, pela radiação ultravioleta cumulativa ao longo da vida. Como nossa expectativa de vida vem crescendo de forma constante, a prevalência destas neoplasias palpebrais está aumentando, principalmente entre pessoas de pele clara, com tipos de pele menos pigmentadas. Além disso, pessoas com história de carcinoma de face têm risco maior de apresentar um segundo carcinoma.

Um dos sinais mais clássicos de suspeita de lesão palpebral maligna

é a perda de cílios, conhecida como ptilose ou madarose. Embora não seja um sinal patognomônico de neoplasia maligna palpebral, sua presença é altamente sugestiva de malignidade. Também o crescimento indolor gradativo e contínuo é outra característica destas lesões, sendo a velocidade de crescimento dependente do tipo histológico. Outra característica comum de lesões malignas é a presença de vascularização atípica ou telangiectasias (vasos finos e tortuosos superficiais), especialmente nas bordas, que podem sangrar aos pequenos traumatismos. Sangramento é outro sinal importante de malignidade.

A mudança de aparência de uma lesão é um sinal altamente sugestivo. Nódulos podem crescer e ulcerar centralmente, gerando crostas e episdios de sangramento. Mudança do padrão de pigmentação, especialmente de lesões melanocíticas, é outro si-

nal de alerta, devendo-se nestes casos sempre pensar em melanoma. Em qualquer alteração de cor, tamanho, característica de superfície, consistência, forma e aspecto de pele vizinha de uma lesão palpebral melanocítica preexistente, deve-se suspeitar de malignização.

Áreas palpebrais de aspecto inflamatório, com destruição da arquitetura ou desfiguração estética da margem palpebral, muitas vezes simulando blefarite refratária ao tratamento clínico, devem entrar no diagnóstico diferencial de carcinomas, especialmente blefarites muito assimétricas ou confinadas a uma porção restrita da pálpebra. Toda lesão palpebral com aspecto friável, com fissuras ou descamativa não cicatrizante deve entrar no diagnóstico diferencial. A possibilidade de malignidade em pacientes com lesões palpebrais sem diagnóstico na presença de linfonodos aumentados em região



Carcinoma espinocelular:
fase inicial em canto lateral
da pálpebra superior



Carcinoma basocelular em
margem de pálpebra inferior



Carcinoma basocelular de
pálpebra inferior



Carcinoma basocelular em
pálpebra inferior



Carcinoma espinocelular:
fase inicial em canto lateral
da pálpebra superior



Carcinoma espinocelular:
fase inicial em canto lateral
da pálpebra superior

pré-auricular ou submandibular deve ser fortemente considerada.

O carcinoma basocelular (CBC) é a forma mais comum de neoplasia maligna existente, sendo o tumor maligno palpebral mais comum (90% a 95% de todos os tumores malignos palpebrais). Tem várias formas de apresentação, conforme seu tipo histológico. A mais comum é a forma nodular, surgindo a partir de nódulo que cresce centrifugamente, gerando uma úlcera central com “nódulos peroláceos” na periferia. O carcinoma basocelular nodular também pode ter uma forma de apresentação pigmentada, geralmente apresentando pigmentação de padrões diversos. Em outros subtipos de CBC temos a forma infiltrativa, com apresentação plana ou difusa, a forma morfeia ou esclerosante, onde células tumorais induzem proliferação fibroblástica (esclerose) na pele. A definição macroscópica de margens destes últimos

subtipos é impossível, o que aumenta a morbidade destas variantes.

O carcinoma espinocelular (CEC) inicia-se como uma mancha eritematosa levemente elevada com bordas irregulares ou nódulo espessado. Cerca da metade surge de ceratoses actínicas não tratadas. É uma neoplasia mais agressiva que o CBC, tendo risco maior de metástases. Evolui para uma lesão descamativa avermelhada, podendo se tornar crostosa, fissurada ou ulcerada. O diagnóstico diferencial com CBC é somente através de biópsia, pois clinicamente são indistinguíveis.

O grande simulador de patologias benignas de pálpebras é o carcinoma de glândulas sebáceas. Este carcinoma surge a partir de glândulas de Meibômio e Zeis (tarso e pele) e carúncula. É um tumor muito agressivo, podendo se apresentar como um nódulo firme mimetizando calázio, como um espessamento difuso do

tarso ou como lesões de margem mimetizando blefarite ou conjuntivite, especialmente quando se apresenta com disseminação superficial (forma pagetoide). Em toda ceratoconjuntivite, blefarite ou meibomite unilateral refratária ao tratamento deve-se suspeitar de carcinoma sebáceo.

Em lesões violáceas de aparecimento recente, isoladas ou multicêntricas em conjuntiva e pálpebra deve-se suspeitar de sarcoma de Kaposi, frequente em pacientes HIV positivos, podendo ser a manifestação inicial da doença. Sarcoma de Merkel, embora não frequente, deve ser considerado como diagnóstico diferencial de lesões violáceas/avermelhadas palpebrais.

Embora pareça óbvio, nunca é demais reforçar que o diagnóstico definitivo de qualquer lesão palpebral só é feito com biópsia e, suspeitando-se de malignidade, este procedimento é mandatório. ✖

ERNESTO DÍAZ, NOVO CEO ESSILOR LATAM



O espanhol Ernesto Díaz, ex-Vice Presidente Senior da Essilor Europa assume como CEO Essilor Latam em novo posicionamento da multinacional francesa. Díaz já assumiu o novo cargo e tem como base o escritório da Essilor Brasil que fica em Botafogo no Rio de Janeiro. Formado em Engenharia Industrial pela Universidade Politécnica de Madri e com pós-graduação em marketing pela IE Business School, também na capital espanhola, o engenheiro e especialista em marketing e vendas já tem um histórico de 16 anos na Essilor. Com uma carreira gerencial clássica, como ele mesmo define, Díaz começou como diretor comercial da Essilor Espanha em 2001; entre 2008 e 2010, foi diretor de desenvolvimento de negócios para a Europa da Essilor Internacional; de 2010 a 2012 atuou como vice-presidente de marketing e desenvolvimento de vendas da Essilor Europa. Entre 2012 e 2014, acumulou os cargos de diretor de marketing para a Essilor Espanha e vice-presidente de marketing e desenvolvimento de vendas para a Europa. Durante dois anos, de 2014 a 2016, foi vice-presidente sênior para a Irlanda, Espanha, Portugal e Países Nórdicos. Em 2016 tornou-se vice-presidente sênior para a Europa, e em janeiro de 2018 assumiu oficialmente o cargo de CEO Essilor Latam.

DESAFIOS. A partir da perspectiva do novo cargo, Ernesto Díaz afirmou que sua maior preocupação é com o alto índice de brasileiros com necessidade de prescrição de lentes oftálmicas, mas sem acesso a elas. “O meu desafio é, primeiro, a capacitação dos balconistas (das ópticas) para poder falar de inovação, de diferenciação etc. O problema que temos no Brasil, comparado com a Europa, é que a rotatividade [desses profissionais] é muito alta. Temos que ver com nossos parceiros como estabilizar [a mão-de-obra]. Ter uma visão a longo prazo faz a diferença. O segundo desafio é como desenvolver uma estrutura para o consumidor ter uma atenção maior para a importância da saúde visual. São essas duas coisas que temos que trabalhar. E para fazer isso nós temos que atuar lado a lado com CBO, SOBLEC etc. A história da Essilor é a proximidade. Nós estamos fazendo isso, com inovação, relacionamento e serviço”, declarou.



Tecnologia inovadora i.Scription

A ZEISS traz aos seus consumidores uma tecnologia inovadora para as lentes de óculos de grau. Por meio do Sistema Único de Refração, utilizando o equipamento i.Profiler no consultório oftalmológico e o i.Terminal na ótica, é possível dar origem às lentes com tecnologia i.Scription, de altíssima precisão. Esta tecnologia é única no mercado e proporciona ao paciente a medição exata das lentes de óculos. Caso a pessoa seja diagnosticada com -0.23 dioptrias de miopia, a receita dela será exatamente essa e não -0.25, como acontece normalmente. Durante a medição, é possível obter uma prescrição mais certa, que resulta em uma lente individualizada.

A medição exata para a produção da lente escolhida faz com que o consumidor tenha um processo de adaptação mais ágil. A tecnologia diminui ainda os efeitos colaterais comuns ao ajuste de novas lentes corretivas, como dores de cabeça e tontura e melhora a visão de cores, contraste e noturna. Ou seja, ao olhar diretamente para uma fonte de luz durante a noite, como os faróis dos carros, o paciente que usa lentes com a tecnologia i.Scription nota redução do ruído da imagem, maior brilho e nitidez.

COOPERVISION® ADQUIRE MAIS UMA EMPRESA: AGORA FOI A VEZ DA NORTE-AMERICANA PARAGON



CooperVision®

Dando continuidade à estratégia de crescimento e à consolidação do portfólio de lentes de contato mais completo do mundo, no início de 2018 a CooperVision® adquiriu a norte-americana Paragon, empresa líder no mercado de orto-ceratologia (lentes Ortho K). A aquisição expande ainda mais as alternativas da empresa ligadas ao controle da miopia, não apenas aumentando sua presença global, como também aprofundando e ampliando a forma pela qual a CooperVision® ajuda a melhorar a maneira como as pessoas enxergam a cada dia.



Croma Princess Volume Plus chega ao Brasil

A Croma-Pharma, empresa Austríaca especializada há mais de 40 anos na fabricação e comercialização de preenchedores a base de Ácido Hialurônico, acaba de apresentar ao mercado brasileiro mais um produto da família Princess: O Princess Volume Plus.

Com a finalidade de corrigir e restaurar substancialmente o volume facial, moldar os contornos do rosto, além de finalidades reconstrutivas, o Princess Volume Plus chegou para movimentar o segmento, trazendo ainda mais tecnologia e inovação para o promissor mercado de produtos destinados ao rejuvenescimento facial.

Disponível na versão com lidocaína, que proporciona um maior conforto ao paciente no momento da aplicação, o Princess Volume Plus tem como principal característica uma maior concentração de ácido hialurônico por ml (25mg/ml), o que permite uma volumização ainda mais significativa.

Com uma incidência mínima de edema, resultado de sua tecnologia diferenciada e do alto grau de pureza de sua formulação, o produto permite também a correção de rugas e pregas profundas, tendo sua aplicação na derme profunda, subcutânea ou supraperiosteal.

O Princess Volume Plus, além da linha completa de preenchedores Princess (Volume, Filler e Rich), podem ser adquiridos na Croma Pharma Brasil.

→ 0800 202 2262 | comercial@cromapharma.com | www.princess-filler.eu





Opto Hyalus Green Laser - agora com Fast Pulse!

O laser verde da Opto agora possui a função Fast Pulse. Com “duty-cycle” a partir de 5% e com cavidade de até 3W, o Opto Hyalus Green Laser se tornou ideal para Trabeculoplastia. Nos casos onde o paciente trabeculado possui boa pigmentação, a pressão ocular chega a diminuir 20% na grande maioria dos casos. A vantagem do uso do equipamento no procedimento é que ele não deixa marcas no paciente, não provoca nenhuma reação e pode ser repetido quantas vezes necessário. Não necessita o uso de colírio no pós e a avaliação é feita após 30 dias da realização do procedimento.

HOBASIL AMPLIA PROGRAMA DE ACESSO À SAÚDE OCULAR

O HOBrasil, grupo que reúne clínicas e hospitais oftalmológicos que são referência no País, expande seu programa de acesso à saúde ocular – já em prática no Hospital de Olhos Sadalla Amin Ghanem, em Joinville – para outras regiões do País. As unidades do Centro-oeste acabam de receber a iniciativa e as do Nordeste implantarão o projeto em maio. Em vigor no Sul desde 2015, o programa tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e permitir o acesso à saúde ocular de referência no País com a oferta de consultas, exames e cirurgias a preços acessíveis para a população de baixa renda e que não possui planos de saúde ou convênios. A seleção dos pacientes é feita de acordo com critérios socioeconômicos pré-definidos pelo grupo. Em Joinville, nos últimos dois anos, foram realizados mais de 7,5 mil atendimentos com esse modelo. No primeiro trimestre desse ano, o número saltou 240% em relação à 2017.



CHEGA AO BRASIL O IStent INJECT®

A Glaukos Brasil acaba de lançar o iStent inject®, inovando mais uma vez ao disponibilizar um sistema com 2 stents pré-carregados em um novo modelo de injetor.

O iStent inject® é mundialmente conhecido como o menor dispositivo médico existente para implante em humanos, sendo uma evolução para o tratamento cirúrgico do glaucoma leve a moderado – o menor MIGS (Micro-Invasive Glaucoma Surgery) aprovado pelo FDA e ANVISA.

Ele foi pesquisado e desenhado para restaurar a capacidade do olho em drenar o humor aquoso através da via natural e fisiológica, que é a via trabecular – a via preferencial para a escolha MIGS. Além de reduzir a pressão intraocular para níveis considerados mais seguros, o iStent inject® pode reduzir o protagonismo do paciente quanto à aderência ao tratamento, ao reduzir ou eliminar a necessidade do uso de colírios. Está indicado para redução da PIO em pacientes adultos com glaucoma primário de ângulo aberto leve a moderado, que estejam sob tratamento com medicações hipotensoras oculares, podendo ser implantado num procedimento isolado ou combinado com a cirurgia de catarata. Tratam-se de 2 stents de titânio revestidos com heparina, pré-carregados em um injetor estéril de uso único para procedimento ab interno, sem necessidade de uso da conjuntiva, o que lhe confere um excelente perfil de segurança.

ACUVUE OASYS e Transitions Light Intelligent Technology

Em recente parceria, a Transitions Optical e Johnson&Johnson Vision anunciaram uma revolucionária inovação das Lentes de Contato ACUVUE OASYS com Transitions Light Intelligent Technology. Agora os usuários de lentes de contato poderão se beneficiar da tecnologia fotosensível? que se ajustam automaticamente do claro ao escuro.

Desta maneira, o ACUVUE OASYS e Transitions criam uma nova categoria de lentes de contato, e expandem a tecnologia fotossensível, além das lentes oftálmicas.

Segundo Chrystel Barranger, presidente da Esilor Photochromics e da Transitions Optical, esta tecnologia revolucionará as lentes de contato e a fotocromia, introduzindo os benefícios da adaptação à luz para mais pacientes. “A Transitions Optical é líder em tecnologia de gerenciamento de luz há mais de 28 anos. Temos uma história de inovações de produtos desde as primeiras lentes fotocromicas plásticas de sucesso, até lentes com polarização variável. Nosso foco sempre foi o uso da inovação para abrir novos caminhos e aumentar a categoria fotocromica”, diz. A medição exata para a produção da lente escolhida faz com que o consumidor tenha um processo de adaptação mais ágil. A tecnologia diminui ainda os efeitos colaterais comuns ao ajuste de novas lentes corretivas, como dores de cabeça e tontura e melhora a visão de cores, contraste e noturna. Ou seja, ao olhar diretamente para uma fonte de luz durante a noite, como os faróis dos carros, o paciente que usa lentes com a tecnologia i.Scription nota redução do ruído da imagem, maior brilho e nitidez.

Johnson & Johnson VISION

LENTES PERSONALIZADAS? VOCÊ CONHECE?

MAPEADORES TOPOGRÁFICOS EM 3D CONTROLAM A FABRICAÇÃO DE LENTES, REDUZINDO ABERRAÇÕES PERIFÉRICAS.



A tecnologia Wavefront (Frente de onda) é uma nova tecnologia na cirurgia refrativa, que pode ser utilizada tanto nas cirurgias de LASIK, PRK ou LASEK. Através de um sensor, chamado aberrômetro, é possível analisar o caminho e a forma dos raios de luz que passam através das várias estruturas do globo ocular.

3D
Lentes Progressivas PERSONALIZADAS

Lentes personalizadas levam em consideração vários parâmetros da forma do paciente olhar, individualizando os valores das necessidades visuais. Não haverá dois pacientes com o mesmo projeto de lentes, quando produzidas com tecnologia de individualização.

As lentes 3D personalizadas diminuem as aberrações laterais e reduzem distorções dos campos visuais, dando uma sensação de equilíbrio ao olho.



SÍRIA, ANTES DA GUERRA

Flávio Mendes Bitelman

É um murro no estômago ver essas imagens e perceber como um país que era tão apaixonante mudou tanto. Damasco já não é o que era, Aleppo desmoronou-se, e milhares de vidas perderam-se na guerra, que se arrasta sem fim à vista.

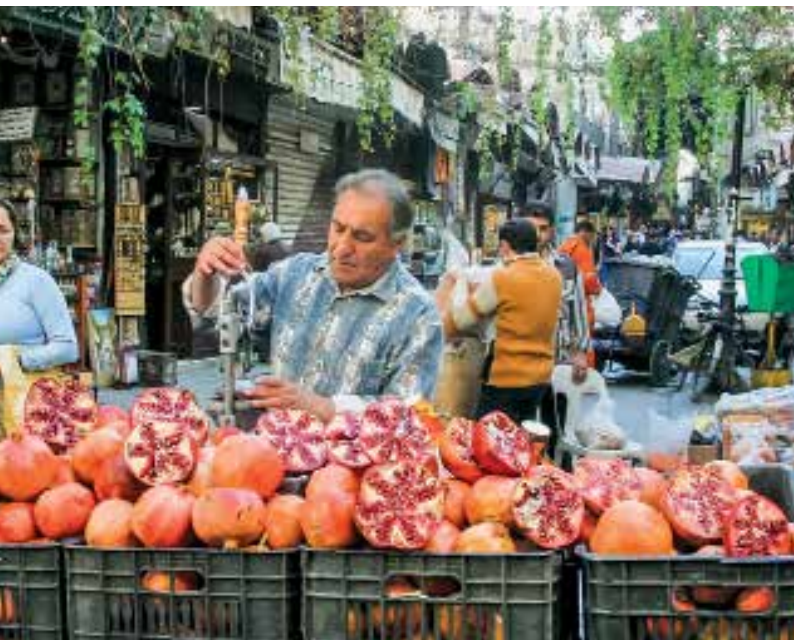
A Síria era, para os turistas, um lugar onde a hospitalidade do povo e a riqueza da história se sobrepunham à presença de um governo carrancudo e repressivo.

Aleppo, a maior cidade da Síria, é também uma das mais antigas cidades do mundo, e existem indícios de foi habitada desde o III ou IV século antes de Cristo. Em 2010, quando estive lá, era uma cidade cosmopolita, com mais de dois milhões de habitantes, também reco-

nhecida como Patrimônio da Humanidade da Unesco, as mesquitas e igrejas da cidade eram pontos turísticos de grande interesse.

Já chegar a Damasco era uma imersão na história humana: no centro da cidade, em um mesmo campo de visão, era possível admirar o Templo de Júpiter (levantado pelo Império Romano), a mesquita Omíada, o túmulo de Saladino e o bazar Al-Hamidiyah, onde negociantes vendiam seus tecidos e especiarias há séculos.

Se antes um berço de hospitalidade, hoje a Síria é um lugar proibido, tanto para turistas como para muitos de seus nativos. E a guerra não poupou quase ninguém, infelizmente. ✖



O que? 12º Simpósio Internacional de Glaucoma da unicamp

Quando? Dias 13 e 14 de abril de 2018

Onde? São Paulo, SP

12º Simpósio Internacional de Glaucoma da UNICAMP

O evento de celebração dos 25 anos de Fellowship de Glaucoma da UNICAMP reuniu em São Paulo cerca de 650 oftalmologistas

Nos dias 13 e 14 de abril de 2018 foi realizado no Hotel Maksoud Plaza em São Paulo o 12º Simpósio Internacional de Glaucoma da UNICAMP, organizado por Vital Paulino Costa, chefe do setor de Glaucoma da Universidade de Campinas - UNICAMP.

A edição deste ano, procurou atualizar o conhecimento do oftalmologista geral sobre o glaucoma. E segundo Vital Paulino Costa, muitos médicos aproveitaram a oportunidade para se atualizar e melhorar o diagnóstico do glaucoma em seus pacientes.

Realizado a cada dois anos, a programação científica do evento estava repleta de novidades: conhecimentos importantes e práticos, como na sessão dedicada aos MIGs (Minimally Invasive Glaucoma Surgery), novas modalidades no tratamento cirúrgico do glaucoma, como combinações triplas; avanços em exames de imagem como perimetria computadorizada, OCT e glaucoma suspeito. "Além de claro, o uso da inteligência artificial na oftalmologia, que é um assunto muito discutido ultimamente", diz.

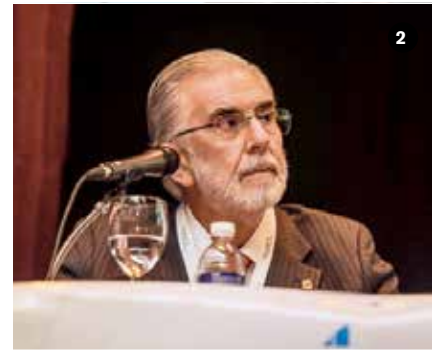
Cerca de 650 médicos especialistas, de diversas localidades do Brasil, estiveram presentes e puderam assistir a aulas de mais de 60 renomados glaucomatólogos brasileiros e cinco convidados internacionais de altíssimo nível, discutindo o que existe de mais novo no diagnóstico e o tratamento do glaucoma no mundo.

Com auditórios lotados e uma plateia vidrada na programação, o simpósio proporcionou muita interatividade e discussão científica. Veja quem esteve presente.



1

Fotos: Silmara Cluffa



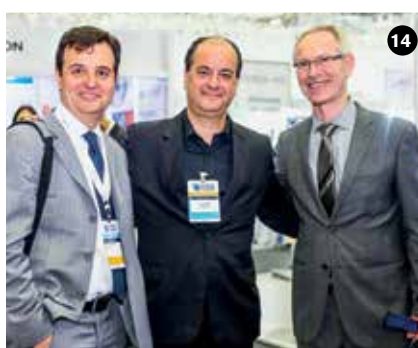
2



3



4



- 1 Marcelo Hatanaka;
- 2 Paulo Augusto de Arruda Mello;
- 3 e 4 Aulas científicas;
- 5 Paulo Augusto de Arruda Mello; e Camila Zangalli;
- 6 Roberto Murad Vessani e Wilma Lelis Barboza;
- 7 José Álvaro Pereira Gomes;
- 8 Camila Zangalli;
- 9 Wilma Lelis Barboza;
- 10 Jayme R. Vianna;
- 11 Equipe Apramed;
- 12 Ivan Maynard;
- 13 Christiane Rolim de Moura;
- 14 Cristiano Caixeta Umbelino, Luis Lopes; (Allergan) e Rogério Torres;
- 15 Equipe Latinofarma;
- 16 Equipe União Química.



17



18



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30

17 Vital Paulino Costa;
 18 Carlos Puglia, Ivan Maynard, Marcelo Carletti e Omar Assae (Ofta Vision Health);
 19 Paulo Augusto de Arruda Mello, Rogério Torres e Lucas Torres;
 20 Equipe Adapt;
 21 Anastasios G. P. Konstas, Fernanda Cruz e Fred Veloso (Mundipharma);
 22 Equipe Alcon/Novartis;
 23 Ivan Maynard e Ralph Cohen;
 24 Riuitiro Yamane e Rogério Torres;
 25 Vital Paulino Costa e os fellows de Glaucoma da Unicamp;
 26 Cristiano Caixeta Umbelino;
 27 Laura Duprat e Luis Lopes (Allergan);
 28 Márcia Escudeiro (TechnicalI);
 29 plateia;
 30 Niro Kasahara e Emilio Rintaro Suzuki.

2018

maio e junho

maio



→ 16 a 19 de maio
XVIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE CATARATA E CIRURGIA REFRACTIVA
LOCAL: Transamérica Expo Center São Paulo/SP
SITE: www.brascrs2018.com.br

junho



→ 16 a 20 de junho
WORLD OPHTHALMOLOGY CONGRESS - WOC 2018
LOCAL: Barcelona, Espanha
SITE: www.icoph.org



→ 20 a 23 de junho
25º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ATUALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
LOCAL: A Hebraica – São Paulo/SP
SITE: www.santacasasimposio.com.br



→ 20 a 23 de junho
XVIII CONGRESSO DA SOCIEDADE CAIPIRA DE OFTALMOLOGIA
LOCAL: São José do Rio Preto, São Paulo/SP
SITE: www.sistemacenacon.com.br/site/caipira2018



→ 28 a 30 de junho
XIV CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA E 43º CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE OFTALMOLOGIA
LOCAL: Curitiba/PR
SITE: www.sistemacenacon.com.br/site/sulbrasileirooftalmologia2018/informacoes-gerais



→ 28 a 30 de junho
XX CONGRESSO INTERNACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA SERÁ REALIZADO
LOCAL: Windsor Barra Hotel – Rio de Janeiro/RJ
SITE: www.sbo2018.com.br



CooperVision
 Tel. 0800 600 9097
 2ª capa



3D soluções tecnológicas
 Lentes personalizadas

3D Precision
 Tel. (11) 3333 5858
 Página 49



LOOK Vision
 Soluções inteligentes para a saúde

Look Vision
 Tel. (11) 5565 4233
 Página 23



CBO 2018 62º CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
Congresso CBO
www.cbo2018.com.br
 Página 13



Croma
 For creators of beauty.
Croma Pharma Brasil
 Tel. 0800 202 2262
 Página 9



ofta
 Vision Health
Ofta
 Tel. 0800 500 600
 Página 29



Quantel Medical
 Tel. +33 (0)4 73 745 745
 Página 47



Unicos
 Tel. (11) 97405 2558
 Página 17