

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

DEZEMBRO 2012 | ano X | nº 68 | Jobson Brasil universovisual.com.br

Rompendo barreiras

Mudanças nos procedimentos oftalmológicos trouxeram uma nova realidade à especialidade.

Hoje, assistimos a confluência de ramos da oftalmologia que passam a ser exercidos pelo mesmo profissional que, até alguns anos, tinha abrangência de atuação reconhecidamente menor. Afinal, quem é o novo cirurgião oftalmológico?

R\$ 9,90



A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

REVIEW
of Ophthalmology

CONSELHO EDITORIAL 2012

Publisher & Editor
Flavio Mendes Bitelman

Editora Executiva
Marina Almeida

Editor Clínico
Homero Gusmão de Almeida

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
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
Bruno Fontes
Paulo Augusto Mello Filho
Pedro Carlos Carricondo
Ricardo Holzchuh
Silvane Bigulin

 **JOBSON** BRASIL

Publisher e editor Flavio Mendes Bitelman

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

Edição 68 - Dezembro 2012

Editora Marina Almeida
Diretora de arte Ana Luiza Vilela
Gerentes comerciais e de marketing Debora Alves e Nara Monteiro
Gerente administrativa Juliana Vasconcelos

Colaboradores desta edição: Brunno Dantas, Clóvis de Freitas, Fernando Oréfice, Giambattista Coscarelli, Juliana Lambert Oréfice e Letícia Stieven (artigo); Adriana do Amaral, Christye Cantero, José Vital Monteiro, e Raphael Cavaco (texto); Antônio Palma (revisão) e Regina Vicari (tradução).

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.

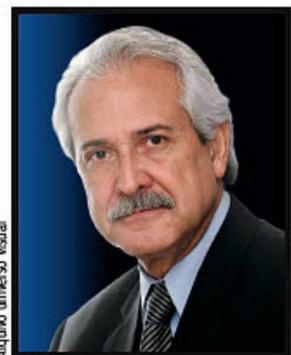
Nenhuma parte desta edição pode ser reproduzida sem a autorização da Jobson Brasil.

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.

A Jobson Brasil Ltda. edita as revistas View, Universo Visual e Host & Travel.

editoriais

Não cuidamos de um par de olhos...



Arquivo Universo Visual

As entrevistas na seção de Gestão abordam um tema de suma importância para o trabalho médico: o relacionamento médico-paciente, esquecido e muitas vezes devastado pelo tsunami de avanços tecnológicos que invadiu nossos consultórios.

A formação médica nos últimos tempos é fundamentalmente voltada ao conhecimento técnico de anatomia, fisiologia, patologia, terapêutica, dedicando pouca importância à história do paciente, ao apoio moral e

psicológico. Mas devemos ter em mente que cuidamos de um indivíduo e não de um par de olhos.

A relação médico-paciente é constituída de processos psicossociais complexos, regulados finamente entre estes dois atores, uma relação que tanto o médico como o paciente influenciam um ao outro mutuamente. Há quem diga que a medicina necessitaria recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente que foram assumidos indevidamente pela psicanálise. Não precisamos exagerar, mas se faz necessário sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pelo tratamento da doença.

É muito importante que saibamos ouvir o que o paciente tem a nos dizer: é ele quem mais conhece seus sintomas e está tentando nos contar o diagnóstico!

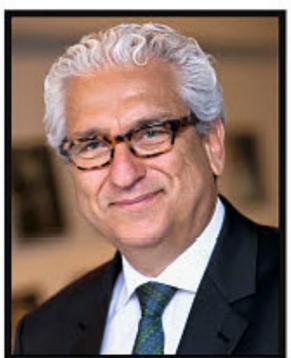
Outro aspecto muito importante, mesmo para os médicos que não dão tanta importância a uma maior aproximação com o paciente, é que um relacionamento médico-paciente adequado é a melhor prevenção para ações judiciais.

Desejo a todos os colegas e leitores um Feliz Natal e um Ano Novo repleto de bons relacionamentos.

Forte abraço,

Homero Gusmão de Almeida *Editor Clínico*

Metamorfose



Pensar o ano em números de revistas parece loucura, mas é assim que fazemos na Jobson Brasil. Passamos meses transformando boas idéias, em matérias, reportagens e entrevistas. A cada edição, temos a oportunidade de acompanhar ao desenvolvimento invejável da oftalmologia brasileira. Lógico que sem a ajuda de vocês isso não seria possível. Sem essa parceria a Universo Visual não seria o que é hoje.

Por isso temos bons motivos para comemorar. Assistimos de perto ao desenvolvimento científico, tecnológico, político e social que não fica atrás de nenhum país e que qualifica nossos especialistas como profissionais de altíssimo nível.

A matéria de capa desta edição mostra bem isso. Levantamos a questão do quanto as mudanças na especialidade trouxeram uma nova realidade ao cirurgião. Hoje assistimos a confluência de procedimentos e ramos da oftalmologia que passam a ser exercidos pelo mesmo profissional que, até alguns anos atrás, tinha abrangência de atuação reconhecidamente menor. Sendo que essa é só mais uma das tendências que vem modificando importante parte da especialidade e se manifesta transformando a oftalmologia de uma maneira geral.

Um ano maravilhoso para todos nós. Boas festas!

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

Sumário

Edição 68 Dezembro 2012

08 Entrevista

Criador do Mutirão Diabético de Itabuna conta a história da campanha

12 Capa

Mudanças na oftalmologia? Saiba mais sobre a confluência de procedimentos que passaram a ser exercidos pelo mesmo profissional

18 Em pauta

Com o apoio da classe médica, campanha nacional incentiva a adoção de hábitos saudáveis

22 Inovação

Pesquisa inédita demonstra que é possível tratar complicações da DMRI

26 Gestão

Como resgatar a boa e velha relação médico-paciente?

30 Lentes esclerais

Lente escleral de curva reversa

32 Uveítes

Vitrectomia diagnóstica nas uveítes

36 Olho seco

O diagnóstico do olho seco detectado por números

42 Notícias e produtos

48 Agenda

49 Dicas da redação

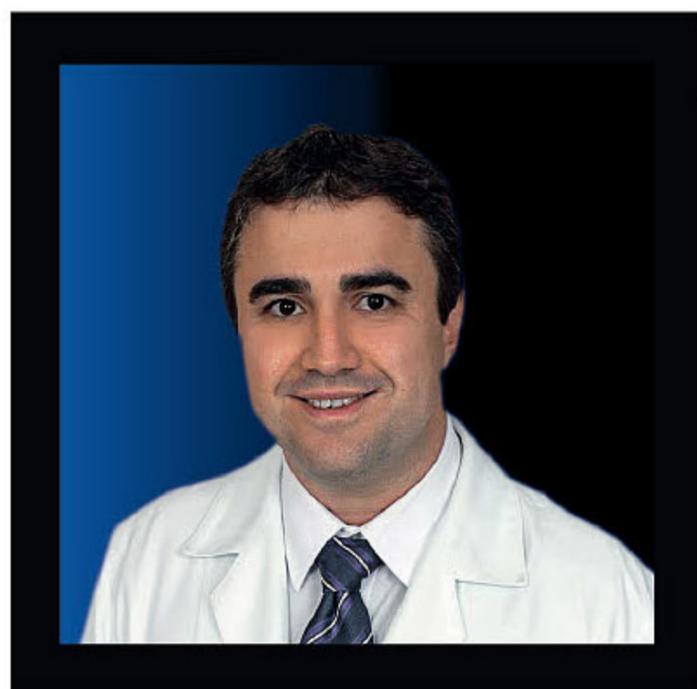
Tudo azul

O oftalmologista Rafael Andrade conta a história do Mutirão Diabético de Itabuna (BA), campanha que hoje atrai milhares de pessoas e colore a cidade de azul

José Vital Monteiro

Foram mais de 14 mil atendimentos entre procedimentos médicos, ações educativas e de prevenção, dos quais destacam-se dois mil mapeamentos de retina sob dilatação pupilar, avaliação de pé diabético (neuropatia sensitiva distal) e avaliação nefrológica de centenas de portadores de diabetes.

Estes foram alguns resultados do 8º Mutirão do Diabético de Itabuna (BA) que, em 10 de novembro, reuniu milhares de pessoas e mais de 800 voluntários numa grande festa cívica em que atividades médicas, lúdicas e culturais aconteceram lado a lado. Nas noites anteriores ao mutirão, dezenas de pontos de referência, casas comerciais e residências da cidade foram iluminadas com luzes azuis, cor símbolo da prevenção do diabetes. Nas semanas anteriores e no próprio dia, milhares de pessoas andavam pelas ruas e praças de Itabuna com camisetas estampadas com círculo azul, símbolo gráfico internacional do combate à doença. Essas e outras atividades foram noticiadas com destaque pela mídia em todo país, notadamente nas regiões Norte e Nordeste. Não há mais dúvidas de que Itabuna realiza a maior campanha de prevenção e de educação a respeito de diabetes do continente e uma das maiores do mundo, aproveitando o Dia Internacional de Combate ao Diabetes (14 de novembro). Por trás de toda esta engrenagem está o médico oftalmologista Rafael Ernane Almeida Andrade, casado, pai do garoto Gabriel (de dois anos de idade), formado pela Universidade Federal da Bahia em 1997, com doutorado em Ciências Visuais pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), diretor do Centro Avançado de Retina e Vítreo do Hospital de Olhos Beira Rio, de Itabuna e coordenador do Mutirão do Diabético que, nesta entrevista, fala um pouco da iniciativa e de sua história.



Arquivo pessoal

Rafael Andrade

Revista Universo Visual - Como surgiu o Mutirão do Diabetes de Itabuna?

Rafael Ernane Almeida Andrade - O projeto do Mutirão do Olho Diabético, promovido pelo Departamento de Oftalmologia da UNIFESP e coordenado por Paulo Henrique Morales, é uma realidade no Brasil há mais de 14 anos. Quando estive na Universidade, participei de inúmeros desses mutirões e, quando retornei a Itabuna, em 2004, vim com o desejo de realizar algo semelhante. Com o apoio do Hospital de Olhos Beira-Rio, em parceria com a Associação dos Diabéticos de Itabuna (ASDITA), realizamos no mesmo ano nosso primeiro Mutirão do Olho Diabético, que vem sendo repetido anualmente desde então, com exceção de 2008, sempre no sábado da semana do Dia Mundial do Diabético.

UV - Trace um pequeno histórico da evolução da iniciativa?

Andrade - Em 2004, em nosso primeiro projeto, treinei



Ao lado, Av. Beira Rio iluminada com a luz azul. Abaixo, bolas azuis enfeitam a cidade para receber o Mutirão



Fotos: Divulgação



toda a equipe de funcionários do Hospital de Olhos Beira-Rio, na época com cerca de 50 profissionais, convidamos alguns amigos retinólogos da UNIFESP que tinham experiência em atender em mutirões e atendemos 200 diabéticos, com realização do exame do fundo de olho e laser para os pacientes com retinopatia diabética grave. No ano seguinte repetimos a experiência, já com o envolvimento mais forte da ASDITA e do Lions, e então atendemos cerca de 600 pacientes. Em 2006, convidamos especialistas em exame do Pé Diabético e, com isto, desenvolvemos um modelo do exame associado ao exame do fundo de olho.

Já em 2007, incorporamos o serviço local de Nefrologia, e desde então passamos a examinar mais de 1.200 pacientes no dia, com exames oculares, do pé, encaminhando os que necessitavam para procedimentos com laser para tratar doenças da retina e para realização de exames bioquímicos para verificar a função renal e hipertensão. Nesta hora houve uma mudança radical

na nossa forma de agir, pois observamos que com a união das especialidades nossa capacidade de ação aumentou muito e passamos a salvar vidas, além da visão. Incrementamos também a parte educativa com o apoio da ASDITA. Em 2008, o Mutirão não aconteceu devido meu casamento, mas no ano seguinte examinamos mais de 1.500 pacientes na parte médica e tivemos maior apoio da Prefeitura de Itabuna e de empresas. Neste mesmo ano, passamos a fazer parte da Campanha Internacional liderada pela International Diabetes Federation (IDF) e, no Brasil, pela Federação Nacional das Entidades e Associações de Diabéticos (FENAD), realizando uma feira de saúde com vários serviços educativos (pressão arterial, nutrição, psicologia, direitos dos diabéticos, oficina do pé diabético, como usar insulina, educação física etc).

Conjuntamente, realizamos campanha de detecção de novos casos com exame de glicemia capilar e pressão arterial. E desde 2009, realizamos a campanha da



Voluntários realizam exame oftalmológico em pacientes

Luz Azul, apadrinhada pela ONU, na qual iluminamos de azul vários pontos de referência de Itabuna, como praças, pontes, igrejas, hospitais, estabelecimentos comerciais e casas particulares. Também montamos o site oficial do Mutirão do Diabético e começamos a investir nas redes sociais. Mas foi em 2010 que a ousadia do projeto tomou maior proporção com o apoio da TV Cabralia / Rede Record News e fizemos o maior mutirão da história, transmitido para todo o Nordeste Brasileiro e campanhas de esclarecimento durante semanas, com a participação de artistas e jornalistas. Desde então, a iniciativa se consolidou e só vem crescendo em tamanho e importância.

UV - O mutirão recebe apoio oficial?

Andrade - Nos primeiros anos tínhamos apoio discreto, mas com o crescimento do evento e da mobilização social, vem se tornando maior. O evento recebeu várias moções de congratulação, entre as quais as da Câmara Municipal de Itabuna e da Assembléia Legislativa do Estado da Bahia, onde tramita projeto para garantir o acesso do diabético ao exame de mapeamento de retina e ao tratamento. Em 2012, contamos com a participação de uma comitiva do Governo do Estado da Bahia e também do senador Walter Pinheiro (PT/BA). É importante ressaltar também que temos grande apoio de empresas como a Bahiagás, Novartis, Banco Santander, Unimed, Cuidare, Delfi, Óticas Teixeira, entre outras. E não podemos esquecer a participação da TV Cabralia / Record News, que possibilita a uma campanha de saúde de uma cidade do interior do Nordeste brasileiro seja transmitida para todo o País.

PARA SABER MAIS ACESSE:

Site Oficial:

→ www.mutiraododiabetico.com.br

Fotos e filmes:

→ www.flickr.com/photos/mutiraoitabuna

→ www.facebook.com/photos.php?id=100000414386026

→ www.youtube.com/user/rafaelernane?feature=mhum

→ www.youtube.com/watch?v=fpNDjGnyC7M&feature=share&list=UUUPf7BFLiOjQKSWz_Mwr24g

→ www.youtube.com/watch?v=7ajyidaMink&feature=em-share_video_in_list_user&list=UUUPf7BFLiOjQKSWz_Mwr24g

→ www.youtube.com/watch?v=7ajyidaMink&list=UUUPf7BFLiOjQKSWz_Mwr24g&index=1&feature=plcp

PERSONALIZAMOS PRODUTOS COM SUA LOGOMARCA

A MELHOR SOLUÇÃO PARA FIDELIZAR
SEUS CLIENTES!

UV - Para o Hospital de Olhos Beira Rio, a iniciativa é positiva ou apenas traz prejuízos?

Andrade - É difícil fugir do clichê, mas a instituição acreditou neste sonho desde o início e deu todo subsídio necessário para sua realização e crescimento exponencial. Para o hospital, é um orgulho enorme ter seu serviço oftalmológico liderando toda esta mobilização, sendo o símbolo central de toda a campanha. O que o hospital ganha em termos de responsabilidade social e respaldo dentro da sociedade é extraordinário, hoje provavelmente deve ser um dos serviços mais importantes na parte social do Estado em todas as áreas.

UV - E para você, a iniciativa traz quais benefícios e malefícios?

Andrade - O Mutirão do Diabético me traz muitas alegrias e orgulho, apesar de ser um trabalho extenuante de meses a fio que exige grande dedicação. Posso dizer, enfaticamente, que ver o desenvolvimento deste projeto que começou atendendo 200 pacientes e hoje tem envergadura e capacidade de mudar a vida de milhares de pessoas é, para mim, emoção e satisfação extraordinárias que me fizeram amadurecer como médico e, principalmente, como Ser Humano. Mais uma vez, caindo no clichê, digo que quanto mais longe chegamos, maior é a vontade de fazer mais.

UV - Você encorajaria seus colegas a fazerem algo semelhante? Que condições são necessárias?

Andrade - Claro que encorajo. Se nós, no interior do Nordeste, em uma cidade com cenário difícil, que já foi considerada uma das capitais da dengue no Brasil, conseguimos fazer, acredito que os colegas deveriam tomar iniciativas semelhantes, não só relacionadas com diabetes, mas para o combate de várias outras doenças que tiram a dignidade e a saúde das pessoas. No caso do Mutirão do Diabético de Itabuna, precisamos de estrutura oftalmológica mínima, composta por oftalmoscópios indiretos, laser e especialistas em retina. O mais difícil, entretanto, é montar uma equipe de voluntários motivados, obter a mobilização dos vários segmentos da sociedade organizada e buscar apoio das outras especialidades para ação conjunta. No nosso caso, também foi importante integrar o evento à Campanha do Dia Mundial do Diabetes, coordenada pela IDF, que permitiu a troca de informações e experiências com iniciativas semelhantes de todo o mundo. Dá trabalho, mas vale a pena, é o máximo que posso dizer aos que pretendem fazer algo semelhante. ■



Porta Estojo
Lockit
CONVENIENCE



Porta Estojo
Pocket
ADVANCE

MÍNIMO
DE
100
PEÇAS



Porta Estojo
Pocket TOP LINE



Embalagem
Saco TNT



Estojos
Single Clear[®]

LANÇAMENTO

MÍNIMO
DE
300
PEÇAS



Protetor Ocular
PROFISSIONAL SS1

MÍNIMO
DE
100
PEÇAS



Protetor Ocular
FASHION SS2

Estojos com:
nanoxClean[®]
Antimicrobial Protection

CENTRAL DE ATENDIMENTO
(11) 5565-4233/5677-0057

► Consulte outros modelos no site
www.lookvision.com.br

Rompendo barreiras

Mudanças na especialidade trouxeram uma nova realidade ao cirurgião. Hoje assistimos a confluência de procedimentos e ramos da oftalmologia que passam a ser exercidos pelo mesmo profissional que, até alguns anos atrás, tinha abrangência de atuação reconhecidamente menor. Como é essa tendência que está transformando importante parte da especialidade e se manifesta no rompimento das barreiras e separam as várias subespecialidades da oftalmologia?

José Vital Monteiro

Nos congressos, a piada já se tornou usual: ao criticar o que consideram a superespecialização exagerada, provocada pelo avanço da ciência e do conhecimento, o expositor prevê que em futuro próximo surgirá o profissional médico oftalmologista do olho direito, incapaz de fazer as mesmas coisas ou utilizar-se dos mesmos aparelhos que seu colega profissional médico oftalmologista do olho esquerdo.

Entretanto, contrariando a anedota, assiste-se a confluência de procedimentos e ramos da oftalmologia que passam a ser exercidos pelo mesmo profissional que, até alguns anos, tinha abrangência de atuação reconhecidamente menor. Trocando em miúdos: tem cada vez mais gente operando catarata e refrativa, retina e uveítes, vias lacrimais, plástica e córnea... e nos dois olhos.

Tal tendência não significa, necessariamente, a retomada à oftalmologia generalista que teria existido em algum lugar do passado. Aparentemente, é o próprio avanço da ciência e das novas condições sociais e econômicas da prática da oftalmologia que provocam as mudanças que, por sua vez, levam os cirurgiões a dominarem conjuntos de procedimentos que eram realizados separadamente até há pouco.

De acordo com o Professor Adjunto Livre-Docente e vice-chefe do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Paulo Schor, a especialidade passa por um momento de reavaliação de suas divisões internas e operacionais, provocado pelo próprio desenvolvimento da ciência e da prática oftalmológicas. Cita como exemplo o caso da cirurgia de catarata que atualmente, por conta do surgimento das lentes intraoculares premium e de outros aperfeiçoamentos técnicos e científicos, aproxima-se da cirurgia refrativa, e os dois tipos de procedimentos passam a ser feitos pelo mesmo profissional. “As exigências de determinada parcela da sociedade, cada vez maior, vão no sentido de que a cirurgia de catarata não seja apenas a retirada do cristalino opacificado e sua substituição por um lente intraocular, mas que o resultado da cirurgia seja a eliminação ou a redução da necessidade do uso dos óculos, isto é, que a cirurgia tenha finalidades refrativas. O mesmo processo de aproximação e de aumento de áreas de atividades comuns podem ser percebidas em outras áreas da of-

talmologia, como nas vias lacrimais, plástica, órbita ou retina e uveítes”, declara Schor.

O oftalmologista esclarece, entretanto, que tal tendência não implica na absorção de alguma subespecialidade por outra, mas sim no redimensionamento das fronteiras entre as diferentes áreas da prática cirúrgica oftalmológica.

Seu colega André Maia, chefe do Setor de Retina da mesma UNIFESP, concorda que está havendo certa convergência das ações cirúrgicas em oftalmologia e, na sua visão, as condições para o advento deste processo surgiram há menos de duas décadas com o surgimento quase que simultâneo da cirurgia de catarata por facoemulsificação, da cirurgia de retina com vitrectomia de melhor qualidade e da cirurgia refrativa com excimer laser.

Para Maia, a evolução da tecnologia e das necessidades sociais fizeram com que os médicos que, inicialmente se dedicavam a apenas um dos grandes campos da oftalmologia cirúrgica, passassem também a atuar em outros campos.

CIRURGIÃO POLIVALENTE?

“Hoje, vejo que cirurgiões, isto é, médicos que têm predisposição física, intelectual, de personalidade e de habilidade manual para a cirurgia oftalmológica, com plenas condições para operar catarata, retina, glaucoma e até refrativa”, afirma Maia. Ele explica que muitas vezes o cirurgião com formação em segmento anterior (catarata e refrativa) não se aventura na retina, mesmo que tenha a habilidade necessária. Já o cirurgião de retina tem a necessidade, em seu dia a dia, de realizar cirurgia de catarata e, eventualmente, cirurgia de glaucoma, mas não tem necessidade de fazer cirurgia refrativa, procedimento que tem objetivos diversos. “O que parece estar acontecendo é que, quando se entra na cirurgia, os limites e fronteiras estão ficando cada vez mais borrados e não são tão nítidos como quando se fala da parte clínica. O paciente, a sociedade e todas as condições para o exercício da medicina que conhecemos exigem, por exemplo, que o cirurgião de retina possa resolver também problemas de glaucoma, de catarata e de uveítes, que o cirurgião que faz catarata tenha a capacidade de fazer cirurgia refrativa e vice-versa. Estamos assistindo a consolidação de uma geração com capacidade de atuar nessas várias áreas ou pelo menos em mais de uma delas”, avalia.



ANDRÉ MAIA: “O que parece estar acontecendo é que, quando se entra na cirurgia, os limites e fronteiras estão ficando cada vez mais borrados e não são tão nítidos como quando se fala da parte clínica.”



MILTON YOGI: “As necessidades do paciente que provocam as mudanças na prática oftalmológica e, conseqüentemente, no próprio ensino da especialidade.”



PAULO SCHOR: “A convergência exigida pelo mercado e facilitada pela tecnologia, tem lugar na Universidade que, vem se adaptando para colocá-la em prática nas subespecialidades.”



ELIANA FORNO: “Em todas as áreas da medicina a tensão entre a “superespecialização” e a abrangência está presente, já que o conhecimento evolui com muita rapidez.”

Arquivo Universo Visual

O especialista também ressalta que a evolução da tecnologia contribui para esta confluência e favorece a atuação do cirurgião mais polivalente. Explica que a maioria dos centros cirúrgicos está capacitado para realizara todas as cirurgias oftalmológicas, com exceção dos procedimentos ligados à cirurgia refrativa que exigem aparelhagem a laser, mais cara e, portanto, mais rara.

“Está havendo uma mudança significativa. Há alguns anos havia o especialista em retina, que fazia a parte clínica e cirúrgica, o especialista em uveítes, que também atuava na clínica e na cirurgia e hoje vejo uma diferenciação cada vez mais acentuada entre o oftalmologista clínico e o oftalmologista cirurgião. E, no campo da oftalmologia cirúrgica, divisamos a lenta formação de quatro campos de interesse com fronteiras não muito bem delimitadas: cirurgias faco-refrativas, doenças inflamatórias, doenças degenerativas e os procedimentos cirúrgicos que sofreram menos alterações como glaucoma e estrabismo. Na parte clínica, o glaucoma vai sempre estar destacado, assim como as doenças inflamatórias, que incluem córnea, uveítes, segmento posterior (notadamente retina), estrabismo e outras áreas da oftalmologia”, assegura Maia.

CATARATA: O PARADIGMA

Para Milton Yogi, chefe do Setor de Catarata da UNIFESP, são principalmente as necessidades do paciente que provocam as mudanças na prática oftalmológica e, conseqüentemente, no próprio ensino da especialidade. Focando basicamente a cirurgia de catarata, assinala que durante 2012 foram realizados vários debates entre setores de catarata e cirurgia refrativa para planejar uma mudança que começa já em 2013: mantendo a total auto-

nomia, os dois setores realizarão a seleção de estagiários (fellows) que preencham os requisitos necessários para realizar os dois programas de treinamento.

“Com a possibilidade de utilizar a cirurgia de catarata com finalidades refrativas, é cada vez mais comum a utilização do arsenal diagnóstico utilizado pela cirurgia refrativa no planejamento do ato cirúrgico e no refinamento de seus resultados”, explica Yogi, apresentado como exemplos deste arsenal diagnóstico o estudo da neuroadaptação, avaliação mais completa do segmento anterior, incluindo a superfície corneana, aberrometria, a topografia corneana, que já era levada em consideração pelo cirurgião de catarata, mas agora é encarada de forma mais holística, o ângulo Kappa, a relação de todo o planejamento cirúrgico com os vários tipos de avaliação biométrica, e mais um amplo número de ferramentas fundamentais para o planejamento mais apurado da cirurgia de catarata.

Yogi afirma que a ação pretende estabelecer formação conjunta nos dois setores para os estagiários que se submeterem ao programa. Cauteloso, evita estabelecer metas e adiantar resultados, ressaltando que será um trabalho pioneiro para a Universidade que será cuidadosamente acompanhado. “Para nós, do Setor de Catarata, a expectativa é estabelecer padrões de ensino que levem o cirurgião de catarata a se utilizar com familiaridade ferramentas diagnósticas que são utilizadas no planejamento da cirurgia faco-refrativa. Como é um trabalho pioneiro, não podemos ter a certeza de que vamos conseguir selecionar cinco candidatos que vão, realmente, passar pelos dois programas, mas os setores estão preparados para proporcionar os meios para a formação dos estagiários, mantendo as respectivas autonomias, concluiu Yogi.

CONJUNTURA DAS SUBESPECIALIDADES

Em outras áreas da oftalmologia, abrangidas pela cirurgia plástica ocular, órbita e vias lacrimais, a confluência dos procedimentos cirúrgicos parece ser mais natural, pelo menos na avaliação de Eliana Aparecida Forno, Doutora em Plástica Ocular pela USP.

Eliana assinala que em todas as áreas da medicina a tensão entre a “superespecialização” e a abrangência está presente, já que o conhecimento evolui com muita rapidez e o médico precisa reduzir cada vez mais seu foco de atenção para poder manter-se atualizado.

Uma das consequências desta tensão é que, para obter melhores resultados, a medicina fica cada vez mais cara, com exames subsidiários cada vez mais sofisticados e as gerações de aparelhos com preços cada vez mais elevados, manutenção cada vez mais problemática e vida útil cada vez menor. Além disso, muitas vezes o “superespecialista” resolve parte do problema do paciente e necessita do concurso de outro colega para a continuidade do tratamento e obtenção da cura. “Na área da cirurgia plástica ocular, a realidade tem aspectos diferentes. É impossível a compartimentalização rígida e extrema. Se o paciente sofreu trauma onde há lesão da pálpebra e das vias lacrimais, a reconstrução deve ser completa, num único tempo cirúrgico. A mesma coisa acontece na cirurgia de um tumor palpebral sem margens definidas e que ao final da exérese exija a reconstrução extensa que envolva a rotação de retalhos faciais”, assinala Eliana.

A médica ressalta que, nos procedimentos estéticos, a necessidade de atuar em áreas que são consideradas subespecialidades diferenciadas dentro da oftalmologia também se impõe. As necessidades do paciente precisam ser estudadas em conjunto e não somente o estado de uma das pálpebras. O cirurgião deve levar em consideração e, mais importante, ter conhecimento da anatomia topográfica e funcional, reconhecer as mudanças que acompanham o envelhecimento, ter o conhecimento de proporcionalidade, noções de estética e usar doses altíssimas de bom senso.

“Nos congressos internacionais é evidente a crescente substituição da noção de cirurgia plástica ocular pelo conceito de “rejuvenescimento facial”, envolvendo médicos

oftalmologistas, dermatologistas e cirurgiões plásticos. Veja que neste caso a discussão é mais complexa, pois congrega três especialidades médicas diferentes em busca de resultados comuns e não mais subespecialidades ou áreas separadas dentro da Oftalmologia. O tempo de operar somente a pálpebra está acabando”, conclui a oftalmologista.

O FUTURO

Não apenas corrigir a pálpebra, mas a estética facial do paciente, não apenas substituir o cristalino opacificado, mas corrigir as ametropias que possibilitem ao paciente livrar-se dos óculos, ter a capacidade e a habilidade

para operar a retina e resolver problemas provocados pelas uveítes: as convergências cirúrgicas na oftalmologia em áreas que guardam complementaridade parecem estar ocorrendo não por conta da tentativa de simplificar procedimentos, mas para atender às condições provocadas pelo acúmulo do conhecimento, pelo avanço da ciência e às exigências da sociedade.

Para Paulo Schor, a convergência exigida pelo mercado e facilitada pela tecnologia, tem lugar na Universidade que, vem se adaptando para colocá-la em prática nas subespecialidades. Entretanto, ressalta que sob outro ponto

de vista, para a o progresso da ciência e para a realidade da pós-graduação é importante manter a especificidade e a separação mais ou menos rígida entre as subespecialidades da oftalmologia. Também considera que ainda seja prematuro afirmar que caminha-se para a separação entre duas oftalmologias, a clínica e a cirúrgica, com sistemáticas e epistemologias diferentes.

“Estamos assistindo a uma mudança que, até agora, vem sendo positiva de congregar ações e abolir, ou pelo menos rediscutir, fronteiras que no passado tiveram sentido, mas que hoje podem ter perdido qualquer função. Se o mercado pede, tem sentido e a tecnologia favorece, não existe motivos para que não aconteça. Entretanto, temos que dividir também interesses da indústria em ampliar artificialmente mercados, que podem até ser legítimos em termos econômicos, mas que não devem ser prioritários para nós, médicos para quem os interesses maiores serão sempre os do paciente”, enfatiza Schor. ■



A evolução da tecnologia e das necessidades sociais fizeram com que os médicos que, inicialmente se dedicavam a apenas um dos grandes campos da oftalmologia cirúrgica, passassem também a atuar em outros campos

Chegue bem lá

AMB conta com o apoio da classe médica para o sucesso da campanha nacional que incentiva a adoção de hábitos saudáveis entre os brasileiros

Christye Cantero

Nos últimos anos, o número de obesos no Brasil tem aumentado muito. Em 2006, por exemplo, uma pesquisa apontou que 42% da população estava acima do peso. Hoje, esse índice quase chega aos 50%, sem contar que 20% dos brasileiros já estão com sobrepeso, considerados obesos. Um quadro como esse preocupa tanto a saúde pública quanto a suplementar, afinal essa população tende a ter mais problemas de saúde, como diabetes, doenças cardiológicas, e a desenvolver alguns tipos de cânceres, como de mama, intestino, próstata e endométrio, todos associados a um ritmo de vida inadequado.

Esse cenário preocupante foi o que levou a Associação Médica Brasileira (AMB), em parceria com sociedades médicas de todo o país, inclusive o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), a lançar, no dia 4 de dezembro, a campanha “O futuro promete. Chegue bem lá”. “Se os médicos não se cuidam significa que não têm consciência interna para passar para a população a importância de hábitos saudáveis. A ideia é criar um movimento de conscientização das classes médica e terapêutica em relação à prevenção e à promoção da saúde. Isso deve diminuir a morbidade e as consequências provocadas pelo excesso de peso”, diz a oncologista e imunologista Nise Yamaguchi, coordenadora da campanha pela AMB.

A escolha de lançar a ação no fim do ano foi proposital. Nesse período, as pessoas tendem a abusar da alimentação e a não exercer nenhuma atividade física. Segundo Nise, “O futuro promete. Chegue bem lá” tem a ver com o momento de crescimento do Brasil. “As classes D e E estão entrando cada vez mais no mercado consumidor. Temos de estabelecer novos padrões de consumo desde já. Para isso precisamos contar com o apoio de educado-

res, dos Ministérios da Educação, da Saúde, dos Esportes, além de todos envolvidos na área da saúde, para ter uma movimentação do povo rumo à qualidade de vida”.

A campanha estimula mudanças simples, como alimentar-se de forma saudável, praticar exercícios, descansar adequadamente, tomar mais água, entre outras. O intuito é mostrar que o futuro segue viável e promissor, mas para isso cada um tem de fazer sua parte. Entre as ações que envolvem a campanha estão cartilhas que serão distribuídas nos consultórios médicos e de odontologistas, um site de orientações, parceria com o Programa Academia da Saúde (cujo objetivo é contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis), parcerias com projetos que já estão em andamento, e a criação de novos. “Estamos apoiando ações realizadas na praia pela associação de endocrinologia, apoiamos projetos de saúde nas escolas, e, acima de tudo, queremos trazer os médicos para o palco da discussão para que passem a orientar a população”, ressalta.

“No Brasil são 400 mil médicos, em 50 especialidades. Se nós assumirmos essa tarefa impactaremos a saúde da população como um todo”, comenta. “Precisamos trazer para o indivíduo a necessidade de assumir a dinâmica de saúde e permear as pessoas em volta por meio do exemplo”, finaliza.

NA OFTALMOLOGIA

Saiba o que os oftalmologistas estão fazendo, ou o que gostariam de fazer, para ter uma melhor qualidade de vida.



“Sou um esportista, acho fundamental fazer academia. Faço musculação todos os dias, pratico pilates duas vezes por semana e jogo futebol nos finais de semana. Além disso, tento manter uma alimentação saudável. Também considero a leitura muito importante não só pela questão cultural, mas para arejar a cabeça. Sempre tenho um livro por perto. Sei que a vida de médico é muito corrida, mas se a pessoa deixar de atender três pacientes no final do dia, consegue colocar na agenda alguma atividade física. Temos de dar o exemplo, o tempo é a gente que faz!”.

Kimble Matos, de São Paulo



“Manter uma vida saudável, em minha opinião, é muito mais uma questão de esforço ou vontade pessoal do que qualquer outra coisa. Afinal, mesmo com a vida em geral agitada que nós oftalmologistas levamos é sempre possível controlar a alimentação, evitar os excessos, e

ainda achar um tempinho para atividades físicas.

No meu caso, frequento a academia de ginástica duas vezes por semana e, sempre que consigo, faço aulas para aprender a jogar golfe. Esse esporte combina grande esforço de concentração com lugares bonitos e tranquilos e tem contribuído muito para uma ‘cabeça saudável’, apesar da bolinha nunca ir para onde você quer!”

Otávio Siqueira Bisneto, de Curitiba



“Tenho como objetivo envelhecer com qualidade de vida! Para isso me preparo hoje cuidando do corpo e da mente. Curtindo bons momentos com a família e amigos, produzindo profissionalmente e tentando me manter o mais atualizada possível. Sem falar no básico que contém boas horas de sono, a prática de exercícios e a boa alimentação. É bastante coisa para dar conta, mas a vida, a meu ver, é assim recheada de acontecimentos nos quais tento achar o lado positivo em tudo o que me acontece.”

Marcela Cypel, de São Paulo





“Considero que faço três coisas para manter uma vida saudável. Em primeiro lugar cuido da minha alimentação. Procuro seguir uma dieta com restrição de carboidratos, evitando massas, pães e açúcar, além

de incluir uma grande quantidade de folhas e verduras no cardápio. Em segundo lugar, prezo pelo meu sono. Procuro dormir bem à noite, sem ir para a cama tarde e acordando em um horário fixo. O quarto de dormir é silencioso, a cama confortável e corto TV e computador pelo menos uma hora antes de dormir. Não tomo café depois das 17h. Por último, venho praticando atividade física pelo menos três vezes na semana, duas vezes faço Pilates e no fim de semana procuro fazer uma hora de caminhada. Uma última dica que procuro seguir é não me levar tão a sério: dormir tarde uma vez por semana, comer um doce de vez em quando e faltar à caminhada do domingo são coisas normais, somos humanos e a perfeição não existe”.

Dácio Carvalho Costa, de Fortaleza



“Para buscar uma vida saudável no meio da rotina turbulenta encaixo na agenda coisas que fazem bem para a alma e para o corpo. Assistir a um filme,

visitar exposições, estar com quem gosto e dar um mergulho no mar é ótimo! Duas vezes por semana, procuro também realizar uma prazerosa rotina de atividade aeróbica em ambientes externos, que pode ser uma corrida no Parque do Ibirapuera ou nadar em piscina aberta. Separo ainda penosa meia horinha semanal para uma atividade de força, para prevenir lesões. Além disso, tento manter uma dieta orgânica ou bio há mais de vinte anos, mas não resisto a uma porção diária de chocolate”.

Christiane Rolim, de São Paulo

“Infelizmente minha vida não anda muito saudável. Sempre paro e recomeço a natação, mas atualmente estou sem fazer exercícios, com peso na consciência. Às vezes faço caminhadas. O que sigo à risca é a alimentação saudável. Gostaria de fazer exercícios pelo menos três vezes por semana, mas como estou muito dedicada ao meu trabalho agora antes de ter filho, fico adiando isso, pois quero trabalhar o máximo possível”.

Eloisa Pedroso, de São Paulo



“Ao chegar aos 50 anos percebi que a prática de atividade física faria parte de minha rotina diária para sempre! Meus pais tem 93 e 89 anos de idade, e lúcidos, avós faleceram entre 90 e 98 anos, pensei que cuidar da saúde física e mental seria primordial para manter a qualidade de vida agora e no futuro. Com os horários sempre tomados por

compromissos profissionais, coloco na agenda como uma reunião que não se pode desmarcar. Atualmente consigo praticar exercícios resistidos e funcionais duas vezes na semana, aeróbicos (bike) mais duas vezes e yoga e meditação uma vez por semana, sempre em forma “personal”. Só falto em semana de Congresso pois nesse caso não é possível. Paralelamente também tomo suplementos dietéticos e antioxidantes. Tente, vale a pena!”

Keila Monteiro de Carvalho, de São Paulo



De sentença de cegueira à doença tratável

Oftalmologista brasileiro demonstra que é possível tratar complicação da DMRI

Adriana do Amaral

Talvez o maior feito do oftalmologista e Professor Titular de Oftalmologia da Universidade Federal do Paraná e Chefe do Serviço de Retina do Hospital de Olhos do Paraná, Carlos Augusto Moreira Júnior, tenha sido a sua perseverança e ousadia ao acreditar que uma complicação da Doença Macular Relacionada à Idade, a ruptura de epitélio pigmentado, considerada irreversível, não seria uma condição definitiva. Há cinco anos, ele propôs aos pacientes a manutenção do tratamento com antiangiogênico para tratar a complicação que ocorre em cerca de 17% dos casos de DMRI do tipo úmida. Os resultados surpreenderam o mundo com a publicação do estudo “Long-Term results of Repeated Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Therapy Eyes With Retinal Pigment Epithelial Tears”, pela conceituada revista Retina.

Moreira Júnior investiu num tratamento realizado a partir de aplicações de injeções repetidas de antiangiogênicos e acompanhou ao longo de cinco anos a evolução positiva de cinco pacientes. “Todos melhoraram a visão de forma significativa e puderam novamente desenvolver as atividades cotidianas”, relata. “Até tempos atrás não havia nada a fazer pelos pacientes que apresentavam a complicação da ruptura de epitélio pigmentado (entre 15 a 20% das vítimas

da DMRI do tipo úmida) e os oftalmologistas davam os casos como fechados. A nossa pesquisa provou, entretanto, que se fizermos o tratamento com antiangiogênicos, mesmo nos casos considerados intratáveis, com o passar do tempo a retina e o epitélio pigmentado se remoldam”, explica.

Ressaltando que as aplicações inibem o aparecimento da membrana e tornam a DMRI de sentença de cegueira à doença tratável, ele atesta que vale a pena continuar assistindo os doentes e testemunhar a regeneração da retina e a recuperação da visão. Apesar de o tratamento não ser acessível e de o SUS ainda não oferecer a medicação necessária para os pacientes da rede pública, os convênios já aprovam e custeiam o seu uso e mesmo o judiciário tem autorizado o acesso àqueles sem recursos, mesmo em instituições públicas.

DMRI EXSUDATIVA: DE SENTENÇA DE CEGUEIRA À DOENÇA TRATÁVEL

A DMRI afeta uma grande parcela dos indivíduos acima dos 70 anos a partir do envelhecimento das células da retina. No Brasil, estima-se se 10% da população nesta faixa etária sofram com a patologia, que pode apresentar-se das formas seca (não exsudativa) ou úmida (exsudativa).

De progressão lenta, na DMRI seca, que comumente passa despercebida pelo paciente até que a ausência de visão torna-se definitiva, as células da retina vão se perdendo gradativamente até atrofiar completamente. Já na manifestação exsudativa, mais grave, a perda da visão acontece muito rapidamente e o paciente percebe os sintomas repentinamente, o que causa um dano social muito profundo.

A pesquisa realizada no Serviço de Retina do Hospital de Olhos do Paraná por Moreira Júnior, com a colaboração dos colegas oftalmologistas Luis Augusto Arana e Rommel Zago, foi realizada dentro dos padrões científicos (protocolos) americanos, com acompanhamento terapêutico, fotográfico, por imagem e provas seguras da recuperação de cinco pacientes que se encaixavam no perfil necessário. Todos foram acompanhados pelo tempo médico de 52 meses, com medidas de acuidade visual e avaliação dos achados maculares por angiogra-

fia e tomografia de coerência óptica. O tratamento foi sendo conduzido a partir das respostas individuais dos pacientes, que necessitaram de número de aplicações distintas, de três a 11 injeções. “Naquela época, ninguém imaginava que o tratamento valeria a pena, mas nós provamos à comunidade científica que mesmo quando todos jogavam a toalha acreditando que não havia nada para fazer, valeu a pena continuar tratando e dando tempo para a retina se remoldar”. Ele enfatiza, sobretudo, a parceria dos pacientes, que “abraçaram um ideal, pois não aceitavam o fato de perder a visão e continuaram o tratamento e se submeteram aos exames o quanto

foi necessário”. Atualmente, cerca de 40 novos casos são tratados pelos especialistas do serviço oftalmológico.

Da observação e vontade de preservar a visão e vencer essa complicação da DMRI, os médicos ousaram, tentaram, realizaram e comprovaram uma nova realidade terapêutica. Mostrou que a manutenção do tratamento da complicação da ruptura do epitélio ao longo de cinco anos, na medida da necessidade cada paciente, trouxe os resultados esperados.

O oftalmologista conta que a perseverança foi à tônica da pesquisa, tanto da equipe médica quanto dos pacientes, em continuar a terapêutica investigativa.

“A cada aplicação alguns recuperavam um pouco da visão enquanto outros recuperavam e perdiam novamente, com o caso regredindo. As respostas foram diferentes, mas hoje todos eles estão felizes com a melhora da visão”, finaliza.

CASOS CLÍNICOS: CUMPLICIDADE MÉDICO-PACIENTE EM BUSCA DA BOA VISÃO

Em 2007, a rotura do epitélio pigmentado na DMRI úmida era uma sentença de perda visual definitiva e a visita ao oftalmologista nem sempre trazia o alento que os pacientes buscavam. Não havia cura para a complicação, mas isso não era o suficiente para o oftalmologista Moreira Júnior, que encontrou uma possibilidade na aplicação da medicação antiangiogênica, uma novidade na época, lançada então há cerca de três anos.

Apesar das dificuldades inerentes a tratar de pacien-



A nossa pesquisa provou, entretanto, que se fizermos o tratamento com antiangiogênicos, mesmo nos casos considerados intratáveis, com o passar do tempo a retina e o epitélio pigmentado se remoldam



Arquivo pessoal

CARLOS AUGUSTO

MOREIRA JÚNIOR: “Eu fiquei muito feliz quando a “Retina”, uma das maiores publicações de pesquisa do mundo aceitou publicar a nossa pesquisa de forma inédita: uma ideia nossa que deu certo. Valeu a pena provar que devemos manter a esperança viva, mesmo para os casos onde a melhora demore a apresentar resultados”

tes na terceira idade, com dificuldades inerentes à perda da visão e por um período tão prolongado, todos eles, de acordo com o especialista, faziam questão de ajudar no seguimento, exame, clínica e controle, de forma pró-ativa.

Os cinco pacientes apresentavam visão muito reduzida, três com problemas nos dois olhos e dois com visão unilateral. Dentre os casos, destacamos dois, a seguir:

Homem de 64 anos com queixa de perda da visão repentina. Ativo, alto funcionário do Poder Judiciário e que de um dia para o outro não conseguia mais ler, o que impedia o desenvolvimento do seu trabalho e restringia a sua vida pessoal. “Ele chegou ao consultório desesperado, com a doença em sua forma mais severa e pediu ajuda”, recorda o Moreira Junior.

No início sempre acompanhado, por não conseguir enxergar, teve uma evolução lenta, pois a doença regredia e evoluía constantemente. Após 11 injeções em cinco anos, agora com 69, ele voltou às atividades normais. “Trata-se de um paciente extremamente crítico, porém participativo, o que tornou o tratamento ideal”. Hoje está em alta médica.

Mulher com 69 anos, extremamente ativa e viajante contumaz. Após oito injeções recuperou a visão e retornou aos hábitos de turista e a sua última viagem foi à Itália. Há pouco foi operada de catarata mais se recuperou bem da cirurgia e consegue ler normalmente sem maiores dificuldades.

DMRI em números

5% da população mundial na faixa etária entre 65 e 74 anos.

25% da população mundial acima de 74 anos.

Estima-se que a incidência de DMRI irá **dobrar** em 2020 na população acima de 85 anos.

(fonte: Perfil Epidemiológico das Principais Causas de Cegueira no Brasil)

Quanto à possibilidade de recidiva, o Moreira Júnior não descarta a possibilidade e continua atento e acompanhando todos os casos. O fato concreto é que todos estão muito melhores hoje, graças à ousadia de mais um especialista brasileiro que mostrou que a terapia antiangiogênica continuada pode remodelar a retina nesses casos mais complicados, e devolveu aos seus pacientes a beleza do olhar.

CONCLUSÃO DO ESTUDO

Comparativamente, após cinco anos da pesquisa, os especialistas concluíram que dentre o grupo de pacientes não tratados a acuidade visual permaneceu muito ruim, inferior a cinco por cento, permitindo apenas a visualização de vultos. Já no grupo com quadro clínico idêntico, porém tratado, a recuperação visual chegou a mais de 50%, com acuidade visual média de 20/60.

Ou seja, os resultados em longo prazo a partir da terapia antiangiogênica, comprovou que a ação da ruptura do epitélio pigmentado na DMRI exsudativa não é tão devastadora como se acreditava. A acuidade visual melhora com o tempo, com a regeneração das células do epitélio pigmentado da retina. ■

Para visualizar o resumo da pesquisa basta acessar: http://journals.lww.com/retinajournal/Abstract/publishahead/Long_Term_Results_of_Repeated_Anti_Vascular.98916.aspx

Como resgatar a boa e velha relação médico-paciente?

Atendimento mais humanizado, somado ao uso racional da tecnologia, contribui para a precisão do diagnóstico e êxito no tratamento

Raphael Cavaco

Em meio à era da tecnologia e da típica pressa cotidiana com os compromissos da vida pessoal e profissional, perdeu-se muito daquele antigo vínculo com o chamado “médico da família”, que acompanhava todos os seus integrantes ao longo da vida. Muitos ainda devem se lembrar com nostalgia da atenciosa figura do “doutor” que atendia na casa da pessoa doente. É fato que os tempos mudaram. Mas a boa e velha relação médico-paciente, não mais necessariamente a domicílio como no passado, continua indispensável para o correto diagnóstico e tratamento das patologias, inclusive as ligadas a saúde ocular.

Defensor e pesquisador da importância desse maior contato entre médicos e pacientes, o Diretor da Escola Paulista de Medicina e Presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Antonio Carlos Lopes, pondera que para ser médico é preciso gostar de gente. “Exercer a medicina é colocar em prática o amor ao próximo. E isso começa na relação médico-paciente e na confiança entre ambas as partes. É a única profissão em que o indivíduo toca e põe a mão no seu semelhante”, assevera.

Segundo Lopes, que é médico cardiologista e clínico-geral, a conversa com o paciente pode representar até 70% do diagnóstico, enquanto o exame físico corresponde a 30%. Em muitos casos, é possível dar conforto ou mesmo curar o doente com o carinho e a atenção médica.

“Essa relação humana ajuda a conhecer a causa por trás de uma doença e até a detectar outros problemas de saúde, sociais e familiares. Isso mostra que o médico jamais será substituído por máquinas e números”, ressalta.

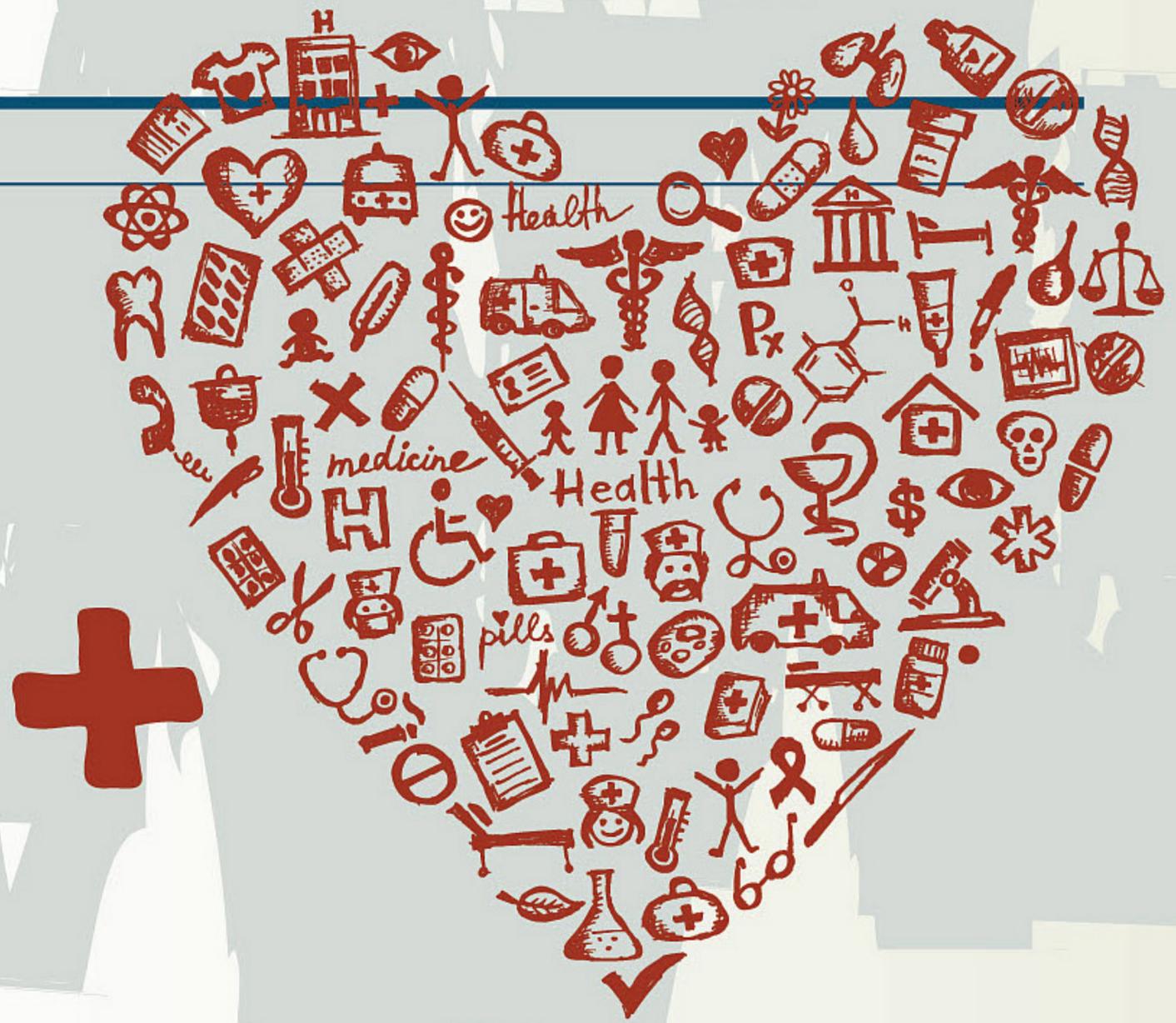
Na oftalmologia não é diferente. Hoje em dia, o uso de muitos equipamentos até para uma consulta de rotina acaba deixando para escanteio a devida interação com o paciente. Sem falar quando é a equipe auxiliar que realiza a maior parte dos procedimentos, como pingar o colírio, testes oculares e outros exames corriqueiros. Como resultado, o contato direto entre médico e paciente torna-se cada vez mais frio e fugaz.

“

Exercer a medicina é colocar em prática o amor ao próximo. E isso começa na relação médico-paciente e na confiança entre ambas as partes. É a única profissão em que o indivíduo toca e põe a mão no seu semelhante

HUMANIZAÇÃO ALIADA À TECNOLOGIA

Por outro lado, já é consenso entre vários oftalmologistas a necessidade de resgatar o atendimento mais



humanizado, próximo e confiável para a precisão do diagnóstico e êxito no tratamento. Isso tudo, é claro, somado ao bom uso da tecnologia.

Na ótica do Professor Associado e Livre-docente do Departamento de Oftalmologia e também Pró-Reitor Adjunto de Administração da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Marinho Jorge Scarpi, é preocupante os protocolos clínicos que dão imensa importância à aplicação de exames complementares muito antes da primeira conversa com o médico. Sua indicação, para cada paciente, depende de avaliação prévia e julgamento do especialista. “O oftalmologista precisa doar o seu tempo de trabalho a ouvir pacientes e familiares. Muitos diagnósticos se perdem por colocarmos a tecnologia à frente da construção bem orientada e detalhada da história clínica”, afirma.

De acordo com Scarpi, os usuários de serviços médicos também percebem o desperdício de exames não interessantes ao diagnóstico em questão, que muitas vezes são repetidos ao procurarem uma segunda opinião. Para evitar a utilização irracional da tecnologia com exames desnecessários, a lição básica consiste em escutar o que o paciente tem a dizer, suas queixas e buscar informações para conhecê-lo mais a fundo.

O médico Antonio Carlos Lopes cita que o tempo de uma consulta médica é proporcional à quantidade de exames recomendados. “Quanto mais exames pedidos, menos se conversou e examinou o paciente”. Segundo conta, esse desperdício pode ser constatado nas pes-

quisas sobre os exames solicitados em laboratórios de ponta em São Paulo, onde até 70% dos resultados são considerados normais.

O Professor Titular do Curso de Oftalmologia da Escola Médica de Pós-Graduação da PUC-Rio e Presidente da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia (SBAO), Flávio Rezende Dias, acrescenta que, sem a adequada relação médico-paciente até se pode diagnosticar corretamente, mas por vezes os pacientes não se sentem 100% curados. Isso porque em muitos casos as doenças trazem consigo um componente psicológico que precisa ser detectado e considerado paralelamente ao tratamento específico. Nesse cenário, o médico deve transmitir uma verdadeira intenção de procurar resolver o que motivou a consulta. “Com frequência, a informação fornecida pelo paciente é suficiente para o diagnóstico. A tecnologia não substitui a humanização em qualquer tratamento médico. As duas se complementam”, afirma.

Cada atendimento evolui conforme o caso específico. A consulta, via de regra, deve ser finalizada com a sensação, tanto para o paciente como para o médico, de que o problema foi resolvido, ou que ambos estão envolvidos na busca da solução. “Ele [o paciente] tem que sentir a confiança de que o seu Doutor sabe mais e explica melhor que o ‘Doutor Google’”, compara o Diretor do Núcleo de Oftalmologia de Belo Horizonte (NOBHE) e da Sociedade Mineira de Córnea (SOMIC), João Angelo Miranda Siqueira.

A tranquilidade e confiança do paciente e de seus familiares influenciam no bom andamento do processo terapêutico. Algumas condutas simples já ajudam a criar um ambiente agradável e propício para recebê-los. “A atenção deve começar logo na marcação de consultas, estender-se para uma recepção cordial e eficiente, sala de espera com conforto mínimo e atendimento dentro de limites toleráveis de horário”, recomenda Siqueira.

O ambiente da clínica pode ainda despertar a curiosidade dos pacientes e acompanhantes. O médico oftalmologista Marinho Jorge Scarpi busca sempre explorar a percepção dos cinco sentidos (audição, visão, olfato, paladar e tato) tanto na decoração da clínica, usando muita transparência e luminosidade, quanto no relacionamento interpessoal. “São aspectos tangíveis que contribuem para a credibilidade, confiança e construção da imagem da clínica, transparecendo nesse sentido meu cuidado direto com o paciente”, explica.

Como se vê, não faltam iniciativas, ideias e estratégias para resgatar a boa relação médico-paciente de antigamente. Basta boa vontade, além de cuidado e atenção.

ATENÇÃO À QUEIXA SUTIL SALVA PACIENTE

Um caso simples à primeira vista tornou-se emblemático na carreira do médico oftalmologista João Angelo Miranda Siqueira, justamente por evidenciar a importância de ouvir com atenção o paciente e valorizar até mesmo suas queixas mais sutis. Uma jovem com boa saúde passava em consulta de rotina para óculos no tradicional Instituto Hilton Rocha, em Belo Horizonte (MG). Seus exames oftalmológicos com acuidade visual de 20/20, biomicroscopia, PIO e fundoscopia estavam normais sem quaisquer alterações. Tudo terminaria em uma receita básica de refração, não fosse uma menção aparentemente sem importância da paciente. “Ela comentou sobre uma pequena dificuldade em dosar as distâncias de longe e perto, o que atentou ao médico para um possível distúrbio de acomodação visual ou de estereopsia”, explica Siqueira.

Assim, a paciente submeteu-se então à avaliação no Departamento de Estrabismo do Instituto, onde teve constatado o distúrbio de estereopsia. Ao mesmo tempo que lhe foi solicitada um exame neurológico a fim de investigar a origem do problema, e para a surpresa, a ressonância magnética mostrou um tumor cerebral.

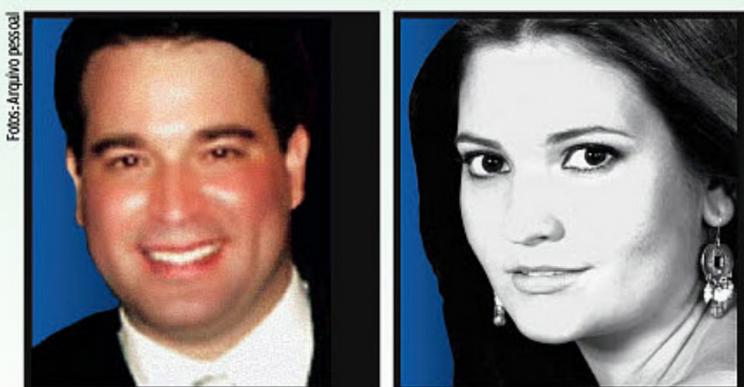
De acordo com Siqueira, a jovem foi operada com sucesso e recebeu seu acompanhamento oftalmológico durante vários anos, sem alterações, até ela mudar-se de cidade. “A atenção a uma queixa clínica sutil salvou essa paciente”, recorda orgulhoso. ■



DICAS PARA OTIMIZAR A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

- Atendimento dentro de limites toleráveis de horário.
- Retornar sempre as ligações telefônicas.
- Ler e manter atualizado o prontuário médico do paciente antes da consulta.
- Registrar também detalhes pessoais do paciente ou familiar que o auxilie no dia a dia.
- Vestir-se adequadamente para o ato médico.
- Resgatar gestos simples, como levantar para receber e despedir-se do paciente.
- Chamá-lo pelo nome e cumprimentá-lo com aperto de mão e um sorriso para quebrar o gelo.
- Buscar aproximação através de temas do cotidiano, como futebol ou conversas sobre a profissão.
- Ouvir atentamente o que o paciente tem a dizer.
- Deixar o paciente relaxado, transmitindo confiança de que tudo dará certo.
- Examinar o paciente com cuidado.
- Explicar com clareza e atenção o diagnóstico, possíveis tratamentos e resultados.
- Esclarecer, objetivamente, a função de cada tecnologia usada.
- Demonstrar empatia, cordialidade e competência na prestação de serviço.
- Atenção a sua equipe auxiliar. Ela também faz parte dessa relação, já que o atendimento começa e termina fora da sala do médico.
- Evitar sempre denegrir colegas ou condutas, o que na prática mina a credibilidade da própria medicina.

Lente escleral de curva reversa



Fotos: Arquivo pessoal

Brunno Dantas¹, Letícia Stieven²

1- Diretor Médico do Instituto de Olhos Beatriz Hollanda, em Juiz de Fora-MG e da Clínica Brunno Dantas Oftalmologia, no Rio de Janeiro-RJ

2- Vice-Diretora Médica do Instituto de Olhos Beatriz Hollanda, em Juiz de Fora-MG e membro do Corpo Clínico do Hospital de Olhos do Paraná, em Curitiba-PR

Muito se fala atualmente nas lentes esclerais como uma grande novidade. Na verdade, são as lentes mais antigas da contatologia. A primeira lente de contato fabricada no mundo foi escleral, por Adolf Fick, em 1887. Era feita de vidro, sendo a única fonte de oxigênio para córnea oriunda da água, que era utilizada entre a lente e a córnea. Mais adiante, alguns especialistas tentaram criar fenestrações nestas lentes, no intuito de promover a passagem de oxigênio através do corpo da lente. Na verdade, infelizmente, elas promoviam a saída da água e o surgimento de bolhas entre a lente e a córnea. Além disso, dificilmente se conseguia uma fenestração bem-feita com o material da época, criando um acabamento (de fenestração) de má qualidade, vulgarmente chamado de “rebarba”,

que muitas vezes causava lesões corneanas. Algumas fenestrações entupiam.

Joseph Dallos, em 1930, verificou que as lentes que permitiam uma melhor troca de filme lacrimal sob sua face posterior eram mais bem toleradas do que as lentes estáticas ou que aprisionavam por muitas horas a água ou o filme lacrimal. Começou então uma busca por lentes cada vez menores, que promoviam cada vez mais uma melhor relação lente-córnea e melhor troca de filme lacrimal. Como os materiais eram impermeáveis aos gases, uma lente menor permitia maior exposição atmosférica da periferia corneana que, junto com a troca do filme lacrimal, melhor oxigenação da região central da córnea por difusão dos gases.

As lentes esclerais, por não tocarem a córnea, sempre foram consideradas muito confortáveis, mas devido aos

fatos anteriormente mencionados, o conforto era breve.

No entanto, eram as melhores lentes para a correção de córneas irregulares, seja por trauma, cirurgia ou ectasias (a principal indicação de uso destas lentes à época), além de fácil cálculo de adaptação, quando comparadas às corneanas.

Com o advento de novos materiais cada vez mais permeáveis aos gases, as lentes corneanas começaram a adquirir tamanhos cada vez maiores, que, quando bem adaptadas, permitiam mais conforto quando comparadas às menores.

Com isto, o problema da breve tolerância ao uso das lentes esclerais foi eliminado, ressurgindo o modismo de seu uso. Sim, modismo, pois as lentes esclerais sempre estiveram presentes nos centros de referência em casos especiais de lentes de contato. Por terem sido durante muitos anos consideradas ultrapassadas, eram usadas somente naqueles casos em que nenhuma lente corneana disponível no mercado resolvia. Devido a este fato, os fabricantes não possuíam caixas de provas disponíveis para testes, sendo estas, portanto, fabricadas somente sob encomenda, e muito caras.

Ocorre que elas foram relançadas exatamente como eram fabricadas no passado, voltadas principalmente para as ectasias corneanas, apenas com um desenho de melhor qualidade e acabamento, e devido ao material de alta permeabilidade ao oxigênio, as fenestrações passaram a ser consideradas desnecessárias na maioria dos casos.

No entanto, esqueceram de um importante grupo de pacientes: os “pós-refrativa”. Com aplanamento corneano, central ou descentralizado, e conseqüente altura sagital do ápice corneano muito reduzido, estas lentes esclerais apresentavam muita acumulação do lubrificante utilizado quando estas eram adaptadas nestes casos, às vezes até mesmo com surgimento de bolhas de ar subjacentes às lentes. Como estes pacientes “pós-refrativa” sofrem muitas vezes com disfunção lacrimal, estas lentes seriam então muito indicadas, mas estes problemas de adaptação deveriam ser solucionados.

Ao contrário do que se divulga com frequência, disfunção lacrimal (“olho seco”) não é contraindicação absoluta ao uso das lentes de contato. É relativa, pois no caso das esclerais, estas são inclusive indicadas como tratamento, por poderem armazenar lubrificante ou solução fisiológica em seu interior, mantendo a córnea constantemente lubrificada ao longo do dia, durante o uso destas lentes.

Diante deste fato, frente a um paciente com aplanamento corneano um pouco descentralizado, e disfunção



Imagem: reprodução

Figura 1: Lente escleral de curva reversa

lacrimal, testamos inicialmente uma lente escleral da caixa de provas, que ficasse muito bem centrada e que respeitasse o “cotovelo” periférico corneano. Claro que houve o surgimento de bolha de ar subjacente à lente, na região do aplanamento corneano, visto que a altura sagital da lente era muito maior que a altura sagital da córnea aplanada. Medimos então 11,4 mm de diâmetro central nesta lente, fazendo uma marcação em círculo e verificamos se a bolha se encaixava dentro desse círculo. Como isto ocorreu, retiramos a lente escleral e testamos nesse mesmo olho uma lente corneana de curva reversa, de 11,4 mm de diâmetro, buscando a melhor centralização e permitindo um bom acúmulo de filme lacrimal central, sem excessos, de forma que, ao se obter a lente final, pudéssemos manter uma boa lubrificação ocular desse paciente.

Diante destes dados, verificamos qual era a altura sagital da lente escleral não mais até o centro da face posterior da lente, mas a altura sagital apenas até a borda do círculo de 11,4 mm. Sabendo a altura sagital da lente corneana de curva reversa, mantivemos então esta mesma altura e pedimos à fábrica que fizesse uma lente escleral com as características da escleral testada, da borda desta lente até a borda do círculo marcado nos 11,4 mm centrais e, a partir daí, com as características da lente corneana de curva reversa. Ou seja, misturamos o desenho e as características de dois tipos de lentes totalmente diferentes e criamos uma terceira: a escleral de curva reversa, conforme a figura 1. Esperamos agora que este modismo venha para ficar de vez, de forma a favorecer os pacientes “pós-refrativa” que tanto precisavam deste tipo de auxílio óptico. ■

Vitrectomia diagnóstica nas uveítes



Clovis Arcoverde de Freitas Neto¹, Juliana Lambert Oréfice³,
Giambattista Coscarelli², Fernando Oréfice³

1- Fellow do Centro Brasileiro de Ciências Visuais (CBCV)

2- Clínica de Olhos Ennio Coscarelli

3- Divisão de Uveítes do Centro Brasileiro de Ciências Visuais (CBCV)

As uveítes consistem em um grupo de doenças caracterizado por inflamação intraocular, envolvendo principalmente o trato uveal (íris, corpo ciliar e coróide), embora a inflamação dos tecidos adjacentes, como a retina, nervo óptico e humor vítreo também possa ocorrer. A gravidade e a forma de manejo das complicações inerentes a cada doença estão intimamente relacionadas com o comprometimento da acuidade visual final.

Em grande parte das uveítes a etiologia é identificada pelo exame clínico e confirmado laboratorialmente. Na ausência de lesões e/ou sinais clínicos característicos há necessidade da realização de uma ampla propedêutica e, em determinadas situações, procedimentos mais invasivos devem ser considerados. Identificar a causa da injúria é fundamental para um tratamento específico com a finalidade de diminuir possíveis sequelas visuais. Nos casos em que há necessidade de coleta de espécime intraocular, a vitrectomia via pars plana tem se mostrado como uma potente arma diagnóstica.

A vitrectomia diagnóstica é realizada em casos de inflamação do segmento posterior do olho em que há suspeita de infecção ou malignidade. Avanços nas técnicas de vitrectomia (23 e 25 G) e aprimoramentos na sensibilidade e especificidade dos testes laboratoriais engrandeceram o sucesso diagnóstico em casos desafiadores. O objetivo deste artigo é repassar algumas informações úteis para coleta e transporte de espécimes oculares desde a sala de cirurgia até os laboratórios de análise no intuito de otimizar as investigações no campo das uveítes de causa “indeterminada”.

As orientações transmitidas neste artigo são direcionadas para oftalmologistas que atuam em clínicas de menor porte fora do âmbito de pesquisas como centros universitários e hospitais escolas, visto que esses últimos seguem rígidos protocolos de coleta e processamento dos materiais. A realidade do dia a dia para a maioria dos colegas oftalmologistas não permite a realização de exames onerosos e de difícil acesso, como cultura para anaeróbios, citometria de fluxo, detecção de anticorpos para cálculo do coeficiente de Goldmann-Witmer, entre outros.

O objetivo da realização de uma vitrectomia em olhos com suspeita de infecção ou malignidade é obter a maior quantidade possível de tecido não diluído para análise. A coleta de humor vítreo por meio de vitrectomia resulta frequentemente em amostras difíceis de ser analisadas laboratorialmente. Algumas dúvidas podem surgir no momento da coleta.

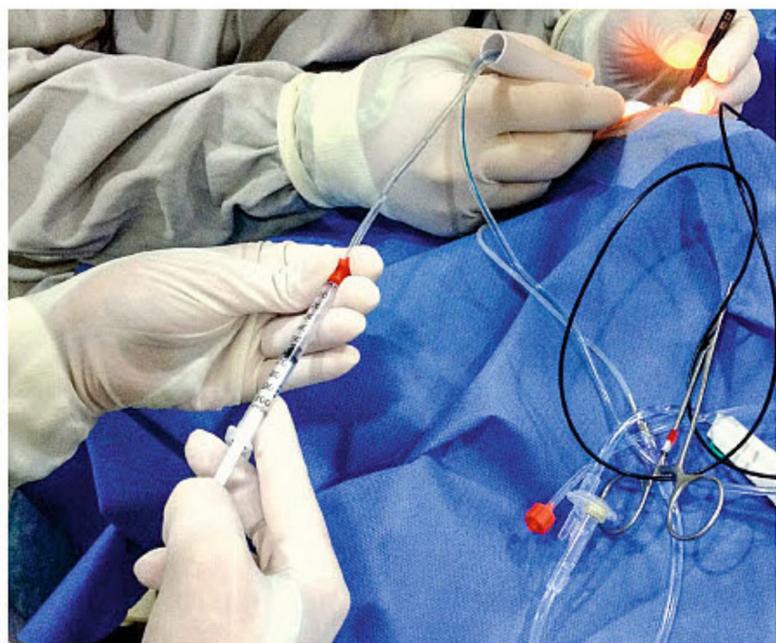


Figura 1: Seringa de 1 mL acoplada à via do vitreóforo

DEIXE OS EQUIPAMENTOS MANUAIS NO PASSADO...



Aumente a sua
RENTABILIDADE com
Huvitz



Os equipamentos digitais da Huvitz permitem otimizar os processos no seu consultório com maior rapidez e precisão. Descubra como o HDR-7000 o ajudará a aumentar a sua rentabilidade.



Faça scan do código com o seu Smartphone



www.usophthalmic.com - info@usophthalmic.com

BRAZIL - 11 3323 7530

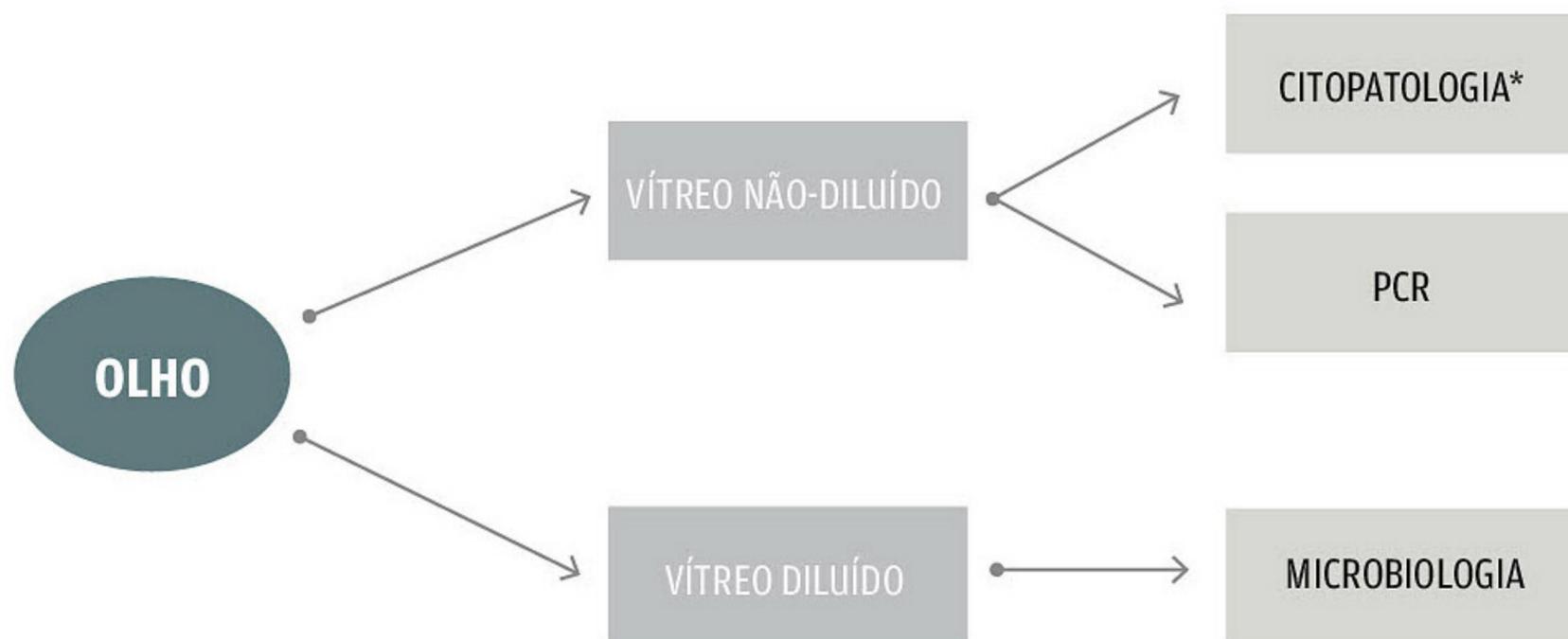


Figura 2: Fluxograma da coleta.

*A porção que será encaminhada para citopatologia deve ser acrescida de álcool absoluto na proporção de 1:1 caso seja prevista demora no transporte do material até o laboratório.

Situações em que há indicação de vitrectomia diagnóstica nas uveítes:

- ✓ Quando a clínica é insuficiente para fechar diagnóstico
- ✓ Após extensa pesquisa laboratorial sistêmica inconclusiva
- ✓ Quando o curso da doença é atípico
- ✓ Na suspeita de malignidade
- ✓ Quando não existe boa resposta ao tratamento com anti-inflamatório

O questionamento vai desde a escolha da ponteira do vitreóforo (20, 23 ou 25 gauge?) até a velocidade em cortes por minuto (1000, 2500, 5000 cpm). Outro questionamento: Será que durante a vitrectomia as células são danificadas?

É possível responder algumas dessas perguntas analisando os resultados de um estudo canadense que revelou que o vitreóforo de 20G provoca danos celulares mínimos, não interferindo nas técnicas de preparo do material para citologia. Ficou indeterminado se a vitrectomia com 23 e 25 gauge danifica mais ou menos as células, mas é sabido que os cortes do vitreóforo aparentemente não danificam as amostras celulares em comparação com a simples aspiração com agulha. Desta maneira, supõe-se que a velocidade dos cortes durante a vitrectomia provavelmente não interfira na qualidade da amostra obtida.

Rotineiramente, utilizamos a ponteira de 23 gauge por não haver necessidade de suturas e por ser de fácil manuseio. A introdução dos instrumentos na cavidade vítrea segue os passos semelhantes de uma vitrectomia usual. Deve-se ter o cuidado de deixar a via da infusão ocluída, pois o primeiro passo do procedimento é obter vítreo não diluído. Para tanto, acoplamos uma seringa de 1 mL na via de saída da ponteira do vitreóforo antes de abrir a infusão (Figura 1).

A vitrectomia é iniciada aspirando-se levemente com a seringa. Dessa maneira é possível colher cerca de 2 mL (2 seringas de 1 mL) de humor vítreo não diluído sem haver complicações inerentes à hipotensão ocular. A hipotonia deve ser evitada e monitorizada visualmente. Em seguida, a seringa de 1 mL deve ser substituída por uma maior (5, 10 ou 20 mL), para dar continuidade à coleta do vítreo, agora diluído.

Ao término da cirurgia também pode-se retirar o líquido que fica depositado do cassete do vitreóforo utilizando uma agulha de grande calibre ou mesmo enviando todo o conjunto (cassete + bolsa de coleta) para o laboratório.

Ao final do procedimento, os materiais colhidos devem ser pronta e devidamente enviados aos laboratórios competentes. Cada seringa deve seguir um caminho diferente, de acordo com o tipo de análise a ser submetida. Utilizamos o vítreo não diluído para realização de técnicas de PCR (Polimerase Chain Reaction) e para estudo citopatológico. Já o vítreo diluído deve ser encaminhado para cultura microbiológica e, se possível, para citometria de fluxo (Figura 2).

Quando boa quantidade de vítreo não diluído é coletada, esse material também pode seguir para análise microbiológica. Entretanto, deve-se sempre priorizar o fluido não diluído para biologia molecular e citopatologia. Nos casos das biópsias (Ex.: cápsula do cristalino, membranas epirretinianas, fragmentos retinianos...), o material deve ser conservado em formol e encaminhado para estudo histopatológico.

Nos casos de suspeita de endoftalmite, deve-se fazer cultura para fungos e bactérias. Quando as semeaduras são realizadas no bloco cirúrgico deve-se utilizar os seguintes meios de cultura: jarra para hemocultura, ágar sangue, ágar chocolate, ágar Sabouraud e tioglicolato. As amostras devem ser submetidas a bacterioscopia pelo método de Gram. As semeaduras nos meios de culturas podem ser procedidas logo após a coleta, porém há necessidade de ter os meios de cultura no centro cirúrgico, o que dificulta o procedimento. Rotineiramente enviamos o material na seringa para ser processado pelo laboratório.

O microbiologista deve ser orientado quando há suspeita de infecção por fungos ou organismos de crescimento mais lento, como o *Propionibacterium acnes*. Nos casos de infecções micóticas, a colônia pode levar semanas para crescer no meio de cultura.

Devido a dificuldades técnicas e ao alto custo

A vitrectomia, além de diagnóstica, pode tornar-se terapêutica nas seguintes ocasiões:

- ✓ Diminuir opacidades vítreas
- ✓ Remover membranas epirretinianas
- ✓ Reposicionar retina descolada (nos descolamentos da retina regmatogênico ou tracional)
- ✓ Implante de dispositivo de liberação controlada de fármacos (drug delivery device)

operacional, culturas para anaeróbios não são rotineiramente realizadas. Bactérias fastidiosas como a *Propionibacterium acnes* apresentam dificuldade de crescimento em meios de cultura convencionais com altas concentrações de oxigênio e são mais frequentemente identificadas através de técnicas de biologia molecular como a PCR. O máximo de informações da coleta e, se possível, alguma sugestão da etiologia da infecção devem ser transmitidas ao laboratório.

Quanto mais dados da coleta, melhor para os profissionais que receberão o material para análise. O sucesso diagnóstico depende do correto manuseio do espécime coletado, que começa no bloco cirúrgico e termina nos laboratórios, ou seja, oftalmologistas, patologistas e microbiologistas devem trabalhar em conjunto e ter excelente intercomunicação. Transcorrendo dessa maneira, o maior beneficiado será o paciente. ■

Doença do Olho Seco detectada por números

Acrescentar um elemento quantificável ao diagnóstico pode ajudar os médicos a detectar e tratar o olho seco

Walter Bethke, *Editor*

Adaptado do artigo "Dry-Eye Disease by the Numbers - Adding a quantifiable element to diagnosis may help clinicians catch and treat dry eye", da revista Review of Ophthalmology, outubro de 2012.

O físico e engenheiro irlandês Lord Kelvin proferiu a famosa frase, "Medir é saber," e usou essa conduta de rigor científico para promover avanço em diversos campos. Os pesquisadores do olho seco estão também começando a avaliar o poder dos valores quantificáveis, à medida que novos dispositivos para medir os aspectos das lágrimas conquistam seu lugar na prática clínica. Aqui abordamos a pesquisa subjacente a esses novos instrumentos e as opiniões dos especialistas sobre sua capacidade de auxiliar no diagnóstico e tratamento acrescentando uma dimensão quantificável ao processo.

LIPIVIEW

LipiView é a metade diagnóstica de um sistema de tratamento para disfunção da glândula meibomiana desenvolvido por TearScience (Morrisville, N.C.). A ideia é usar LipiView para determinar a extensão da DGM e, a seguir, empregar o dispositivo LipiFlow para tratá-la.

LipiView usa interferometria para medir a espessura da camada de lípidos entre as piscadas e fornece uma

avaliação quantitativa em unidades coloridas interferométricas que a companhia afirma aproximar-se, porém não exatamente, a nanômetros. Um estudo sobre espessura da camada lipídica observou uma associação entre espessura da camada lipídica de um paciente e seus sintomas de olho seco. No estudo, os pesquisadores

pediram que 137 pacientes consecutivos respondessem o questionário Standard Patient Evaluation of Eye Dryness (Avaliação Padrão do Ressecamento Ocular pelo Paciente) e, a seguir, mediram suas camadas lipídicas com interferometria. Para os pacientes com sintomas graves de olho seco (um escore SPEED de 10 ou mais), 74% também apresentaram uma LLT de 60 nm ou menos. No outro extremo do espectro, 72% dos pacientes sem sintomas (escore SPEED de zero) apresentaram uma LLT de 75 nm ou mais. Quando os pesquisadores realizaram uma análise de regressão linear,

foi observada uma relação estatisticamente significativa entre LLT e o escore de sintomas, e à medida que a LLT aumentava, o escore de sintomas diminuía ($p=0,0014$).

"Examinei pacientes com sinais e sintomas de olho



Um estudo sobre espessura da camada lipídica observou uma associação entre espessura da camada lipídica de um paciente e seus sintomas de olho seco

seco evaporativo que foram avaliados por LipiView, confirmando uma camada lipídica deficiente,” afirma o cirurgião da Duke Alan Carlson, que presta consultoria para a TearScience e está usando o sistema LipiView/LipiFlow há 11 meses. “Não é incomum para um paciente apresentar, por exemplo, 28 a 35 valores de ICU medidos pelo LipiView que melhoram após tratamento com LipiFlow e um regime para que as glândulas voltem a funcionar. Eles podem mesmo dobrar ou triplicar sua camada lipídica. E isto frequentemente se correlaciona com uma notável melhora de seus sintomas. Pacientes com olho seco são heterogêneos e complexos e estão lidando com um processo patológico crônico. A duração e a gravidade da doença podem interferir na avaliação pelo próprio paciente e o parâmetro de melhora. O teste LipiView que mostre um aumento de duas a três vezes na espessura da camada lipídica além das melhoras observadas no

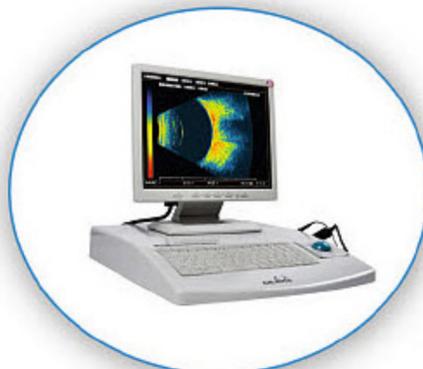
exame, pode ainda encorajar o paciente com relação ao progresso e prognóstico.”

O Dr. Carlson afirma que LipiView conquistou seu lugar no conjunto de testes que ele ministra. “Realizo um meticuloso exame com lâmpada de fenda, avaliando o piscar, a margem palpebral, as glândulas meibomianas e os orifícios das glândulas,” explica ele. “A seguir, avalio os padrões de coloração, estabilidade da película lacrimal, LipiView e meibografia. Essa combinação de testes nos ajuda a identificar a causa primária. Observamos que uma minoria de pacientes apresenta olho seco, cuja causa primária é a deficiência de produção de lágrimas, enquanto a maioria dos pacientes com instabilidade da película lacrimal [olho seco evaporativo] apresenta problemas relacionados à disfunção da glândula meibomiana e obstrução da glândula.”

Embora o sistema LipiView esteja aprovado e em



GRU-5000



GRU-7000



GRU-6000

GRU - NUEVA GENERACIÓN



- Paquímetro e Biómetro ● Ultrassom econômico com funções sistemáticas
- Extremamente fácil de usar ● Desenho moderno e portátil ● Medidas precisas ● Tela Tátil
- Leituras automáticas ● Impressora incluída no equipamento



www.usophthalmic.com - info@usophthalmic.com

BRAZIL 11 3323 7530



Foto: reprodução



Figura 1: O interferômetro LipiView visa detectar pacientes com olho seco devido à disfunção da glândula meibomiana

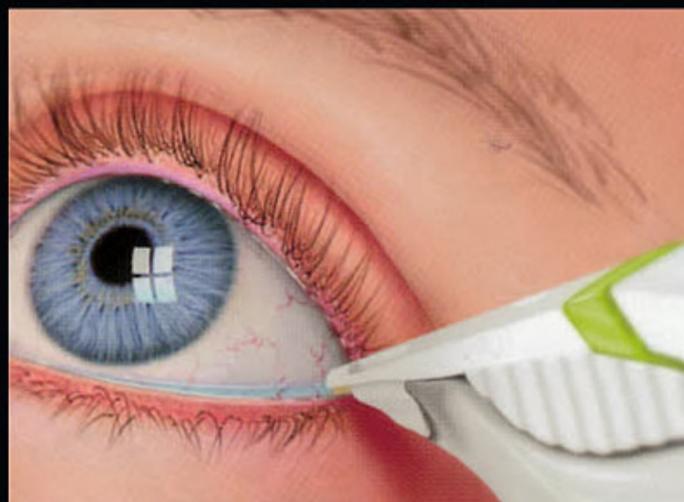


Figura 2: O TearLab coleta uma amostra de lágrima para análise da faixa lacrimal na margem inferior

uso, os médicos e a companhia ainda estão descobrindo as melhores maneiras de empregá-lo em ambiente clínico. “Não pudemos correlacionar precisamente LipiView em cada caso com os resultados e a resposta percebida do paciente,” disse Dr. Carlson. “Gostaríamos de poder. Há um estudo patrocinado pela companhia que avalia essa correlação, bem como a correlação do teste com outros achados e testes de olho seco e os dados ainda estão sendo reunidos. Enquanto aguardamos o aumento de nossa capacidade de definir melhor a magnitude e duração da resposta ao LipiFlow com base em uma grande quantidade de achados—incluindo LipiView—é importante refletir sobre o progresso que fizemos em apenas um ano no diagnóstico e conhecimento do tratamento necessário para pacientes com olhos secos cuja condição é baseada na DGM que leva à deficiência da estabilidade da película lacrimal ao invés de produção lacrimal inadequada.”

“

O sistema TearLab usa uma pequena amostra das lágrimas de um paciente para examinar a concentração de eletrólitos na película lacrimal, o que fornece uma leitura da osmolaridade

TESTE DE OSMOLARIDADE TEARLAB

O sistema TearLab usa uma pequena amostra das lágrimas de um paciente para examinar a concentração de eletrólitos na película lacrimal, o que fornece uma leitura da osmolaridade. Pacientes com níveis mais altos de osmolaridade, especialmente dentro de determinadas faixas, provavelmente têm doença do olho seco.

“Nas décadas de 80 e 90, acreditava-se que a osmolaridade da lágrima era o padrão ouro em teste de olho seco, mas não constituía uma ferramenta prática na época, porque frequentemente não se conseguia obter uma amostra suficiente de lágrimas. Ela precisava ser colhida e, a seguir, transferida para outra câmara de medição e frequentemente havia perda evaporativa da amostra durante o processo de transferência,” explica Dr. Michael Lemp, que é consultor da TearLab. “Portanto, era principalmente uma ferramenta de pesquisa. O atual teste TearLab é diferente e está disponível desde 2008. Ele requer

apenas uma pequena quantidade de lágrimas, 50 nl. A tecnologia é baseada em impedância elétrica e o sistema de coleta é feito de tal maneira que assim que a ponta da caneta de coleta toca a faixa lacrimal na margem inferior, o usuário ouve um sinal de bip notificando que a coleta está concluída. Dentro de três segundos a amostra é medida. A seguir, você coloca a caneta em um leitor no dispositivo e recebe uma leitura da osmolaridade.”

Quando a medição é retornada, o médico consegue identificar um paciente com olho seco de duas maneiras: um dos olhos apresenta osmolaridade de 308 mOsm ou mais; ou há uma diferença entre os dois olhos de 8 mOsm ou mais, uma vez que a instabilidade da película lacrimal entre os olhos é também uma característica da doença. O próprio dispositivo apresenta uma variabilidade de 1,5%, a qual, conforme o Dr. Lemp, se

traduz em cerca de 5 mOsm. “Além disso, observamos que uma leitura de 316 mOsm é um bom limite entre a doença do olho seco leve a moderada,” acrescenta ele.

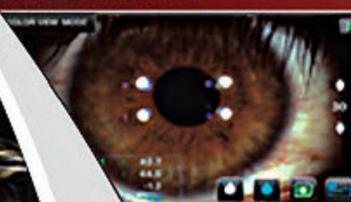
Dr. Lemp afirma que atribuir um valor à superfície ocular do paciente ajuda a encontrar pacientes que, de outra forma, permaneceriam não diagnosticados. “Sabemos que na doença do olho seco leve a moderada, menos da metade dos pacientes apresenta coloração da córnea,” diz ele. “Ainda assim muitos médicos poderiam pensar que se um paciente não tem coloração ele não tem a doença, e deixariam de diagnosticar 50% dos pacientes com doença leve a moderada. Da mesma forma, até 40% dos pacientes com clara evidência objetiva de olho seco são assintomáticos.”

Dr. Lemp diz que alguns artigos publicados questionam a utilidade do TearLab. Um pôster apresentado no encontro anual da *Association for Research in*

Descubra todo o novo em tecnologia com nosso Auto-refractor e Queratômetro

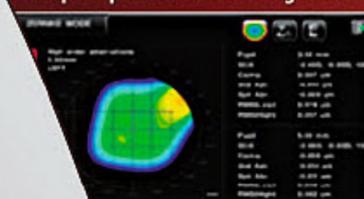
Muitos benefícios em um só produto

Modo de cor



A câmera full color ccd com fonte de luz branca LED.

Mapa para aberrações

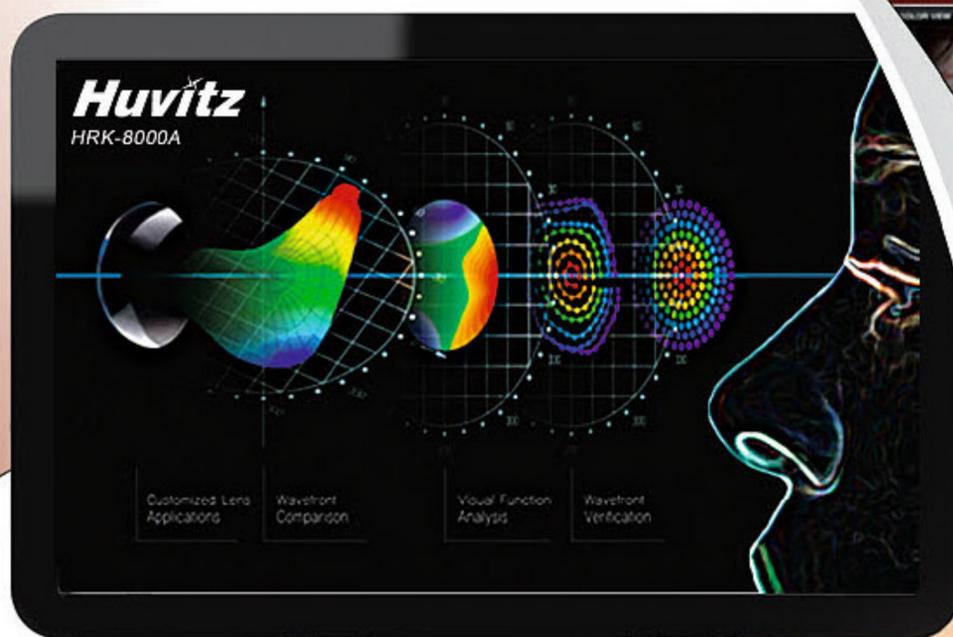


Dados das aberrações mostrados em um mapa de refração gráfica de Zernike.

Guia assistida para lentes de contato



O primeiro auto-refractor/queratômetro no mundo com a função de adaptação de lentes de contato.



HRK-8000A



www.usophthalmic.com info@usophthalmic.com

Brazil Tel: 11 3323 7530



E muito mais...

Vision and Ophthalmology (Associação de Pesquisa em Visão e Oftalmologia) não encontrou nenhuma correlação entre os sinais e sintomas de olho seco, incluindo osmolaridade da lágrima. (Sullivan BD, et al. *IOVS* 2012;53:ARVO E-Abstract 550). Os pesquisadores observaram que a “apresentação clínica de olho seco é multifatorial, com cada teste contribuindo com informação diferente, portanto, não deve ser esperada uma correlação entre os diferentes testes.”

Um recente estudo realizado na Hungria relatou que a osmolaridade da lágrima não conseguiu distinguir pacientes normais de pacientes com olho seco, porém o Dr. Lemp afirma que o estudo tinha problemas e está redigindo uma carta-resposta à revista. “Nesse estudo, os pesquisadores testaram apenas um olho ao invés dos dois, portanto, eles não entenderam a variabilidade,” ele afirma. “E o estudo apresenta viés de seleção, uma vez que qualificaram pessoas para inclusão no estudo usando resultados do teste de Schirmer, tempo de ruptura da película lacrimal e coloração da córnea, mas não o teste de osmolaridade. A seguir, durante o estudo, os pesquisadores questionaram como os três primeiros testes se correlacionaram em cada paciente e observaram que os testes se correlacionaram bem. De qualquer forma, isto não é de surpreender, porque todos esses testes iniciais precisavam ser positivos para os sujeitos serem admitidos no estudo. Os pesquisadores então relataram que a osmolaridade da lágrima não apresentou boa correlação, mas isso não seria incomum porque este não constituiu um dos critérios de inclusão como os outros.”

Outros estudos, entretanto, observaram boa confiabilidade nas medições da osmolaridade da lágrima. Um estudo multicêntrico realizado pelo Dr. Lemp e vários colegas, analisou 314 pacientes para saber como os seis principais testes para olho seco (incluindo osmolaridade, teste de Schirmer, tempo de ruptura da película lacrimal) se correlacionaram com a gravidade crescente da doença do olho seco. Os pesquisadores afirmam que, usando um limite de 312 mOsm/L, a

hiperosmolaridade da lágrima exibiu uma sensibilidade de 73% e especificidade de 92%. Eles declaram que outros testes apresentaram baixa sensibilidade ou baixa especificidade. Da mesma forma, foi observado que diferenças na osmolaridade entre os olhos se correlacionaram à gravidade crescente da doença ($r^2 = 0,32$).

Dr. Lemp diz que eles estão sempre aprendendo mais sobre a doença e que a osmolaridade pode nos fornecer muita informação sobre ela. “Em um trabalho que fizemos na Turquia, durante um período de tratamento de três meses com ciclosporina em casos autênticos de olho seco, foram necessários dois meses antes que observássemos uma redução profunda da osmolaridade,” afirma ele. “Entretanto, os sintomas não diminuíram a um nível estatisticamente significativo até três meses. Esse intervalo é compreensível, porque embora a superfície tenha melhorado em dois meses, ela não havia melhorado a ponto de permitir que o paciente o percebesse. Nós observamos que é necessário um tempo de reparação antes que isso ocorra.”

INFLAMMADRY

Inflammadry (Triagem Rápida de Patógenos, Sarasota, Fla.) é um teste similar ao teste de gravidez feito em casa que colhe uma amostra das lágrimas do paciente e fornece um resultado positivo (doença da superfície ocular) ou negativo (nenhuma doença da superfície ocular). Os usuários afirmam que, embora ele não forneça um resultado numérico, a leitura do teste é atualmente baseada em um valor quantificável das metaloproteinases-9 da matriz nas lágrimas. “Se o teste for positivo, então basicamente isso significa que há mais de 40 ng/ml para o nível de MMP-9,” declara o Dr. Bruce Jackson, de Ottawa, que realizou estudos com Inflammadry, mas não tem nenhum interesse financeiro no dispositivo. “A companhia avaliou os níveis em um olho normal e determinou que 40 ng/ml era o limite superior do normal.

“MMP-9 é uma enzima proteolítica originada das



Um sistema utilizado atualmente mais no âmbito da pesquisa do que da prática diária é a tomografia de coerência óptica do segmento anterior para medição das características da lágrima

células epiteliais estressadas na superfície ocular,” prossegue o Dr. Jackson. “Portanto, essas são células que estiveram sujeitas a olho seco. O MMP-9 é um marcador de inflamação não específico; entretanto ele de fato parece se correlacionar com olho seco, doença da superfície ocular e alguns dos achados clínicos.”

Para realizar o teste, o clínico colhe uma amostra das lágrimas da mucosa interna da pálpebra inferior. Dez minutos mais tarde, se uma linha vermelha aparecer no mostrador de resultados do detector, isso indica nível elevado de MMP-9. Não há muita pesquisa independente sobre Inflammadry no momento, mas nos estudos RPS, a companhia verificou que o teste apresenta 85% de sensibilidade e 94% de especificidade.

Dr. Jackson declara que, usando os níveis de disfunção lacrimal do Dry Eye Workshop, pacientes classificados como “leve” estão mais na faixa normal do Inflammadry, “mas você começa a detectar níveis anormais no nível dois, três e quatro,” ele diz. “E, quanto mais forte a linha vermelha, mais alto é o nível. Ele aumenta com a síndrome de Sjögren e DGM, portanto isso pode lhe dar uma ideia muito boa da presença de mediadores inflamatórios nas lágrimas.”

Inflammadry não está aprovado nos Estados Unidos e, embora esteja aprovado no Canadá, atualmente não tem nenhum distribuidor lá, portanto, o Dr. Jackson pode usá-lo apenas para projetos de pesquisa no momento. “Portanto, quando estiver disponível,” afirma diz, “vou combiná-lo com o uso do teste de osmolaridade TearLab para ter uma ideia melhor de como ele se ajusta à prática clínica.”

OCT DO SEGMENTO ANTERIOR

Um sistema utilizado atualmente mais no âmbito da pesquisa do que da prática diária é a tomografia de coerência óptica do segmento anterior (juntamente com o software de processamento de imagem de terceiros, customizado) para medição das características da lágrima. Damos aqui uma ideia da opinião dos pesquisadores sobre esses sistemas.

Em um estudo envolvendo 48 pacientes com deficiência de humor aquoso e 47 controles, os pesquisadores encontraram indícios de diagnóstico de olho seco na OCT: Eles relataram que o valor limite para um raio anormal de menisco lacrimal na pálpebra inferior era 182 μm e o valor para a altura do menisco lacrimal anormal na pálpebra inferior era 164 μm . Eles acres-



Figura 3: No Inflammadry, se a linha vermelha aparecer, o paciente apresenta um nível anormal de inflamação da superfície

centaram que a sensibilidade e especificidade diagnósticas de LTMR eram 0,92 e 0,87, respectivamente, e que a sensibilidade e especificidade diagnóstica de LTMH eram 0,92 e 0,90. O menisco lacrimal era menor em pacientes com deficiência de humor aquoso do que em sujeitos saudáveis.

Avaliando o tratamento, os pesquisadores utilizaram OCT para obter imagens dos meniscos lacrimais nas pálpebras superiores e inferiores em 14 pacientes consecutivos com olho seco. A seguir, eles iniciaram administração diária de ciclosporina no grupo de tratamento e repetiram as medições em um e dois meses.

Eles observaram que, no grupo de tratamento, as medições mostraram aumentos significativos nas alturas superior ($p=0,003$) e inferior ($p=0,0003$) dos meniscos lacrimais, após um mês com ciclosporina. Os volumes do menisco lacrimal no grupo de tratamento após um mês de tratamento mostraram aumentos significativos nos meniscos lacrimais tanto superior ($p=0,007$) como inferior ($p=0,007$). Em dois meses, o aumento no menisco lacrimal ainda era evidente ($p<0,05$).

Apesar do custo de adquirir uma OCT de alta resolução e da complexidade de lidar com um software para controle de imagem customizado de terceiros impedirem que a medição da lágrima por OCT seja ampliada, os pesquisadores afirmam que as imagens rápidas, não-invasivas e detalhadas da OCT frequentemente podem fornecer a eles informações úteis sobre a presença de olho seco e a eficácia das terapias. ■



APROVAÇÃO DA ANVISA

A Alcon® acaba de lançar no Brasil os mais modernos equipamentos para realização de cirurgias refrativas: o WAVELIGHT® FS200 Femtosecond Laser e o WAVELIGHT® EX500 Excimer Laser. A novidade é utilizada em cirurgias LASIK, que corrigem enfermidades como miopia, hipermetropia e astigmatismo.

O procedimento cirúrgico exige que, inicialmente, o cirurgião retire uma micro película do olho deixando a córnea exposta para, em seguida, corrigir as anormalidades. Com o WAVELIGHT® FS200 Femtosecond Laser, a retirada desse flap corneano deixa de ser manual, desgastando menos tecido corneano e eliminando a necessidade do uso de lâminas ou medicamentos. Esta é a ferramenta mais rápida desenvolvida para esse procedimento e permite ao médico personalizar a cirurgia de acordo com as necessidades específicas de cada paciente com precisão e reprodutibilidade incomparáveis.

A remodelagem da córnea é feita com o WAVELIGHT® EX500 Excimer Laser. O equipamento dá aos cirurgiões a

possibilidade de personalizar o tratamento, baseado na refração do paciente, o tamanho da córnea, o tipo de anormalidades e as características do flap. Além disso, o laser é rápido e permite corrigir uma dioptria em apenas 1,4 segundos. O WAVELIGHT® EX500 Excimer Laser também está equipado com um rastreador ocular, que garante a precisão da aplicação, independente do movimento dos olhos durante o procedimento.

Integrados, esses dois aparelhos formam a suíte refrativa WAVELIGHT®. Utilizada desde 2011 por cirurgiões dos EUA e Europa, essa suíte possibilita que o tratamento seja realizado sem interferências. O especialista insere os dados do paciente e procedimento no sistema uma única vez, já que os equipamentos são informatizados. Com o uso da suíte refrativa WAVELIGHT®, a cirurgia refrativa torna-se mais rápida, eficaz e precisa, proporcionando menos riscos de intercorrências e um pós-operatório mais simples, beneficiando médico e paciente.

Registros ANVISA: Wavelight FS200 - 80147540180/ Wavelight EX500 - 80147540183



Ventosas para lentes esclerais

Sempre em sintonia e acompanhando a evolução do mercado de lentes de contato, a Look Vision agregou à sua linha de produtos um importante item para os novos usuários, a Ventosa para Lentes de Contato Esclerais.

A ideia principal é facilitar o trabalho dos profissionais adaptadores de lentes de contato, e o dia a dia dos usuários das novas lentes.

Mais informações no www.lookvision.com.br



Para tratamento do glaucoma

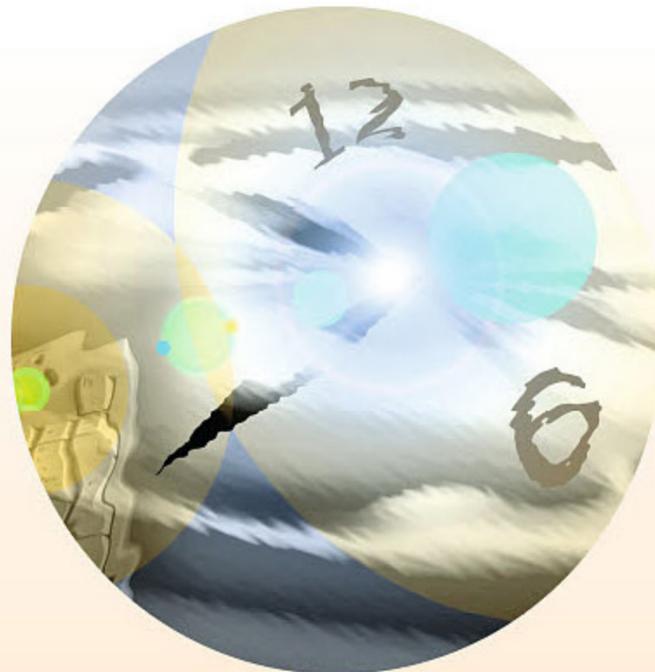
A Alcon acaba de lançar no mercado DUO-TRAVATAN® BAK FREE 5ml. O objetivo da farmacêutica com o novo produto é aumentar a adesão ao tratamento, com uma redução de 20% no preço por ml. A embalagem de 2,5ml continuará no mercado. Em 2011, a Alcon vendeu mais de 300 mil frascos de DUO-TRAVATAN® BAK FREE 2,5ml e pretende aumentar as vendas em 45%. A solução oftalmológica é a primeira combinação fixa de prostaglandina sem cloreto de benzalcônio. A ausência do conservante protege a superfície dos olhos e proporciona ao paciente segurança, eficácia e redução de até 38% na pressão intraocular comprovada por diversos estudos internacionais.

Projeto Olhar Brasil

O Ministério da Saúde divulgou ontem, no Portal da Saúde (www.portalsaude.saude.gov.br) que está ampliando e qualificando a assistência oferecida pelo projeto Olhar Brasil. Uma das medidas adotadas será a contratação de estabelecimentos de saúde privados e públicos para atender mais de quatro milhões de exames oftalmológicos, com o objetivo de reduzir as filas de Espera. A inscrição para o estabelecimento fazer parte deste projeto está disponível na internet como indica o Edital, publicado no dia 1º de novembro no Diário Oficial da União (DOU). O cadastro ficará disponível em um site para consulta dos gestores responsáveis pela contratação dos serviços.

O novo projeto prevê, além de oferecer tratamento oftalmológico integral, o reajuste de valores dos procedimentos na tabela SUS, a identificação de problemas de visão de estudantes de escolas públicas. “Nossa meta é ampliar em até nove vezes a quantidade de consultas. A grande mudança no projeto Olhar Brasil é a ampliação da oferta de consultas especializadas e exames de diagnóstico, sobretudo pelas clínicas privadas”, afirma o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Ainda segundo o texto do Ministério, este número de consultas se aproximaria de 4,7 milhões de procedimen-



tos, cerca de 871% a mais do que na primeira realização do Olhar Brasil. O valor pago pela consulta terá aumento de 47%, passando de R\$ 14,29 para R\$ 21. “Estamos criando uma tabela SUS específica para atender esse público definido, por se tratar de parte da população com menor condição de acesso ao atendimento especializado e a óculos, principalmente os que vivem em regiões mais pobres”, destaca o ministro Alexandre Padilha.

O edital encontra-se disponível no link abaixo:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/8102/162/ministerio-da-saude-credencia-servicos-privados-ao-sus.html>

O olhar e a esquizofrenia

Segundo estudo divulgado em outubro e publicado pela Biological Psychiatry, um modelo de testes de olhar teve 98% de precisão em distinguir pessoas com e sem esquizofrenia. A descoberta, dizem os pesquisadores, pode agilizar o diagnóstico da doença. Os autores do estudo, que pertencem à Universidade de Aberdeen (Grã-Bretanha), agora investigam se isso pode servir para que, identificado o mal, o tratamento dos sintomas seja feito com mais rapidez. O estudo foi liderado pelos professores Philip Benson e David St Clair, que explicam que pesquisas prévias já indicavam a relação entre esquizofrenia e alterações no movimento dos olhos.

A pesquisa da Universidade de Aberdeen usou diversos testes de olhar, nos quais era pedido que voluntários acompanhassem com os olhos objetos que se moviam lentamente; que observassem uma variedade de cenas do dia a dia; e que mantivessem um olhar fixo sobre um alvo parado. “As pessoas com esquizofrenia têm déficits já bem documentados na habilidade de acompanhar com os olhos objetos em

movimento lento”, explica Benson, em comunicado da universidade. “Seu movimento dos olhos tende a não acompanhar o objeto a princípio, e depois fazê-lo usando movimentos rápidos dos olhos.”

O teste de cenas do dia a dia mostrou que “portadores de esquizofrenia têm um padrão anormal (de observação)”, diz ele. No último teste, de fixar-se em um objeto parado, esses portadores “têm dificuldades em manter um olhar fixo”. A equipe de Benson e St Clair realizou seu estudo com 88 pacientes diagnosticados com esquizofrenia e 88 pessoas em um grupo de controle.

Para ele, “sabe-se há mais de cem anos que indivíduos com doenças psicóticas têm diversas anormalidades no movimento dos olhos. Mas, até a realização do nosso estudo, usando uma nova bateria de testes, ninguém pensou que essas anormalidades eram sensíveis o bastante para serem usadas como forma de diagnóstico clínico”.

Fonte: BBC Brasil

Conforto ocular

A Alcon traz ao mercado brasileiro o Opti-Free PureMoist. A Solução de Desinfecção Multipropósito garante 16h de conforto e é a única solução de manutenção de lentes de contato que reduz o depósito de proteínas. Além disso, Opti-Free PureMoist aumenta a eficácia de desinfecção, protegendo a lente da ação de bactérias e fungos. O produto foi desenvolvido especialmente para lentes de contato hidrófilas e de silicone hidrogel. As soluções de desinfecção multipropósito são os únicos produtos indicados para limpeza e conservação de lentes de contato e este é um mercado de 3,5 milhões de unidades que cresceu 6% em 2011 e 35% nos últimos seis anos, de acordo com o IMS.



A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual



Assine a revista **Universo Visual** gratuitamente e mantenha-se atualizado sobre os principais avanços da oftalmologia no Brasil e no exterior

UNIÃO E COMPROMETIMENTO

As empresas Medvision e Acco Science firmam parceria no lançamento de uma nova linha de produtos para a Cirurgia de Catarata: ACCOCEL – Hidroxipropil Metilcelulose, ACCOSOL – Solução Salina Balanceada e ACCOBLUE – Azul de Trypan.

A qualidade é a característica predominante dos produtos e tem sido reconhecida de imediato pelos profissionais que os utilizam.

Para mais informações acesse:

www.medvision.com.br

e www.acco.com.br.

SUCESSO ABSOLUTO

2012 é um ano de festa para a Alcon. A empresa comemora cinco anos de sucesso de Patanol® S no país. Segundo dados do IMS divulgados em outubro deste ano, o medicamento mantém a liderança absoluta no mercado de antialérgicos e em prescrições. Patanol® S foi lançado em 2007 e revolucionou o tratamento de alergias oculares, proporcionando 24 horas de alívio e conforto, com apenas uma gota ao dia. A terapêutica contra a enfermidade visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes, promover o seu bem-estar geral e prevenir complicações. O medicamento é uma evolução do Patanol® Solução Oftálmica, lançado pela empresa em 1998.

App para médicos

Que o médico é um profissional que trabalha 24 horas, todos já sabem. Facilitar a vida desses profissionais, que têm suas vidas divididas entre hospitais, clínicas, consultórios é que seria impossível sem a ajuda da tecnologia. Por isso, o Hospital Israelita Albert Einstein disponibiliza para seus médicos um aplicativo para tablets e smartphones, nas versões para Android e IOS - o Einstein Mobile, que torna simples o acesso às informações de seus pacientes e oferece serviços e materiais de suporte à atividade médica, que podem ser acessados de qualquer lugar. Com esse aplicativo, será possível ao médico acessar o prontuário eletrônico - plataforma que contem os exames laboratoriais e de imagem, prescrições de medicamentos e os registros de todos os membros da equipe que atendeu o paciente durante a internação hospitalar - bastando possuir um tablet ou smartphone conectado à rede 3G ou wi-fi.

Visualizar os exames, através do PACS, sigla para Picture Archiving and Communication System, por meio de um tablet, por exemplo, torna mais fácil para o médico, em casa, dar uma indicação para a equipe que acompanha o caso, já que ele pode acessar ali, qualquer exame de imagem realizado no ambiente hospitalar.

Para garantir a segurança da informação, o aplicativo só será utilizado por profissionais cadastrados no



Einstein, mediante autenticação e nenhuma informação será armazenada nos dispositivos utilizados.

Além, da rapidez no contato com o hospital para tomada de decisões com relação ao paciente, o médico também passa a ter acesso a informações úteis no seu dia a dia, sem precisar consultar livros ou centenas de sites, como: calculadoras médicas, tabelas e informações do Einstein como custos de procedimentos, protocolos do Hospital, cadastro dos demais profissionais e até um serviço de mensagem entre os médicos.

Está previsto em breve um módulo especial de consulta de resultados de exames para médicos que não atuam no Hospital, mas encaminham seus pacientes para a realização de exames. Com isso, o Einstein espera colaborar para o aumento da rapidez e do conforto no trabalho dos profissionais de seu corpo clínico, além de facilitar a relação dos médicos com os seus pacientes.

Para tratamento do glaucoma

No ano de 2012, a MSD lançou Saflutan, o único análogo da prostaglandina sem conservantes no mercado. A grande aposta da MSD-Oftalmologia apresenta potente redução da PIO, em até 35,6%, e controle duradouro desta¹. Devido ao diferencial da ausência de conservantes, a longo prazo provoca menos danos à superfície ocular do paciente. Em estudo de troca de análogos de prostaglandinas com conservantes por Saflutan este mostrou redução em 80% dos casos de hiperemia². Além da formulação sem conservante, o produto trouxe a inovação da apresentação em flaconetes, que permite o controle das doses administradas pelo paciente e menor risco de contaminação.



1. Uusitalo H, Pillunat L.E, Ropo A. Efficacy and safety of tafluprost 0.0015% versus latanoprost 0.005% eye drops in open-angle glaucoma and ocular hypertension: 24-month results of a randomized, double-masked phase III study. Acta Ophthalmol. 2010;88(1):12-19.

2. Hommer A et al. Clin Ophthalmol. 2011; 5: 623-631.

COMPRAS ONLINE

A MGR Vision Care disponibiliza a todos os seus clientes a compra de colírios de todas as marcas e produtos de rotina diária para clínica, consultório ou hospital sem se preocupar com receitas, validade e quantidade. Atendimento rápido e sem burocracia. Mais informações no site www.mgrvisioncare.com

REUNIÃO DE SUCESSO

A Bausch + Lomb reuniu mais de 60 oftalmologistas de toda a América Latina em um evento científico no Instituto Bascom Palmer em Miami na última semana de novembro. “Temos o compromisso de fomentar a discussão sobre a saúde dos olhos. Participar de congressos científicos como este faz parte do processo de avanço na qualidade dos tratamentos para o cuidado dos olhos dos pacientes”, disse Calvin W. Roberts, MD, vice-presidente executivo e Chief Medical Officer Global da Bausch + Lomb. “Este simpósio sobre antibióticos com profissionais de toda a América Latina foi muito gratificante”.

Roberts e os professores do Instituto Bascom Palmer, Terrence O'Brien, MD, e Darlene Miller, DHSc (Doutora em Ciência da Saúde), MPH (Mestre em Saúde Pública), discutiram conceitos importantes de infectologia, antibioticoterapia e microbiologia aplicada aos cuidados com os olhos.

Os princípios para a seleção e o uso de antibióticos também foram abordados por Luiz Henrique Melo, MD, Professor de Infectologia e Medicina Interna da Universidade de Medicina da UNIVILLE, Joinville. Esse simpósio foi uma boa oportunidade para compartilhar informações sobre as inovações no tratamento de infecções bacterianas na oftalmologia. Segundo, Dr. Melo “Atualmente, dispomos



de uma nova quinolona, o besifloxacinol que apresenta altas taxas de erradicação de agentes patogênicos multi-resistentes oculares, incluindo os Staphylococcus sp resistentes à quinolonas”.

O evento antecedeu o XXXIV Curso Interamericano em Clínica Oftalmológica organizado por Eduardo Alfonso, MD, Paulo Palmberg, MD e Víctor Perez, MD e reuniu cerca de 600 oftalmologistas do Brasil, México, Peru, Chile, El Salvador, Nicarágua, Argentina, Bolívia, Venezuela, Colômbia e Paraguai.

agenda 2013

MARÇO	V Jornada de Oftalmologia do Hospital São Rafael	1 e 2	Hospital São Rafael - Salvador/BA	dimagnavitaeventos@yahoo.com.br www.ceosr.com.br/jornada
	36º Simpósio Internacional Moacyr Álvaro -Simasp	7 a 9	São Paulo/SP	info@fernandapresteseventos.com.br
	38º Congresso da Associação Paranaense de Oftalmologia	14 a 16	Curitiba/PR	www.apo-pr.com.br
	XVII Congresso da Sociedade Brasileira de Uveítes	14 a 16	Hotel BH Platinum Belo Horizonte/MG	wiltonfeitosa@hotmail.com
	XIX Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia	21 a 23	Enotel Resort & Spa Porto de Galinhas - Ipojuca/PE	secretaria.cnne2013@snno.com.br
	4ª Jornada Paulista de Oftalmologia	22 e 23	Hotel Fonte Colina Verde São Pedro/SP	eliansd@usp.br
ABRIL	38º Congresso da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo	11 a 13	Belo Horizonte/MG	www.retina2013.com.br
	XIX Congresso Latino Americano de Estrabismo; VI Congresso Brasileiro de Estrabismo e Oftalmologia Pediátrica; V Congresso da Sociedade Latino-Americana de Oftalmologia Pediátrica	17 a 20	Rio de Janeiro/RJ	www.clade2013.com.br
	American Society of Cataract and Refractive Surgery (ASCRS)	19 a 23	São Francisco/CA	www.ascrs.org
MAIO	VI Congresso Brasileiro da SOBLEC	2 a 4	Centro de Convenções Frei Caneca São Paulo/SP	(11) 5084-9174 / 5082-3030 www.congressodasoblec.com.br
	XXXIII Congresso do Hospital São Geraldo	23 a 25	Belo Horizonte/MG	www.hospitalsaogeraldo.com.br
MAIO/JUNHO	VII Congresso Brasileiro de Catarata e Cirurgia Refrativa; V Congresso Brasileiro de Administração em Oftalmologia	29/5 a 1/6	Hotel Iberostar Bahia Praia do Forte - Salvador/BA	www.catarataerefrativa2013.com.br
JUNHO	XV Simpósio Internacional da Sociedade Brasileira de Glaucoma	6 a 8	Centro de Convenções Anhembi São Paulo/SP	(11) 3214-2004 www.sbglaucoma.com.br
	Congresso da Sociedade Europeia de Oftalmologia	8 a 11	Copenhague - Dinamarca	soe2013.org
	VI Congresso da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal	20 a 22	São Paulo/SP	www.visaosubnormal.org.br
	VII Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Oftalmologia	26 a 29	Centro de Convenções Mabu Thermas & Resort, Foz do Iguaçu/PR	(21) 3235-9220 www.sboportal.org.br



fotos: Divulgação

Casa no campo

Com o objetivo de proporcionar aos visitantes a experiência da vida no campo com um toque charmoso, a Fazenda Catuçaba mantém preservado as características originais de suas instalações, um casarão de 1850, sede de uma antiga fazenda de café. Suas acomodações são de estilo colonial, porém com todo o conforto necessário para uma prazerosa estadia: lençóis egípcios, camas grandes, travesseiros macios, banheiras, entre outros mimos.

A comida também recebe atenção especial e toda ela é produzida lá mesmo, ou em propriedades vizinhas.

Localizado a 40 minutos do Parque Estadual da Serra do Mar, bem perto da cidade de São Paulo, os visitantes podem desfrutar de diversas atividades que o local proporciona. O terreno que abriga o hotel possui 450 hectares repletos de cachoeiras e trilhas, que encantam qualquer amante da natureza.

FAZENDA CATUÇABA

São Luiz do Paraitinga, São Paulo

www.catucaba.com

Jeitinho mineiro

Há 40 anos o Solar da Ponte cultiva a hospitalidade mineira com o requinte e simplicidade típica da região. Instalado em um casarão em estilo colonial, bem no Centro Histórico da cidade de Tiradentes, o hotel dispõe de 18 apartamentos decorados com todo o conforto da hotelaria moderna, mas conservando o sabor de uma casa de campo mineira.

Sendo um dos sócios fundadores da Associação Roteiros de Charme, o Solar da Ponte, mantém um padrão de qualidade que privilegia a hotelaria diferenciada, onde o único objetivo é uma experiência inesquecível de encantamento e de acolhimento, em contato direto com a cultura local: na mobília, na arquitetura, na gastronomia, nas artes e no povo mineiro, naturalmente hospitaleiro.



SOLAR DA PONTE

Galápagos, Equador

www.finchbayhotel.com

anunciantes desta edição

Alcon

Alcon
SAC 0800 707 7993
Fax (11) 3732 4004
Meia capa e 4ª capa



COMÉRCIO,
IMPORTAÇÃO E
EXPORTAÇÃO LTDA.

Rocol/HV
Tel. (11) 3549 2855
Fax (11) 3287 9295
Página 21

 **OPHTHALMOS**

Ophthalmos
Tel./Fax (11) 3488 3788
Página 17

 **ALLERGAN**

Allergan
Tel. 0800 174 077
3ª capa



União Química (Genom)
Tel. (11) 5586 2000
Fax (11) 5586 2170
SAC 0800 11 15 59
Páginas 7 e 15



Optolentes
Tel. (51) 3358 1700
Fax (51) 3358 1701
Página 29

Johnson & Johnson
Vision Care

Johnson & Johnson
Tel. 0800 728 8281
2ª capa e página 3



US OPHTHALMIC
USOphthalmic
Tel. (11) 3323 7530
Tel. USA (786) 621 0521
Fax USA (786) 621 1842
www.usophthalmic.com
Páginas 33, 37 e 39

ponto
ComSaúde
pontocomsaude.com.br

Pontocom
Tel. 0800 885 9555
Página 25

LOOK Vision
Soluções inteligentes para a saúde

Look Vision
Tel. (11) 5565 4233
Página 11



We make it visible.
Zeiss
Tel. 0800 770 5556
Página 5