

Univ^oVisual

● A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

ABRIL 2013 | ano XI | nº 70 | Jobson Brasil universovisual.com.br

CAPA

Antiangiogênicos
injetáveis: um olhar
mais abrangente
é necessário?

INOVAÇÃO

Aparelhos de imagem
digital revolucionam
a oftalmologia

GLAUCOMA

O impacto do tratamento
na qualidade de vida
dos pacientes

R\$ 9,90



A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

REVIEW
of Ophthalmology

CONSELHO EDITORIAL 2013

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

Alexandre Ventura

Bruno Fontes

Paulo Augusto Mello Filho

Pedro Carlos Carricondo

Ricardo Holzchuh

Silvane Bigulin



Publisher e editor Flavio Mendes Bitelman

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

Edição 70 - ano XI - Abril de 2013

Editora Marina Almeida

Diretora de arte Ana Luiza Vilela

Gerentes comerciais e de marketing Fernanda Ferret e Nara Monteiro

Gerente administrativa Juliana Vasconcelos

Colaboradores desta edição: Diderot Parreira, Rachel Lopes Rodrigues Gomes, Ricardo Paletta Guedes, Rodrigo Durães e Vanessa Maria Paletta Guedes (artigos); Adriana do Amaral, Diego Ferron, José Vital Monteiro, Luciana Rodriguez, Raphael Cavaco (texto); 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

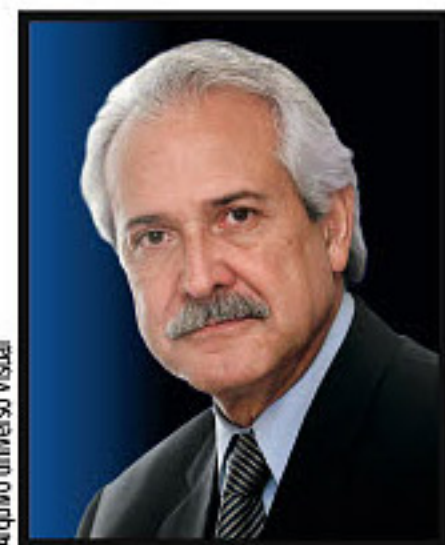
As opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade dos autores.

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.

Somos inocentes até prova em contrário!



Nesta Universo Visual nos chama a atenção o artigo dos irmãos Guedes. Eles abordam um aspecto importante do tratamento do glaucoma frequentemente negligenciado: a qualidade de vida dos glaucomatosos. Descrevem os vários métodos para a avaliação da qualidade de vida e os inúmeros aspectos que podem ser analisados, como o impacto da limitação visual em si: dificuldade em executar tarefas do cotidiano, além do desconforto da administração diária dos colírios, seus efeitos colaterais, dificuldade de aquisição, etc.

Tudo isto nos remete a um estágio anterior do problema: quando iniciar o tratamento do paciente com suspeita de glaucoma? A ideia hoje é diagnosticar o chamado glaucoma pré-perimétrico. Tudo bem, o tratamento então está indicado quando o diagnóstico é feito, e não quando apenas se tem suspeita, como é o caso dos hipertensos oculares. No início traz consigo o diagnóstico de glaucoma e faz desabar sobre o indivíduo o estigma de cegueira, o condena ao penoso ritual das gotas e o obriga a rever suas expectativas perante a vida! É um preço muito alto para alguém que seja apenas suspeito. Aliás, judicialmente, somos todos inocentes até prova em contrário. O GPAA é uma doença crônica que se desenvolve por décadas e podemos manter o suspeito sob vigilância, ao invés de condená-lo a priori. No caso do glaucoma, a condenação tende a ser “perpétua” já que raramente a real necessidade do tratamento é revista. E tem mais, depois de iniciar o tratamento, nos casos indicados, devemos ainda ter a cautela e bom senso e não exorbitarmos nos riscos de cegueira e nem nos entregarmos na busca paranóica de pressões cada vez mais baixas: isto só significará comprometimento adicional da qualidade de vida dos nossos pacientes.

Forte abraço,

Homero Gusmão de Almeida *Editor Clínico*

Os avanços da ciência



Nos últimos anos, uma avalanche de novas ferramentas diagnósticas tem sido lançadas no mercado com o intuito de auxiliar o oftalmologista na avaliação de pacientes com determinadas patologias. Hoje, os aparelhos digitais de imagem já são a maioria. São utilizados em uma grande variedade de exames complementares pedidos aos pacientes na prática diária da oftalmologia. É o que mostramos na matéria da seção Inovação.

Assim como a área de tecnologia, que caminha a passos largos, nós da Universo Visual, procuramos sempre acompanhar as evoluções que cerceiam a oftalmologia.

Na seção Gestão, abordamos as mudanças no mercado de trabalho que envolvem gestão de pessoas. Se antes os tradicionais baby boomers eram predominantes, hoje assistimos a entrada da geração Z no mercado de trabalho. Entender as diferentes características de cada das gerações é primordial para promover um perfeito entrosamento e um bom clima organizacional entre todos os colaboradores. E em se tratando da área de saúde então, é preciso ainda mais habilidade para lidar com pessoas e capacidade de decisão com alto grau de acerto, pois na medicina não há espaço para erros.

Boa leitura!

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

Sumário

Edição 70 Abril 2013

08 Entrevista

Márcio Nehemy, presidente do 38º Congresso da SBRV, fala sobre perspectivas futuras da área de retina

10 Capa

Antiangiogênicos injetáveis: um olhar mais abrangente é necessário?

18 Inovação

Aparelhos de imagem digital revolucionam a oftalmologia.

24 Gestão

Para uma boa gestão, é preciso entender como agem e quem são as diferentes gerações de profissionais

28 Em pauta

Saúde ocular dos idosos: principais desafios

32 Lentes Intraoculares

Lentes acomodativas vs. lentes multifocais: a importância de conhecer as duas tecnologias

36 Glaucoma

O impacto do tratamento do glaucoma na qualidade de vida dos pacientes

40 Relato de caso

Traumatismo orbitozigomático

44 Glaucoma

Cirurgia: tendência para o implante de drenagem

49 Notícias e produtos

52 Eventos

56 Agenda

57 Dicas da redação

38º Congresso da SBRV

O que esperar? Da oftalmologia atual às perspectivas futuras: tecnologias, nanotecnologia, visão artificial e células-tronco no tratamento das doenças vitreoretinianas

Adriana do Amaral

Com vasta experiência em eventos nacionais e internacionais, o oftalmologista Márcio Nehemy espera receber cerca de 1500 pessoas in loco e inúmeros participantes virtuais durante o 38º Congresso da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo, que será realizado entre os dias 11 a 13 de abril, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Nehemy é Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Chefe do Serviço de Retina e Vítreo do Hospital São Geraldo da UFMG e do Instituto da Visão em Belo Horizonte e também Membro da comissão científica do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e da Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Integrou o “Board” da Sociedade Americana de Especialistas em Retina (ASRS), da Sociedade Européia de Retina e Vítreo (EVRs) e da Associação Panamericana de Oftalmologia, à Universo Visual, ele falou sobre os desafios de ser o anfitrião de um evento de tanta importância.

Universo Visual: Como presidente do 38º Congresso da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo, qual o principal desafio a ser vencido?

Márcio Nehemy: Estruturar um programa científico coerente contemplando os avanços no campo de retina e vítreo e como traduzir esses progressos em ações práticas na clínica diária, além de oferecer uma perspectiva para os próximos anos. Pela primeira vez teremos no Brasil simpósios conjuntos com a Sociedade Americana de Es-

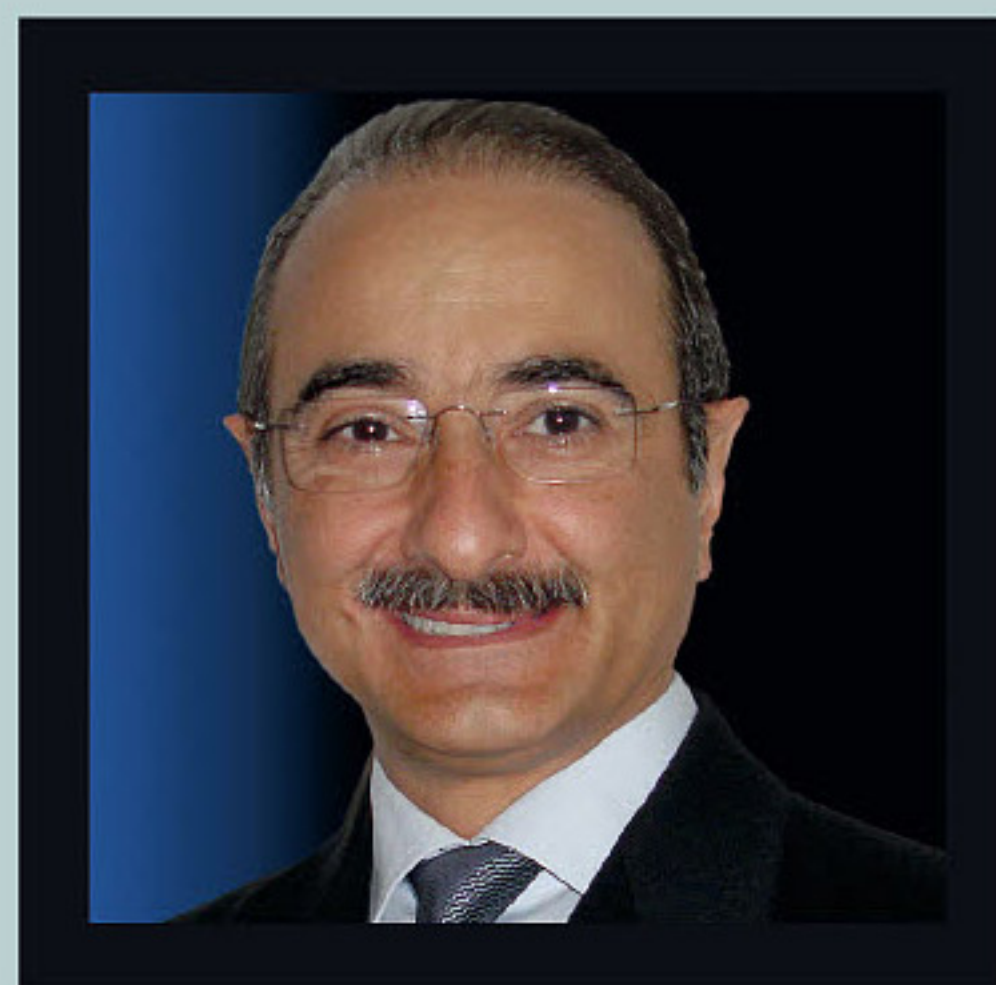


Foto: arquivo pessoal

Márcio Nehemy

pecialistas em Retina (ASRS - American Society Retina Specialists), a Sociedade Européia de Retina e Vítreo (EU-RETINA), com o Grupo Europa America Latina de Retina e Vítreo (EUROLAM) e duas sessões de casos cirúrgicos (RETINAWS E FORMULA RETINA) cujo conteúdo estará disponível pela Internet, para visualização em todo o mundo.

UV: “Buscando novos limites” é a chamada do Congresso. Quais são os limites que devem ser superados?

Nehemy: Nos últimos anos houve uma verdadeira revolução no tratamento das doenças de retina e vítreo, principalmente com o advento dos antiangiogênicos e dos tomógrafos de domínio espectral, que permitiram uma análise dos tecidos coriorretinianos e do vítreo como nunca antes imaginado. Nesse Congresso serão apresentados novos aparelhos e novas tecnologias de Tomografia de Coerência Óptica (OCT), avanços em nanotecnologia,

visão artificial e o potencial das células-tronco no tratamento das doenças vitreoretinianas. Serão ainda melhor avaliados os fatores associados ao sucesso e insucesso dos tratamentos atualmente vigentes.

UV: Qual o tema central e foco principal do congresso?

Nehemy: Os novos tratamentos clínicos e cirúrgicos para os casos desafiadores, para os quais ainda não se conseguiu um resultado satisfatório, e na apresentação e discussão de novos conhecimentos de fisiopatologia, bem como das recentes aquisições tecnológicas que podem ampliar nossa capacidade de tratar esses casos.

UV: Resumidamente, como será a dinâmica do evento?

Nehemy: O congresso está baseado em painéis, sessões de discussões de casos clínicos e cirúrgicos, onde em mesas redondas com os mais importantes especialistas brasileiros e estrangeiros, serão debatidos tanto os casos com condutas estabelecidas em uma medicina baseada em evidência, como também casos desafiadores, para os quais ainda há controvérsias quanto ao melhor tratamento. Teremos ainda cerca de 30 conferências internacionais envolvendo os principais avanços e pesquisas no campo de retina e vítreo e o tradicional “Festival de Vídeos”, onde novas técnicas cirúrgicas serão apresentadas, uma importante sessão de temas livres e dezenas de pôsteres eletrônicos.

UV: É possível nos adiantar quanto aos trabalhos que serão apresentados?

Nehemy: Teremos 15 palestrantes internacionais, vindos da Europa, Estados Unidos e América Latina, figuras luminares, não apenas retinólogos, mas da oftalmologia internacional. Em verdade, muito dos palestrantes são idealizadores e coordenadores dos mais importantes estudos multicêntricos que vem sendo realizados em retina e vítreo. Alguns, como o Professor Marco Zarbin, tem uma densa produção científica em ciências básicas que formarão um pano de fundo muito interessante para o congresso. A esses se somarão virtualmente todos os especialistas brasileiros em retina e vítreo que têm hoje reconhecimento internacional pela alta qualidade das pesquisas e dos tratamentos que são aqui realizados.

UV: Pensando nos colegas oftalmologistas que se deslocarão de todo o Brasil, além da difusão do conhecimento, qual a principal oportunidade resultante do congresso?

Nehemy: Como você bem mencionou, o principal obje-

tivo é a difusão do conhecimento. Será oferecido aos oftalmologistas brasileiros um conteúdo de altíssimo nível científico, só encontrado em congressos internacionais de alto nível. Teremos ainda a oportunidade de um contato direto e interativo da audiência com palestrantes capacitados a discutir as mais difíceis situações clínicas. Além da parte científica teremos ainda uma programação social excepcional, com coquetel e jantar (com música ao vivo e DJ) para todos os participantes, que será realizado no “Minas Tênis Clube”. Aos acompanhantes serão oferecidas várias opções de passeios turísticos.

UV: Haverá alguma premiação especial durante o congresso?

Nehemy: Como já é tradicional, teremos premiação pelo melhor tema livre, sob o patrocínio Alcon; melhor tema livre envolvendo o tema “Antiangiogênicos”, com o patrocínio Novartis, e o Festival de Vídeos Alcon, com premiação dos cinco melhores vídeos cirúrgicos nas respectivas categorias.

UV: Está programado algum evento paralelo que mereça ser mencionado?

Nehemy: Na sexta-feira teremos uma programação básica, que denominamos de “Retina e Vítreo - de A a Z” para o generalista, onde haverá um programa especialmente elaborado para uma reciclagem de alto nível.

UV: A partir da sua experiência, qual a realidade nacional na área do conhecimento e desafios na terapêutica das patologias relacionadas às áreas da retina e vítreo.

Nehemy: É com grande satisfação que constatamos que a oftalmologia brasileira em geral, e particularmente a área de retina e vítreo, é bastante pujante. Os tratamentos realizados pelos nossos especialistas equiparam-se aos melhores centros mundiais. Aliás, os retinólogos brasileiros, como ademais os oftalmologistas brasileiros, são reconhecidos internacionalmente pela alta qualidade da medicina que praticam. Em verdade, recebemos pacientes de vários países, o que demonstra o alto nível da oftalmologia praticada no Brasil.

UV: Finalizando, você gostaria de fazer um convite para que o leitor da Universo Visual participe do congresso?

Nehemy: Sim, gostaríamos de convidar todos os colegas brasileiros para participar desse grande evento da oftalmologia brasileira. Belo Horizonte, como sempre, os espera de braços abertos. ■

ANTIANGIOGÊNICOS INJETÁVEIS: UM OLHAR MAIS ABRANGENTE É NECESSÁRIO?

Novos capítulos são escritos sobre a intensa polêmica que mobiliza retinólogos de todos os quadrantes e que tem reflexos específicos em cada país

José Vital Monteiro

“**A**vastin® doesn't blind people, people blind people”. É difícil imaginar um título mais sugestivo para o estudo publicado no American Journal of Ophthalmology de fevereiro de 2012 no qual respeitados médicos de importantes instituições de pesquisa preconizam o uso, sob determinadas condições, do bevacizumab no tratamento da forma exsudativa da Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI).

Esse artigo, cujo título faz jogo de palavras com conhecido slogan de associações norte-americanas que combatem regulamentações à posse de armas, traz um panorama da polêmica que envolve o tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico da DMRI exsudativa. Fiel ao título, preconiza que os médicos usem o bevacizumab de acordo com as condições estabelecidas pela segunda versão do capítulo 797 da United States Pharmacopeia que, ainda segundo o estudo, tem 61 páginas de detalha-



Fotos: arquivo Universo Visual



WALTER TAKAHASHI:

“Ensaio clínico multicêntrico e controlado demonstraram que a terapia intravítrea com aplicação de antiangiogênicos é um método eficaz e seguro, conseguindo melhorar a visão em 34% dos casos.”



MAURÍCIO MAIA:

“Se o médico tiver certeza de que a manipulação foi feita de forma adequada, não há por que restringir este tratamento (bevacizumab), que tem resultados semelhantes aos de outras drogas.”



MICHEL EID FARAH:

“Eventuais consequências legais e jurídicas que poderiam advir da utilização do Avastin® em condições impróprias sempre vão prejudicar o médico, que ele considera o elo mais fraco da corrente.”

das instruções. Entretanto, fiel às evidências científicas acumuladas até o presente, em momento algum o artigo estabelece qualquer superioridade do bevacizumab em relação ao ranibizumab ou ao recentemente lançado aflibercepte.

O estudo em questão foi mais um capítulo da intensa polêmica que mobiliza retinólogos de todos os quadrantes e que tem reflexos específicos em cada país e em cada região. Os interesses envolvidos mesclam-se em complexas e dinâmicas realidades nas quais o médico e o paciente são os polos mais vulneráveis.

E NO BRASIL?

O bevacizumab, cujo nome comercial é Avastin®, foi liberado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para o tratamento de câncer colorretal. Sua utilização no tratamento da forma exsudativa da DMRI é considerada off-label, isto é, está fora da bula do Sistema Único de Saúde, das associações médico-científicas e das considerações da maioria dos convênios e das seguradoras. Entretanto, é usado por causa de seu preço significativamente inferior às duas alternativas registradas pela ANVISA: o ranibizumab (Lucentis®) e o aflibercepte (Eylia®). Assim, pessoas que não têm acesso ao sistema de medicina suplementar e não tem condições de esperar pelo tratamento no SUS, deparam-se com a tentadora

alternativa do bevacizumab que, entretanto, pode gerar problemas para o médico no futuro e, estudos demonstram, têm mais possibilidades de ter efeitos colaterais que os outros medicamentos.

De acordo com o protocolo elaborado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e publicadas pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) no décimo volume do Projeto Diretrizes, a DMRI ou maculopatia relacionada à idade é a causa mais comum de deficiência visual, podendo levar à perda da visão central ou cegueira, acometendo indivíduos com mais de 50 anos.

Já a recomendação emitida pela Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo (SBRV), contida no volume de 2012 do Manual de Ajuste de Condutas do CBO e da Federação das Cooperativas Estaduais de Serviços Administrativos em Oftalmologia (FeCOOESO), afirma que a DMRI atinge cerca de 10% da população acima de 65 anos (aproximadamente 150 mil pessoas). Afirma também que a maioria destes pacientes (90%) apresenta DMRI do tipo seca ou atrófica para a qual a terapia com injeções intravítreas com medicamentos antiangiogênicos não é indicada. A forma úmida ou exsudativa, na qual existe a presença de membrana neovascular retiniana que causa a perda abrupta e severa da visão, atinge cerca de 10% dos portadores da DMRI o que, em números muito aproximados,



significa 15 mil brasileiros que já estão (ou podem vir a ser em curto prazo) privados da capacidade de contar dinheiro, dirigir, ler, reconhecer o rosto dos netos ou assistir televisão.

Para estes, ainda de acordo com a recomendação da SBRV, “ensaios clínicos multicêntricos e controlados demonstraram que a terapia intravítrea com aplicação de antiangiogênicos é um método eficaz e seguro, conseguindo melhorar a visão em 34% dos casos e a estabilização da mesma em 90% dos pacientes tratados, enquanto os olhos não tratados, geralmente, evoluem para perda irreversível da visão central”.

Os medicamentos apontados pela recomendação da SBRV, ranizumab e pegaptanib (Macugen®), já que na época não havia sido lançado o aflibercepte, são objeto do seguinte alerta: “Por serem medicamentos sujeitos à degradação e perda de efetividade, as drogas antiangiogênicas devem ser mantidas corretamente acondiciona-

das sob refrigeração, observando-se atentamente o prazo de validade. É imprescindível que o oftalmologista que vai aplicar a droga tenha total segurança quanto à origem e condições de transporte e armazenamento do produto, bem como conhecimento e treinamento específico no diagnóstico e tratamento das doenças da retina e vítreo”.

O não citado nominalmente Avastin® é desaconselhado pelos riscos de contaminação que podem resultar do processo de fracionamento. A recomendação assinalou que, na época, a agência de vigilância sanitária americana (FDA) e a Associação dos Especialistas em Retina da América (ASRS) emitiram pareceres de alerta quanto aos riscos de infecção intraocular em casos tratados com medicações inadequadamente fracionadas, sem condicionamento e transporte adequados.

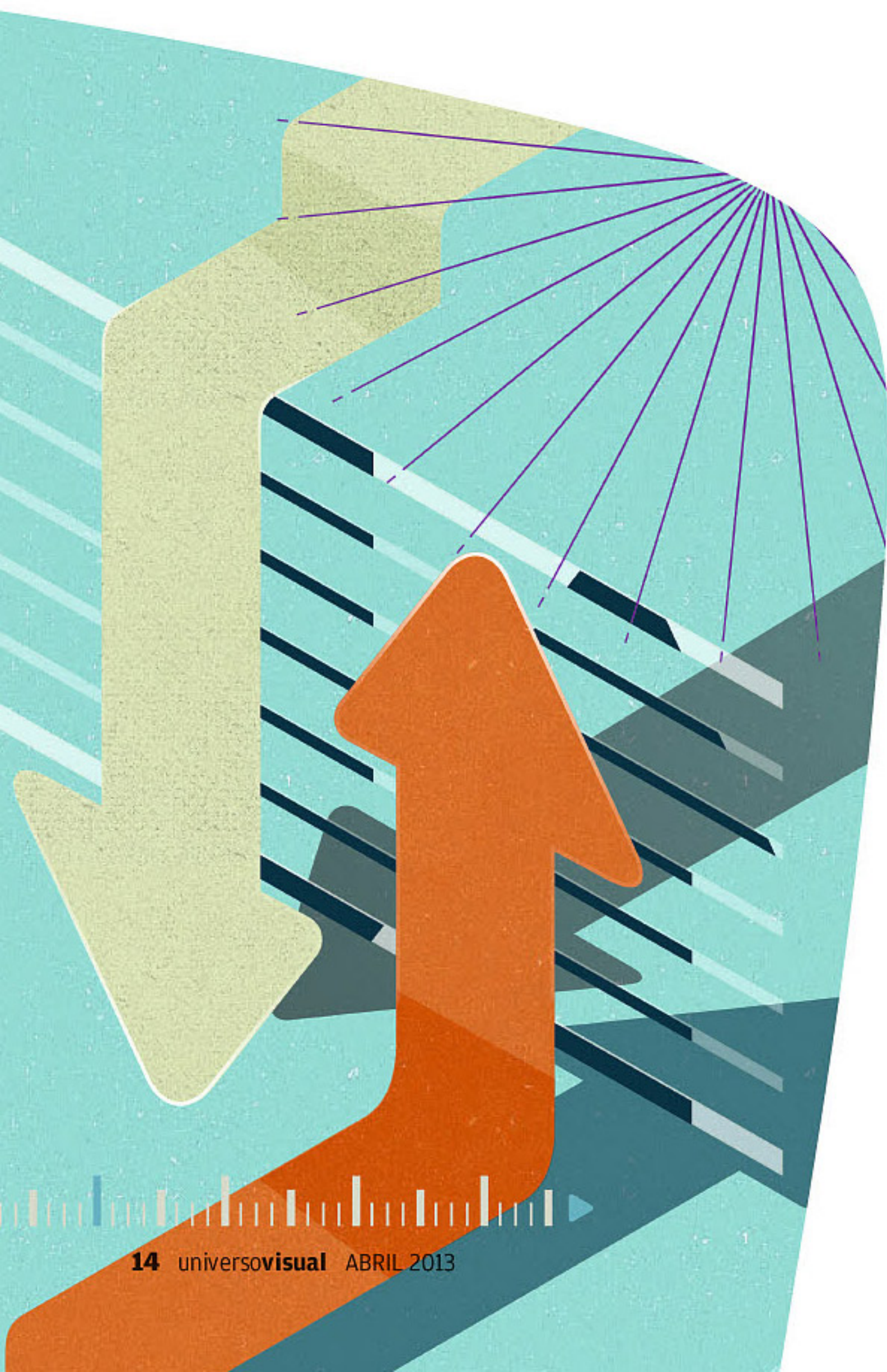
NOVO OLHAR?

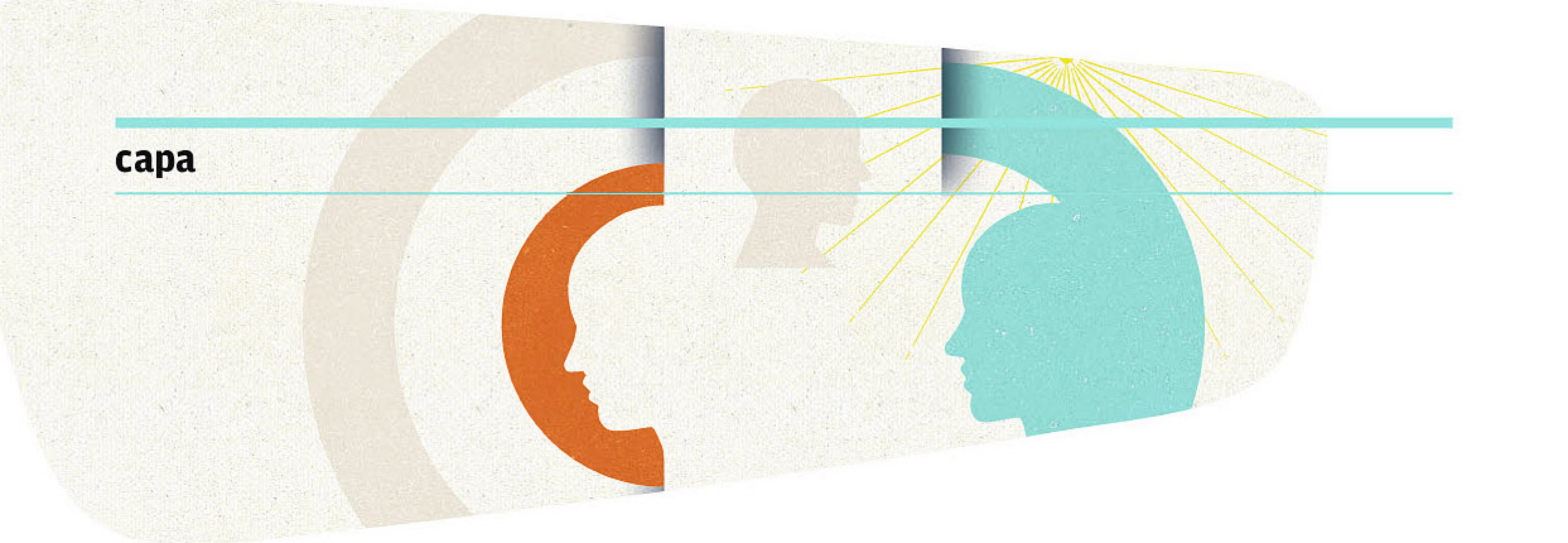
O atual presidente da SBRV, Professor Associado da Faculdade de Medicina da USP e chefe do Serviço de Retina e Vítreo do Departamento de Oftalmologia da USP, Walter Y. Takahashi, mantém a cautela.

Embora ressalte que até o momento, o único estudo comparativo entre o Avastin® e o Lucentis®, denominado CATT (Comparisons of Age-Related Macular Degeneration Treatments Trials) não tenha demonstrado diferença em termos de ganho visual entre os dois medicamentos após dois anos, afirma que foi realizado em condições nas quais o fracionamento tenha sido feito da forma mais rigorosa possível, o que na vida real das clínicas, consultórios, hospitais e laboratórios quase nunca acontece. Mesmo assim, resalta que os pacientes tratados com bevacizumab apresentaram maior porcentagem de complicações sistêmicas posteriores ou simultâneas ao tratamento.

“Vários casos de infecção intraocular após injeção de Avastin® fracionado foram relatados no mundo todo, por imperfeições no fracionamento. Algumas entidades americanas aceitam o medicamento somente se for utilizado o frasco original e desprezado a grande sobra, para se evitar os riscos de um fracionamento mal feito”, explica Takahashi.

O presidente da SBRV lembra que as medicações liberadas pela ANVISA para uso intraocular são Lucentis® e Eylea®, o último com a vantagem de necessitar de menos injeções para se manter a doença sob controle. Lembrou que o ranibizumab já foi liberado também para o tratamento de edema macular diabético e de oclusões venosas da retina. “De fato, o bevacizumabe é medicação de cadeia fria e deve ser mantido/manipulado em temperatura ideal. O transporte da medicação pode influenciar em seus efeitos? A solução fracionada tem homogeneidade





apropriada? O calor pode interferir na sua eficiência? São muitos aspectos que podem fazer com que a alíquota fracionada não tenha a eficiência requerida. Também temos riscos como contaminação, que podem redundar em infecção pós-injeção. Não é uma medicação liberada pela ANVISA para uso intraocular, e qualquer complicação pode redundar em problema jurídico para o médico que o aplicou”, conclui o presidente da SBRV.

Com uma posição igualmente cautelosa, mas levando em consideração outros fatos, o secretário da língua portuguesa da Associação Pan-Americana de Oftalmologia, professor Livre-Docente e de Pós Graduação do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e diretor de comunicação da SBRV, Maurício Maia, informa que a ANVISA prevê a hipótese de uso de medicação off-label e que, portanto, o Avastin® pode ser utilizado por qualquer oftalmologista no Brasil, desde que sejam seguidas as regras de fracionamento estabelecidas pela agência e o médico se responsabilizar pelo ato da injeção. “É óbvio que qualquer medicação que seja fracionada ou manipulada de maneira inadequada pode trazer riscos para o paciente, sejam antibióticos, antifúngicos ou outra medicação. No meu consultório utilizo Avastin® em mais de 70% dos casos, há mais de oito anos e nunca tive problemas legais ou médicos”, afirmou Maia.

Afirma que o fracionamento é seguro desde que seja feito por uma farmácia de manipulação ou laboratório que utilize o sistema de manipulação sob o fluxo laminar e que siga as especificações de fracionamento padronizadas no Brasil.

Seu colega Professor Livre Docente da mesma UNIFESP e presidente do Instituto da Visão (IPEPO), Michel Eid Farah, afirma por sua vez que as eventuais consequências legais e jurídicas que poderiam advir da utilização do Avastin® em condições impróprias em geral vão prejudicar o médico e o paciente, que ele considera os elos mais fracos da corrente.

“O paciente certamente vai processar a clínica e os médicos responsáveis pelas injeções e o governo vai alegar que, embora o Avastin® possa ter eficácia semelhante a outras medicações, não se responsabiliza pelas consequências e cabe ao médico justificar, com enorme

dificuldade, por que utilizou uma droga off label quando existem outras já aprovadas pela ANVISA”, esclarece.

Entretanto, Farah calibra esses e eventuais pontos de controvérsias e considera ser ponderáveis os argumentos de que o governo teria que investir recursos bastantes grandes com controles para obter fracionamentos perfeitos do Avastin®. Além disso, existiriam os problemas de prazos de validade exíguos das doses obtidas e a necessidade de vigilância sanitária, acompanhamento e registro detalhado e confiável monitorado e auditado de numeração, destino, cultura e antibiograma de amostras de cada fracionamento. “Este custo nunca foi calculado, mas provavelmente não se justificaria diante do valor que o Lucentis® foi disponibilizado para o sistema SUS, o menor do mundo”, diz o especialista.

NO FUTURO

Os três retinólogos ressaltam que o debate sobre a utilização dos antiangiogênicos injetáveis ainda vai ter novos desdobramentos e, provavelmente, novas drogas e tratamentos serão lançadas no mercado a médio prazo. Os interesses comerciais de fabricantes, administradores, das várias instâncias governamentais, saúde suplementar e dos próprios médicos devem ser levados em conta, mas o que deve ser prioritário é sempre o interesse e o bem estar do paciente e a lisura de sua relação com o médico de sua confiança.

“Creio que é fundamental que o médico se informe corretamente e que apresente, com lealdade, todas as alternativas ao paciente. O Lucentis® e o Eylea® são medicações excelentes com potencial vantagem do último por necessitar de menor número de injeções. Entretanto, é importantíssimo enfatizar que a utilização do Avastin® é prevista em lei, regulamentada em nosso país. A droga foi aprovada pela ANVISA para uso em câncer colorretal e sua utilização off-label é responsabilidade do médico. Se o médico tiver certeza de que a manipulação foi feita de forma adequada, não há por que restringir este tratamento, que tem resultados semelhantes aos de outras drogas e pode representar grande melhora na qualidade de vida de pacientes que necessitam de tal terapia de forma crônica”, conclui Mauricio Maia. ■

Aparelhos de imagem digital revolucionam a oftalmologia

Exames computadorizados permitem maior precisão e qualidade no diagnóstico. Seu uso requer médicos cada vez mais capacitados, mas o alto custo pode inviabilizar acesso

Raphael Cavaco

Nos últimos anos, uma avalanche de novas ferramentas diagnósticas tem sido lançada no mercado, com o intuito de auxiliar o oftalmologista na avaliação de pacientes com determinadas patologias. Nesse contexto, os aparelhos digitais de imagem já são a maioria. Eles são usados atualmente em uma grande variedade de exames complementares pedidos aos pacientes na prática diária da oftalmologia.

Os equipamentos que dependem de tecnologia analógica, por sua vez, têm sido rapidamente substituídos por falta de conectividade. Ou seja, pela impossibilidade de envio de imagens para impressão em rede e para serem disponibilizadas em laudos escritos, eletrônicos ou na Internet. Os instrumentos digitais de imagem ocular ganham cada vez mais espaço também pela possibilidade de acesso remoto para manutenção, atualização de softwares e outros ajustes disponíveis. “A conectividade permite o armazenamento seguro dos resultados no prontuário do paciente”, aponta a Chefe do Setor de Ultrassonografia Oftalmológica do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e atual Presidente da Sociedade Brasileira de Ecografia Ocular (Sobreco), Norma Allemann.

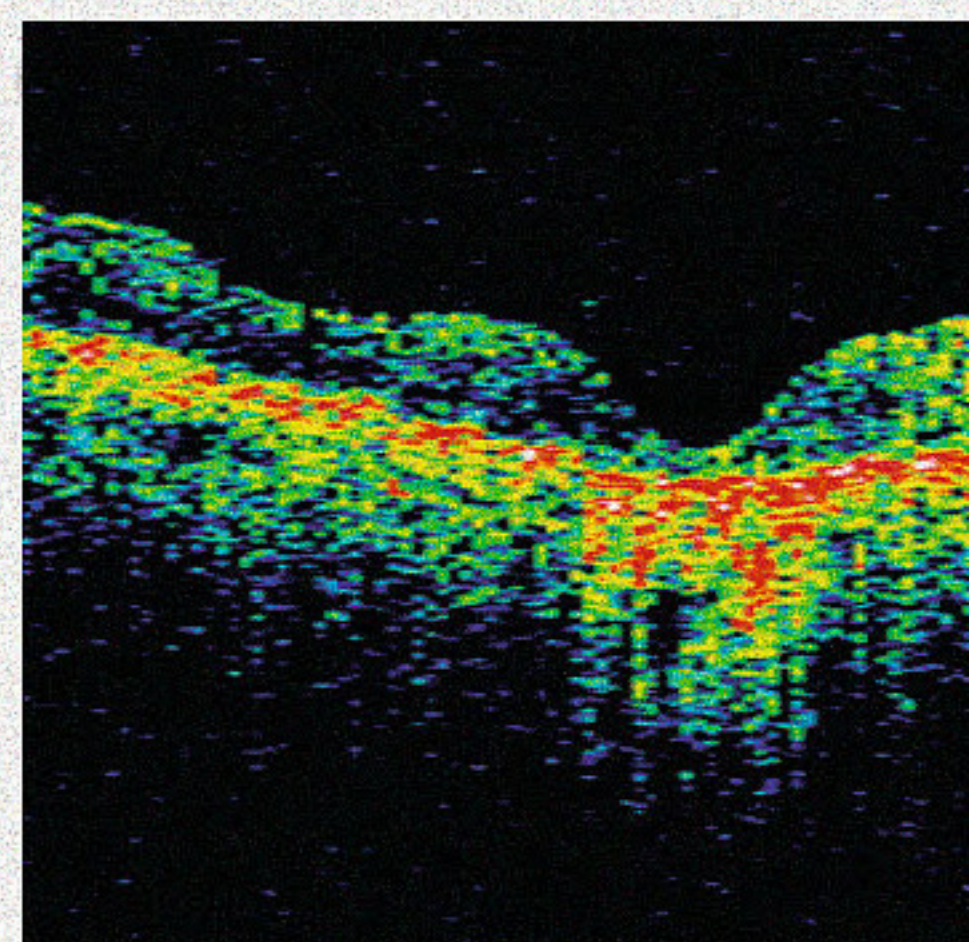
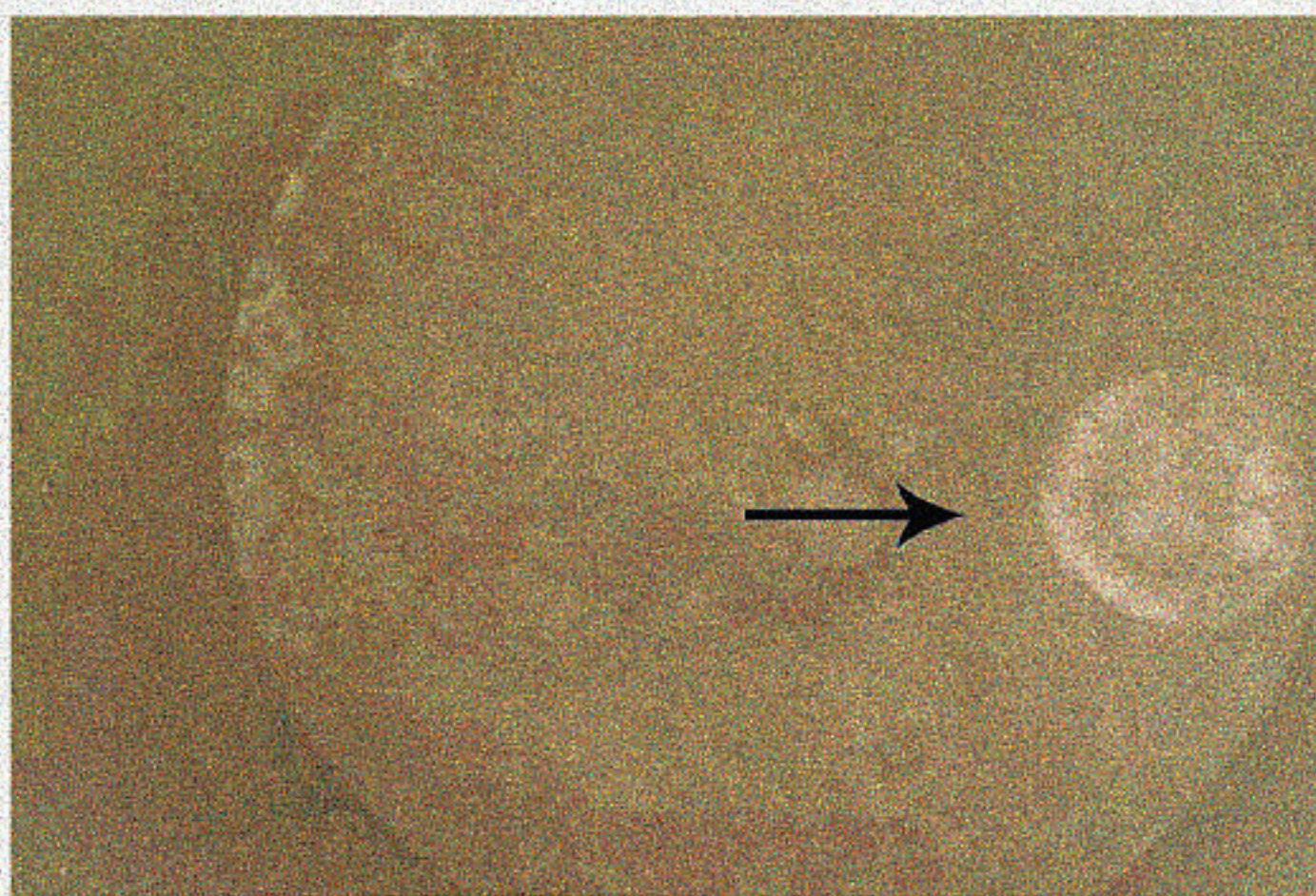
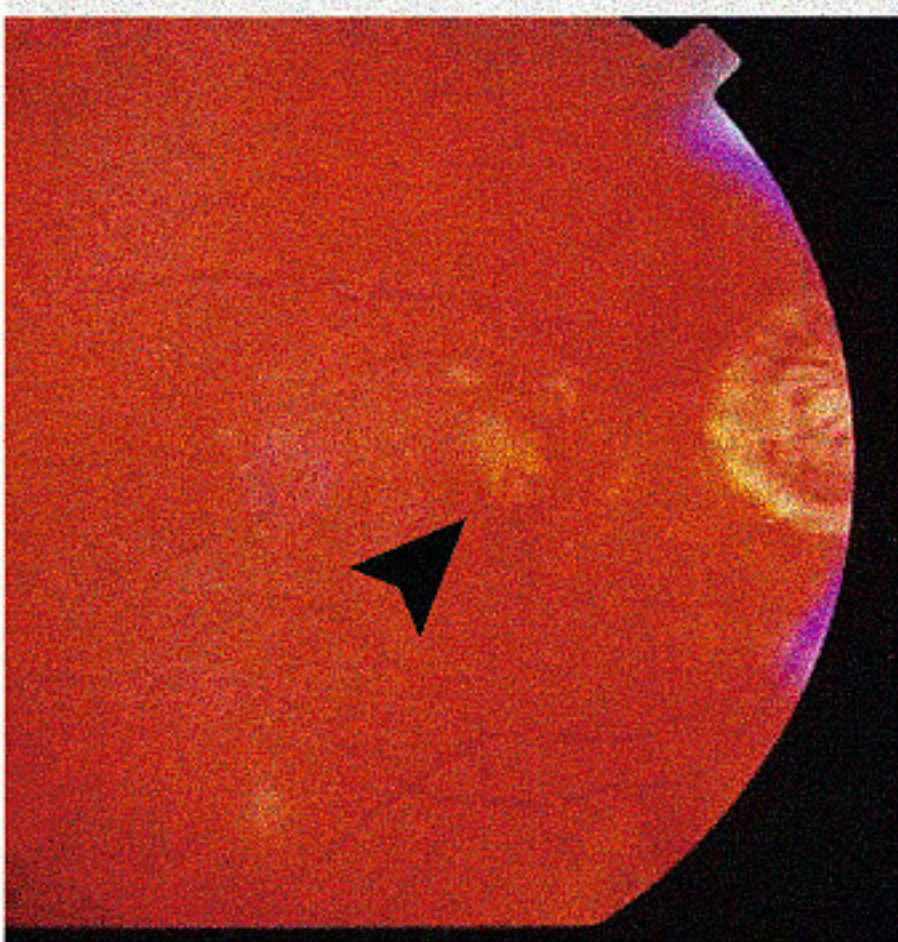
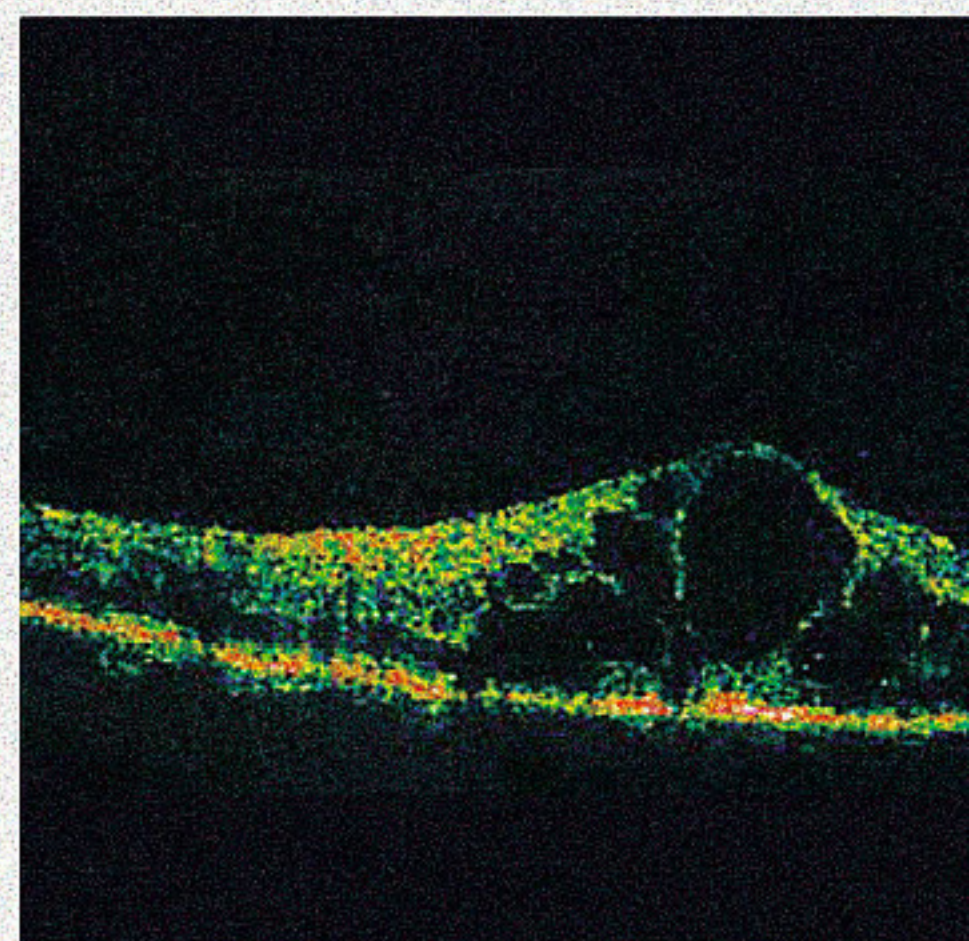
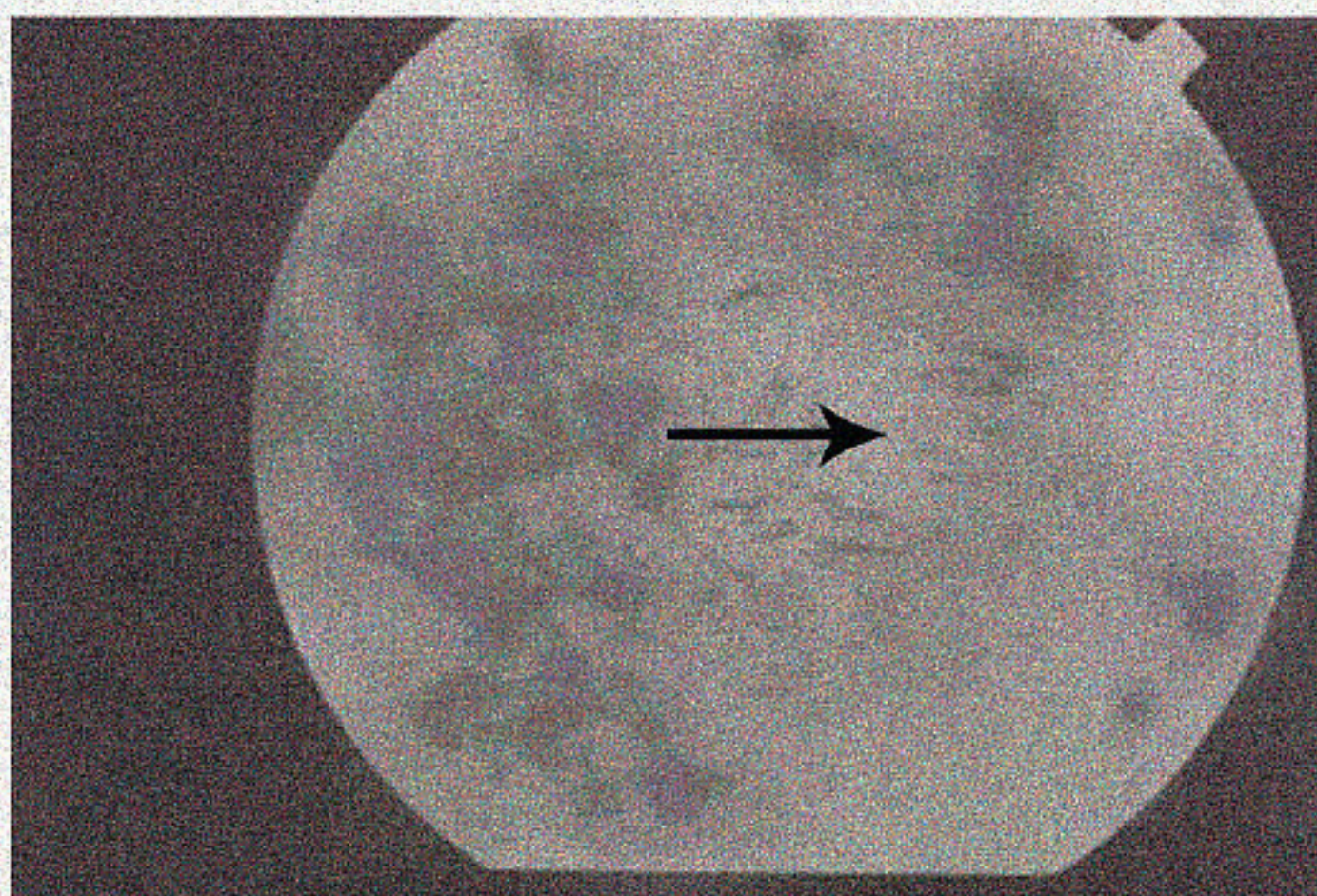
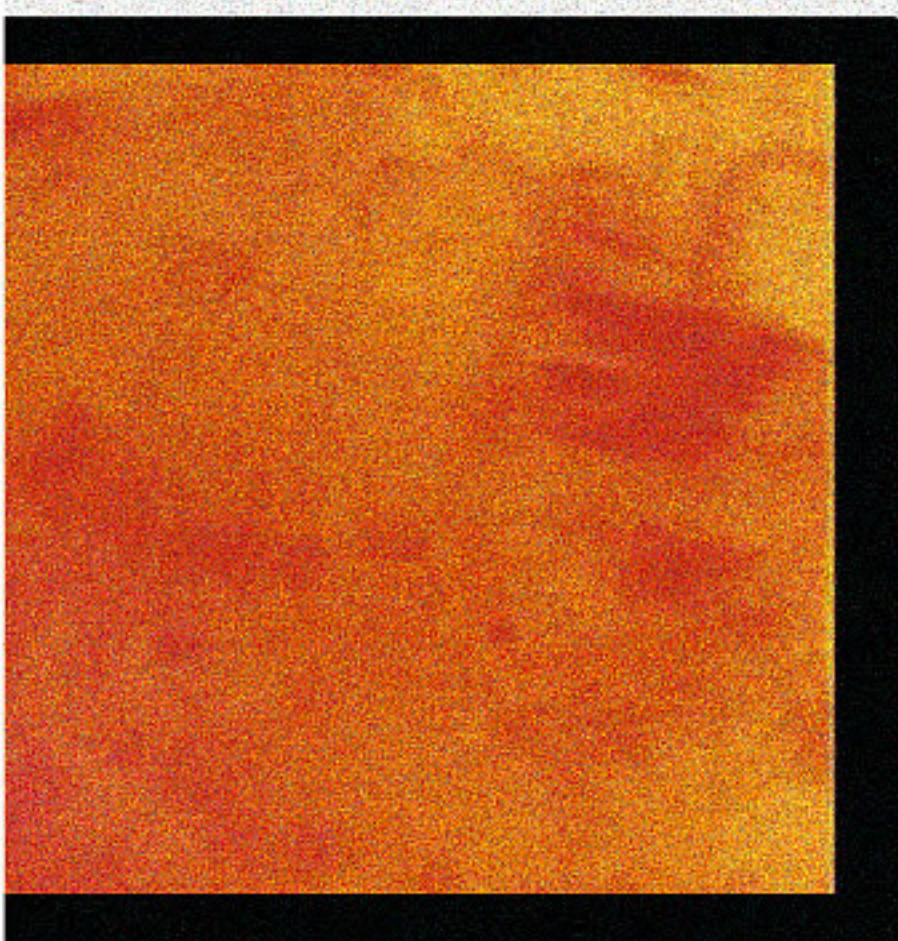
Não é apenas por conta das melhorias técnicas e da facilidade e dinâmica operacionais que o uso das imagens digitais do disco ocular tornou-se um caminho sem volta na oftalmologia. Seu grande benefício está em justamente conferir uma maior exatidão no diagnóstico e tratamento. “As fotos de alta definição de olho posterior e fundo anterior, por exemplo, permitem uma avaliação mais cuidadosa do paciente, sobretudo de doenças crônicas”, analisa o Médico Oftalmologista e Professor Adjunto Livre Docente da Unifesp, Augusto Paranhos. “Em alguns casos, só softwares de alinhamento conseguem identificar pequenas diferenças de imagens oculares comparativas”, acrescenta.

Quando o médico solicita um exame complementar de imagem digital, abre-se a oportunidade de maior interação com o paciente. “Para seguir melhor o tratamento, o paciente deve ser participado do que ocorre, enxergando na imagem a possível lesão ocular que você detectou pelo exame”, atesta o Professor da Unifesp.

Ao mesmo tempo, muitos dos aparelhos digitais ajudam na propedêutica clínica e promovem até mudanças na forma de tratamento. Além disso, certos exames digitais (entre eles autorrefração, autolensometria, medida da acuidade visual e tonometria digital) são utilizados como preparo para a consulta oftalmológica, reduzindo o seu tempo de duração e auxiliando no diagnóstico precoce de lesões. “A medicina atual é baseada em evidências e pode-se considerar que, em casos de suspeita de determinada patologia, existem protocolos de melhor conduta para o acompanhamento e instituição prévia de tratamento. Isso leva à necessidade de utilização constante de exames complementares, realizados com frequência por equipamentos digitais”, explana Norma. Na era dos aparelhos digitais de imagem, uma nova perspectiva se instaurou na oftalmologia. Os especialistas passaram a visualizar doenças e alterações da retina e enxergar patologias até então imperceptíveis. Um bom exemplo revolucionário foi o advento da OCT (sigla para Tomografia de Coerência Óptica, em português). Por meio dela, estruturas clinicamente invisíveis, e doenças anteriormente não diagnosticáveis dentro do olho, passaram a ser visíveis. “A OCT favorece uma avaliação estrutural e qualitativa das lesões oculares, acrescentando muito no diagnóstico de doenças mais agudas, como de retina e glaucoma”, cita Paranhos.

NECESSIDADE X CUSTO-BENEFÍCIO

As vantagens de diagnóstico das imagens digitais na oftalmologia são muitas vezes cerceadas pelo altíssimo preço desses equipamentos importados. “Os aparelhos



Aparelhos digitais de imagem já são a maioria. Atualmente, eles são usados em uma grande variedade de exames complementares pedidos aos pacientes na prática diária da oftalmologia.



NORMA ALLEMAN:

“A conectividade permite o armazenamento seguro dos resultados no prontuário do paciente.”



AUGUSTO PARANHOS:

“A viabilidade financeira e os benefícios dos exames digitais são enormes, desde que usados com grande frequência.”

possuem um custo proibitivo no Brasil por causa dos impostos, o que impede o acesso a muitos médicos e clínicas”, afirma Paranhos. Segundo ele, a viabilidade financeira e os benefícios dos exames digitais são enormes, desde que usados com grande frequência. Do contrário, o elevado custo das máquinas de ponta pode ser repassado para o convênio e para o paciente, encarecendo todo o sistema. “O ideal é que tenha um fluxo de exames que seja barato e beneficie o paciente”, sugere.

Para absorver a oferta de lançamentos nesse mercado, a solução apontada pelo professor seria a aquisição dos aparelhos por grandes grupos médicos e centros de diagnósticos. Como a tecnologia muda constantemente, os equipamentos também sofrem depreciação em pouco tempo. “O ideal é que os profissionais se associem para ter acesso e possuir os novos aparelhos digitais, permitindo assim que a depreciação tecnológica tenha menor impacto. Afinal, os dados de um aparelho não são intercambiáveis quando a tecnologia muda”, explica.

É preciso avaliar sempre a real necessidade dos equipamentos mais onerosos e não adquiri-los antes de sua utilização clínica ser validada. Eles seriam úteis, por exemplo, em regiões onde não há nem médicos? “Tudo tem de ser contextualizado. Os aparelhos digitais ajudam muito no diagnóstico do paciente, mas requerem oftalmologistas bem formados”, pondera Paranhos, observando que o uso dos aparelhos de imagem seria viável até mesmo em programas de telemedicina.

O alto investimento em exames de ponta, que depende de cada prática oftalmológica e da subespecialização do médico ou da clínica, justifica-se nos equipamentos de utilização mais frequente. “Também é justificado que um

hospital ou um centro diagnóstico de oftalmologia disponibilize diversos equipamentos digitais, a fim de permitir acesso a oftalmologistas que possam enviar seus pacientes para obter os resultados que auxiliem no diagnóstico e acompanhamento”, ressalta a chefe do Setor de Ultrassonografia da Unifesp, Norma Allemann.

APARELHOS NÃO SUBSTITUEM MÉDICOS

Sem os aparelhos tecnológicos fica difícil realizar diagnósticos precisos, o que por um lado torna a oftalmologia em geral cada vez mais dependente dos exames complementares de imagem digital. Embora facilitem na identificação da doença, é consenso entre muitos profissionais que os exames computadorizados não superam a eficácia do exame clínico feito pelo oftalmologista.

Mesmo com o surgimento de exames feitos em aparelhos cada vez mais revolucionários, o médico continua como o instrumento principal no atendimento oftalmológico. “A avaliação do paciente é um conjunto de informações que vai da anamnese aos sintomas e sinais. O oftalmologista que depender só da tecnologia, em detrimento da relação médico-paciente, vai perder relacionamento, conhecimento e a habilidade de conjugar todas as informações”, alerta Paranhos.

Para ele, o tratamento bem feito é praticado pelo médico que aposta tanto na formação acadêmica quanto na tecnologia. “Hoje em dia, está cada vez mais complexo estudar. E a tecnologia só obriga o profissional a se atualizar mais e mais”.

Na visão da médica Norma Allemann, a tecnologia vem para otimizar e não substituir a ação do oftalmologista. “Em certos casos, será possível poupar o tempo de parte dos exames que não necessitam do oftalmologista em tempo integral, permitindo maior atenção e dedicação do profissional para os detalhes obtidos em cada exame”, discorre.

FUTURO DOS EXAMES

Se os aparelhos de imagem digital são hoje considerados revolucionários e essenciais para o exercício da oftalmologia, a tecnologia neles empregada tende a evoluir para contribuir ainda mais com os exames diagnósticos. A expectativa é que os instrumentos de imagem computadorizados sejam mais precisos e acessíveis. Mesmo ainda não disponível num primeiro momento para todos os profissionais do mercado, a tecnologia proporciona um universo sem fim de possibilidades. “No futuro, haverá aparelhos capazes até de fazer uma avaliação funcional da saúde celular do globo ocular, detectando se a célula está morrendo e quantificando seu contingente”, aposta o professor Augusto Paranhos.

APARELHOS DE IMAGEM DIGITAL MAIS UTILIZADOS

EXAMES	FUNÇÃO
Tomografia de Coerência Óptica (OCT); Retinografia Digital; Angiografia Fluoresceínica; Angiografia com Indocianina	Permitem análise de doenças da retina, da mácula, dos vasos, da coroide, do nervo óptico, da camada de fibras nervosas e muitas vezes de tumores e de lesões cicatriciais.
Biometria Óptica Ultrassônica	Faz o cálculo de lente intraocular na programação de cirurgia de catarata e também para acompanhar o crescimento do olho de crianças.
Campimetria Computadorizada; Perimetria de Dupla Frequência (FDT); e Estereo-Fotografia de Papilas	Avaliam a progressão de glaucoma e doenças do nervo óptico.
Topografia e Tomografia do segmento anterior	Realizam diagnóstico e acompanhamento de progressão de doenças ectásicas da córnea, pré e pós-operatório de cirurgia refrativa e de cirurgias da córnea como transplantes e implantes de anéis intraestromais.
Microscopia Especular de Córnea e Microscopia Confocal da Córnea	Avaliação microscópica da camada de células endoteliais e também de outras camadas celulares da córnea, associadas à informação de espessura da córnea.
Tomografia de Coerência Óptica do Segmento Anterior	Diagnóstico e acompanhamento de cirurgias da córnea (refrativa e transplantes), alterações morfológicas da câmara anterior (glaucoma de ângulo fechado) e pós-operatório de cirurgias de segmento anterior, entre outros.
Ultrassonografia de Retina, Vítreo e Órbita	Diagnóstico de hemorragia vítrea, tumores intraoculares ou orbitários, processo inflamatório, descolamento de retina ou do vítreo, casos de traumatismo contuso ou perfurante para localização de corpo estranho e planejamento cirúrgico.
Ultrassonografia do Segmento Anterior ou UBM	Avaliar lesões tumorais ou císticas do segmento anterior do olho, cirurgias da córnea, de implante de lente intraocular, ceratoprótese e antiglaucomatosas.
Tonometria Digital	Por meio dele, a medida da pressão ocular é frequentemente realizada como "screening" para glaucoma.
Autorrefração/ Refratometria	Verificação e aferição automatizada do erro refracional do olho.
Autolensometria	Medição automatizada dos óculos de cada paciente.
Medida Digitalizada da Acuidade Visual	É utilizada para o exame de "screening" e para a Medicina do Trânsito para aferições rápidas da visão obtida em cada olho.

Neste cenário de inovações digitais, são esperadas pelos médicos facilidades como o acesso remoto a prontuários eletrônicos com todo o tipo de imagem e de informações relacionadas aos exames, resultados de exames disponibilizados na Internet e seu armazenamento nos prontuários das clínicas. Além disso, prometem ganhar espaço alguns aplicativos para telefones celulares, que permitirão efetuar aferição de refração, fotografia do fundo de olho e outros detalhes do exame oftalmológico. “A indicação de uso desses aplicativos por profissionais de saúde se dará para diagnóstico precoce de alterações em locais de difícil acesso ao oftalmologista, para então permitir um acompanhamento de casos que necessitem a consulta especializada”, assevera Norma Allemann.

De acordo com ela, deve crescer também o número de centros de leitura de exames oftalmológicos a distância.

Nesses locais, que recebem exames como retinografias realizadas em pacientes de pesquisas clínicas, os médicos credenciados enumeram as características encontradas, remotamente a distancia. Muitos pareceres podem ser dados para uma mesma imagem, permitindo a comparação de opiniões. “Exames assim disponibilizados na internet podem ser avaliados por um profissional em outro país e auxiliar no manejo de casos difíceis”, projeta Norma.

Na esteira da evolução dos aparelhos de imagem digital, ela espera que os novos avanços tecnológicos aumentem a abrangência do acesso ao tratamento e diagnóstico oftalmológico a todos os profissionais da área. “Muitas vezes um exame pode ser capturado por um técnico treinado, e a avaliação do resultado e a elaboração do laudo podem ser feitas numa central de laudos disposta em outro local ou até em outro país”, vislumbra. ■

Equilíbrio entre gerações

Para gerenciar uma equipe é preciso lidar com diferentes perfis de colaboradores, seus anseios e expectativas

Diego Ferron

Coordenar e gerenciar um hospital ou uma clínica requer algumas habilidades, que são acumuladas no decorrer da carreira. Saber administrar pessoas é uma tarefa difícil em qualquer setor, e muito mais quando se trata de profissionais com longas cargas horárias e grandes responsabilidades, como na área da saúde.

A dificuldade pode ser ainda maior quando se tem uma equipe composta por diferentes gerações, com experiências, expectativas e visões diversas, já que, ao longo dos anos, mudanças na sociedade e nos perfis das gerações também têm afetado o mercado de trabalho. Desde os tradicionais baby boomers até a geração Z, que chegará nos seus primeiros empregos agora, o mundo profissional tem aprendido a lidar com diferentes visões de mundo. Conheça mais sobre essas gerações e suas características:

O termo baby boomers que dá nome ao primeiro grupo de pessoas surgiu durante uma explosão populacional no pós Segunda Guerra Mundial. Priorizam o trabalho e são extremamente disciplinados. Dedicam-se à carreira e são leais à empresa, e não raro, costumam passar mais de dez anos na mesma organização.

Já a geração X, por exemplo, é formada por pessoas que nasceram nos anos 60 e 70, e que costumam ter uma postura mais séria, sem aceitar muito bem interferências e mudanças. São eles hoje que ocupam a maioria dos cargos de diretoria ou coordenação.

Os anos 80 e início dos 90 deram vida a geração Y, que já nasceu plugada na internet e no computador. Talvez por conta disso, os profissionais nascidos nessa época têm uma personalidade mais dinâmica e se adaptam mais facilmente às mudanças. Entram no mercado de trabalho com uma grande bagagem de conhecimento teórico, vivência no exterior e com muita ansiedade pela rápida ascensão profissional.

Atualmente já há uma nova denominação: a geração Z. Não são os filhos da geração anterior, mas sim indivíduos preocupados constantemente com a conectividade. Trazem traços das gerações anteriores, aliando a uma forte responsabilidade social e preocupação com o meio ambiente e sustentabilidade do planeta.

UNINDO DIFERENTES GERAÇÕES

Para José Roberto Marques, especialista em Recursos Humanos e Diretor e Fundador do Instituto Brasileiro de Coaching, é possível ter excelentes resultados se a organização souber gerir efetivamente as diferentes gerações. “É



necessário que elas troquem experiências entre si, conheçam suas qualidades e competências, para que assim, passem a se respeitar mais e unir os seus conhecimentos”, revela. O modo para atingir esse resultado, segundo Marques, é implantar o sistema de cooperação. Desta forma é possível evitar conflitos que possam vir a interferir nas relações interpessoais, no ambiente, na liderança e, consequentemente, no resultado do trabalho.

Já o presidente da Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia (SBAO) e Diretor do Hospital de Olhos de Sergipe, Mário Ursulino, conhece na prática como conciliar diferentes personalidades, administrar a experiência dos mais velhos e o dinamismo dos mais novos. A saída encontrada por ele foi colocar um gerente administrativo, uma pessoa neutra que pudesse chamar a atenção e dizer não a um médico, sem ter que dividir uma sala de cirurgia no dia seguinte. “A pessoa responsável por essa função tem que ter uma baixa rejeição entre

os profissionais médicos, que saiba tratá-los de modo agradável e que seja parceiro em reivindicações da equipe junto a direção”, conta.

Outra solução encontrada por Ursulino foi saber o perfil de cada geração e posicioná-los em funções adequadas a tais características. “Os mais velhos são mais experientes, por isso geralmente integram o quadro de coordenação”, diz.

Já o diretor do Hospital de Olhos de São Paulo, Jorge Mitre, acredita que a geração mais jovem está um pouco descompromissada com o trabalho. “Hoje em dia temos que avaliar diversos candidatos para ocupar alguns cargos, inclusive os mais simples. Infelizmente está difícil conseguir bons funcionários atualmente”. Apesar da dificuldade encontrada, Mitre não vê conflitos entre as gerações no ambiente de trabalho: “temos reunião de diretoria e gestores às sextas-feiras com aproximadamente 16 pessoas e as trocas de informações e opiniões entre os mais jovens e os mais idosos acontecem sempre com respeito e abertura”, completa.

Cada geração tem sua personalidade, sua visão de mundo, de trabalho. Os jovens costumam ter mais dinâmica, já os mais velhos contam com a experiência que os anos de prática lhes trouxeram. Mesclar uma característica com a outra pode trazer bons frutos para a carreira dos profissionais, como o sucesso de todo um hospital. Foi isso que Cláudio Chaves, diretor do Instituto de Oftalmologia de Manaus (IOM), testemunhou em sua carreira. “Uma vez um jovem muito habilidoso não conseguia atingir os resultados por estar sempre ávido em querer fazer tudo rápido. Determinado dia, conversando com um ex-funcionário, recebeu a orientação de que tudo que se faz por prazer e buscando a perfeição pode-se gastar mais tempo, porém não há desperdício e o objetivo é alcançado.



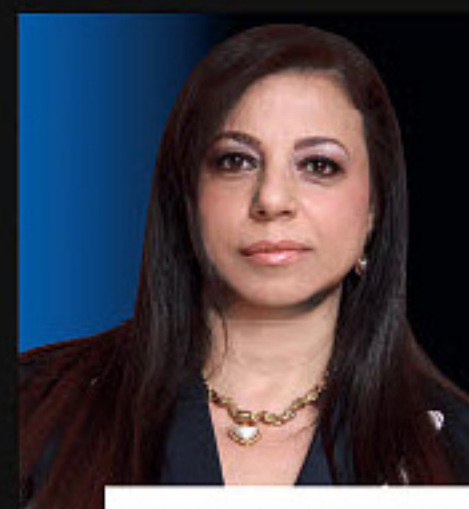
CLAUDIO CHAVES:
“Investir em programas de educação em saúde é fundamental para a promoção do bem-estar e prolongamento da vida com qualidade.”



MARIO URSULINO:
“Os mais velhos são mais experientes, por isso geralmente integram o quadro de coordenação.”



JOSÉ ROBERTO MARQUES:
“É importante conciliar os interesses e conhecimento das diferentes gerações.”



MARCIA CAMPIOLO:
“A junção de experiência com o dinamismo e imediatismo pode criar um equilíbrio interessante.”



MARCIA VIEIRA:
“Não recomendo enquadrar as pessoas em gerações, nem criar rótulos por idade.”

Foto: divulgação

Seguindo esse conselho o jovem, no semestre seguinte, foi escolhido funcionário padrão”, conta.

Porém nem tudo são flores. Há quem não saiba ser positivo e ter essa sinergia. A exemplo disso, Chaves relembra a experiência de trabalhar com um médico próximo de se aposentar, que estava desinteressado com as suas funções, e passou a desmotivar os mais novos, criticando a carreira, os salários e dizendo que nada compensava nesta área.

A psicóloga e coach corporativa e pessoal, Márcia Vieira, não recomenda enquadrar as pessoas em gerações, nem criar rótulos por idade, já que cada profissional carrega suas habilidades e experiências individuais. Para integrar uma equipe heterogênea a figura do gestor é fundamental para um bom ambiente de trabalho. “Saber liderar pessoas é a principal característica desse cargo. Na área da saúde é comum a promoção por competência técnica, porém o profissional nem sempre está pronto para gerir uma equipe”, destaca. Márcia diz que os conflitos sempre existirão e saber tirar proveito dessas situações é papel do gestor, que deve ajudar os colaboradores a lidarem da forma correta com os conflitos, mantendo foco na questão que está sendo tratada.

As novas gerações, como qualquer outra, propõem desafios para o mercado, deixando a cargo de cada profissional encarar isto como ameaça ou oportunidade. Se for encarado como ameaça, o profissional corre o risco de se juntar a outros que assumem uma postura crítica, priorizando os defeitos. Porém, se assumir essa chegada como uma oportunidade e focar o olhar nos benefícios que as novas gerações podem agregar, buscando pontos de melhoria que facilitem a adaptação ao novo cenário vigente. “Esse é o perfil do novo profissional, além da qualificação científica e técnica, na área da saúde exige tratos mais humanos, tanto entre os colaboradores, como com os pacientes”, completa a psicóloga.

PRODUTIVIDADE PESSOAL

Alcançar o equilíbrio é uma equação de difícil solução. Para tanto, o gestor deve contar com uma boa dose de bom senso e capacidade de lidar com conflitos nos ambientes de trabalho. A psicóloga Márcia Campiolo, especializada na área de gestão de serviços de saúde e de Recursos Humanos, afirma que a junção de experiência com o dinamismo e imediatismo pode criar um equilíbrio interessante, mas para isso é preciso que a equipe aprenda a ouvir o outro, ponderar e mesmo aceitar pontos de vistas diferentes. “Um bom gestor deve estar sempre aberto às mudanças e opiniões. Deve ter uma sólida formação na área, além de habilidades pessoais, como capacidade de comunicação e bons relacionamentos interpessoais”, afirma.

O coach José Roberto Marques destaca alguns pontos importantes para conseguir a união entre as diferentes gerações:

- Estimule a cooperação entre gerações de diferentes idades;
- Busque unir experiência com inovação e criatividade;
- Dê feedbacks realistas e constantes;
- Não privilegie nenhum dos lados. Seja justo e honesto com todas as partes;
- Reconheça os esforços, comprometimento e os resultados;
- Crie um campo aberto de comunicação, cocriação e sugestões de melhorias.

O especialista ainda destaca que, conciliar os interesses e conhecimentos das diferentes gerações, além de estar atento as suas necessidades e propor trabalhos em grupos mistos, pode ser a chave para o sucesso da equipe.

Para Mitre, gestor da área da saúde, o coordenador tem que ter liderança: “Ter habilidade de lidar com pessoas e ter capacidade de decisão com alto grau de acerto, pois na medicina não há espaço para erros”, salienta.

No entanto é importante destacar que nenhum gestor consegue tudo sozinho, a equipe é fundamental para os objetivos almejados. O oftalmologista Mário Ursulino, além de coordenar três unidades oftalmológicas, clínicas, operar, dar aulas em congressos e escrever cientificamente, reserva espaço para ficar com sua família. “Com todas essas funções seria impossível obter bons resultados sem contar com meus colaboradores. Não há mágica com coordenadores comuns! O profissional não precisa chegar pronto, mas tem que ter a matéria prima necessária para cada área, e por isso, investir em treinamento é muito importante. Quando o profissional estiver apto ao comando da respectiva função, é possível dar plena liberdade de ação”, explica.

Esse pensamento também é dividido por Claudio Chaves. Ele acredita que investir em programas de educação em saúde é fundamental para a promoção do bem-estar e prolongamento da vida com qualidade, e não apenas ao combate ou a minimização da doença.

“É como uma espécie de prevenção. A gestão na área da saúde se difere das demais pela complexidade do setor, que lida com vidas e busca o bem-estar, o prolongamento e a qualidade de vida, e isso envolve uma permanente luta política, questões de macroeconomia e sociologia. É papel do gestor promover um perfeito entrosamento e um clima de cooperação juntando a experiência e a beleza com a força e a inteligência de seus colaboradores”, finaliza. ■

Saúde ocular dos idosos: principais desafios

Prevalência da cegueira é maior em pacientes idosos, especialmente aqueles com idade superior a 60 anos

Luciana Rodriguez

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontaram 37 milhões de cegos e 124 milhões de pessoas com deficiência visual grave em todo o mundo em 2002. Pesquisas mais recentes da OMS indicam que em 2020, caso não sejam adotadas medidas eficazes de prevenção da saúde ocular, o número de pessoas cegas pode chegar a 75 milhões. No Brasil estima-se pouco mais de 1 milhão de cegos e cerca de 4 milhões de deficientes visuais sérios, porém, sabe-se que 60% a 75% dos casos poderiam ter sido evitados ou curados. A prevalência da cegueira é superior em pacientes idosos, especialmente aqueles com idade superior a 60 anos.

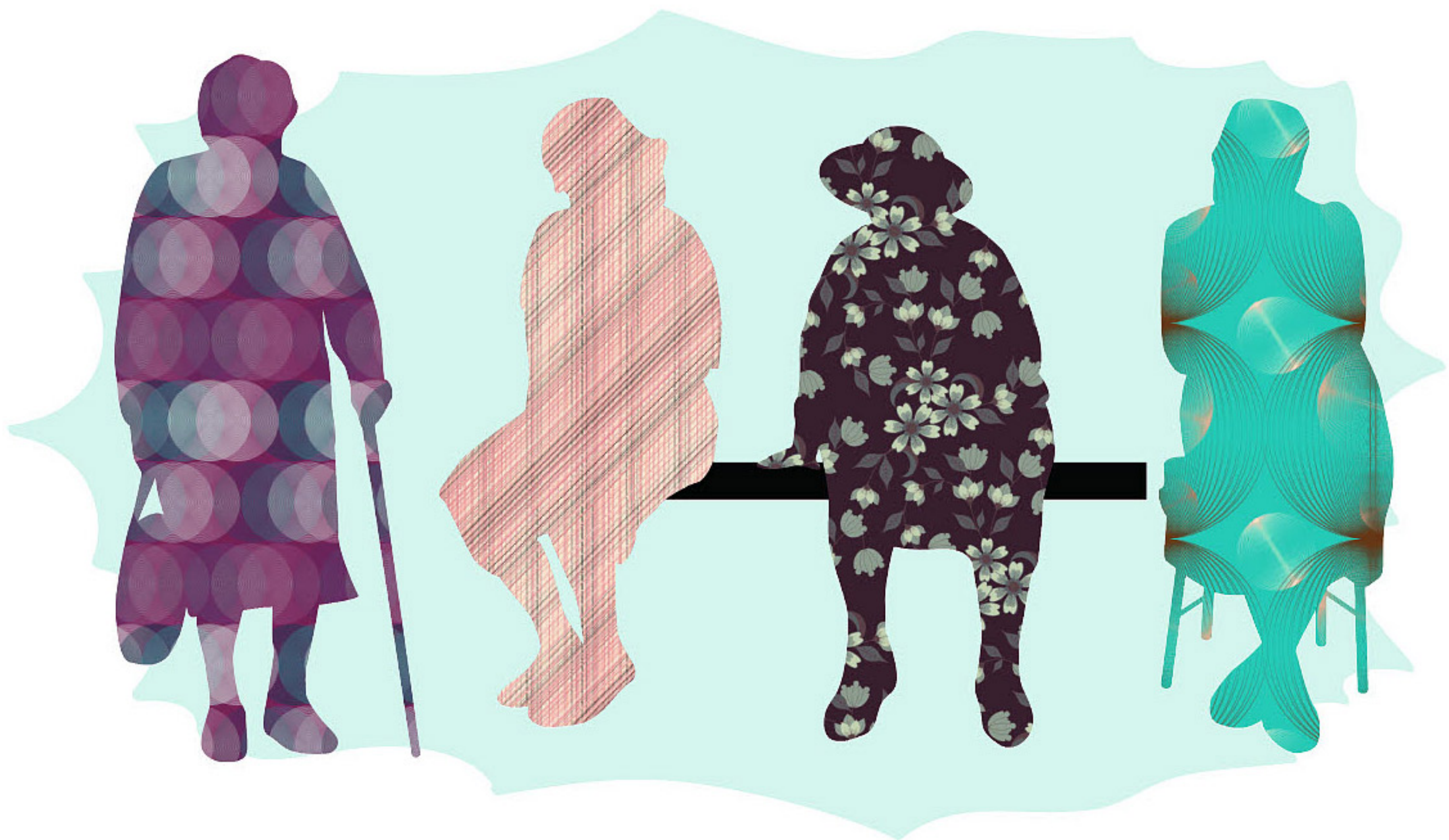
Segundo a médica oftalmologista com doutorado pelo Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Marcela Cypel, as principais afecções oculares que acometem os idosos são os erros refracionais (miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia) que podem ser corrigidos mediante uso correto de óculos; a degeneração macular relacionada à idade (DMRI), uma doença que necessita de acompanhamento oftalmológico de rotina e controle; a catarata que é curável mediante cirurgia (cuja indicação depende do grau da doença); o glaucoma que é de difícil diagnóstico e requer acompanhamento de rotina e controle e a retinopatia diabética que também necessita de acompanhamento

oftalmológico. “É importante ressaltar que os trabalhos publicados mostram que dependendo da faixa etária dos idosos a ordem dessas doenças se alterna em frequência. Em um estudo realizado na Unifesp com idosos acima de 100 anos observamos que nem todos tinham catarata, mas todos apresentavam degeneração macular em algum grau”, exemplifica.

Já a professora associada do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM/UNICAMP), Keila Monteiro de Carvalho, ressalta as particularidades de cada uma dessas doenças oculares comuns na população idosa. “A catarata pode ser operada. Já o glaucoma, se não for diagnosticado a tempo, torna-se irreversível. A DMRI e a retinopatia diabética aumentam sua prevalência conforme o aumento de idade da população, mas embora existam alguns tratamentos como o uso de anti-angiogênicos (no caso de lesões exsudativas) não há uma recuperação total da visão. Há ainda tratamentos experimentais (estudos em andamento) com o uso de células tronco para recuperação da área macular degenerada”, comenta.

DIFICULDADES ENFRENTADAS

Para Marcela, ainda existe uma grande dificuldade da população em geral quanto ao acesso a um tratamento oftalmológico de qualidade, e quando se trata de pacien-



tes idosos, as dificuldades são ainda maiores. “O idoso tem agregado a dificuldade de locomoção, dificuldade econômica, pois muitos vivem de aposentadoria e já tem outras medicações em uso crônico e dificuldade de entendimento do seu tempo e contexto, ou seja, o tempo de uma consulta com um idoso é maior, há necessidade de uma explicação mais detalhada e com calma. Outra grande dificuldade é que muitos ainda veem o idoso como no fim de sua jornada e acham normal que ele enxergue mal, o que não é verdade. Hoje em dia o idoso de 60 anos ainda é ativo e muito participativo na sociedade, com exigências e direitos; merecendo que se invista na sua visão e qualidade visual. Existem diferenças entre os idosos, um idoso de 60 anos é totalmente diferente de um idoso de 90 anos e cada um deve ser abordado de uma forma”, explica a oftalmologista.

Outra peculiaridade desse grupo de pacientes foi lembrada por Keila. “O idoso geralmente apresenta comorbidades e por isso o oftalmologista deve sempre investigar seu estado de saúde geral para ter melhores resultados nos tratamentos propostos”, avisa.

GOVERNO X SAÚDE OCULAR DO IDOSO

O envelhecimento da população brasileira e a participação mais ativa do governo foi outro aspecto destacado por Marcela. Para ela, é fato que a população brasileira

está envelhecendo e que o Brasil vai envelhecer antes de ficar rico, diferente do que ocorreu com a Europa. “A meu ver o governo está atento a essa mudança no padrão da população idosa, do seu perfil e necessidades e deve cada vez mais criar programas específicos para acolhê-los. Não é um trabalho fácil e não se dispõe de recursos econômicos da forma adequada, mas veremos o que poderá ser feito. Em termos concretos tivemos as campanhas de catarata, diabetes e de refração as quais se forem retomadas são de grande ajuda à população idosa carente”, relata.

Keila con também lembrou sobre a iniciativa da campanha de catarata e outras medidas importantes que devem ser pensadas para esse grupo de pacientes. “No Brasil existem vários programas de promoção da saúde visual do idoso. O programa de detecção e tratamento cirúrgico de catarata foi um dos primeiros a ser instituído, principalmente nas grandes cidades e centros universitários. Ocorrem também campanhas com esse objetivo em estados do norte e nordeste, levando os médicos até os povoados mais remotos. No entanto ainda há muito por fazer. A retinopatia diabética é uma das causas mais prevalentes de cegueira e nesse caso seria muito importante um trabalho coordenado e constante com os médicos clínicos. A educação da população a respeito das causas de cegueira e sua prevenção é um tópico primordial que cada vez mais devemos divulgar”, expôs.



KEILA MONTEIRO DE CARVALHO: “Hoje em dia o oftalmologista trata de modo abrangente o paciente idoso. Preocupa-se com seu bem estar físico, psíquico, social e mental, sempre com objetivo de melhorar sua qualidade de vida e preservar sua autonomia.”



MARCELA CYPEL: “Outra grande dificuldade é que muitos ainda veem o idoso como no fim de sua jornada e acham normal que ele enxergue mal, o que não é verdade.”

PAPEL DA FAMÍLIA

A família é fundamental no suporte destes pacientes. Segundo Marcela, o idoso não tem que enxergar mal e deve-se investigar através de exame oftalmológico o que está acometendo com sua visão; por isso recomenda-se que ele passe por consulta oftalmológica anualmente. Nesse momento o papel da família e do cuidador são muito importantes. “A família e os cuidadores devem ser instruídos e estimulados a auxiliar na melhoria da visão do idoso, assim como a ficarem atentos a queixas visuais, pois muitas vezes são os primeiros a perceberem alguma anormalidade podendo encaminhar para o oftalmologista (quanto mais precoce o tratamento melhor, especialmente em casos de doenças progressivas). Quando o paciente já está em acompanhamento, a família e o cuidador podem ser bons aliados para auxiliá-lo em seguir as recomendações necessárias ou estimular o uso do óculos ou outras orientações dadas pelo especialista, trabalhando em parceria com o profissional de saúde”, diz.

PAPEL DO OFTALMOLOGISTA

“Uma das maiores dificuldades dos oftalmologistas ao tratar idosos se refere à falta de adesão ao tratamento proposto por diversos motivos, tais como, esquecimento do uso de colírios, dificuldades financeiras para prosse-



Oftalmogeriatría

O livro oftalmogeriatría, dos autores, Marcela Cypel e Rubens Belfort Jr., foi lançado pela editora Roca em 2008 e ganhou em 2009 o 2º lugar do prêmio Jabuti na categoria Ciências Médicas. Entre os assuntos abordados pela obra estão o aumento da expectativa de vida da população e do número de idosos e o reflexo que essa nova situação trouxe para a área da saúde, pois fala-se mais em qualidade de vida e é notório um crescimento concomitante do número de doenças da visão como catarata, glaucoma, DMRI e a retinopatia diabética. Este é o primeiro livro brasileiro de oftalmogeriatría destinado ao oftalmologista, clínico geral, geriatra e gerontólogo. Possui um olhar peculiar voltado para a oftalmologia e suas subespecialidades sobre o processo do envelhecimento ocular, suas consequências e possíveis intervenções com objetivo de proporcionar o envelhecimento com uma boa visão.

guir com tratamentos cirúrgicos, depressão e outros. Em relação aos próprios pacientes idosos as dificuldades se referem ao fato de apresentarem outras perdas sensoriais associadas como surdez, falta de paladar e olfato, dificuldade de equilíbrio e outros problemas que interferem no tratamento proposto e seu seguimento. Outra ocorrência comum é os filhos ou parentes não acreditarem nos relatos dos idosos e daí haver muita demora ao iniciar os tratamentos. Hoje em dia o oftalmologista trata de modo abrangente o paciente idoso. Preocupa-se com seu bem estar físico, psíquico, social e mental, sempre com objetivo de melhorar sua qualidade de vida e preservar sua autonomia. Deve-se considerar o atendimento por equipe multidisciplinar no caso de perdas visuais mais acentuadas”, finaliza Keila. ■

Lentes acomodativas vs. lentes multifocais

A importância de conhecer as duas tecnologias e o perfil de paciente mais indicado para cada uma



Rachel Lopes Rodrigues Gomes
Oftalmologista do H Olhos Paulista, São Paulo

O tratamento da presbiopia é um desafio para os oftalmologistas e é um dos objetivos que podem ser alcançados com a moderna cirurgia de catarata. O aprimoramento da técnica cirúrgica, aliada à evolução das lentes intraoculares (LIO), proporciona aos pacientes com catarata uma reabilitação visual cada vez mais próxima do ideal.

Para isso, é importante conhecer as lentes atualmente disponíveis, o que cada uma delas pode proporcionar e o perfil mais indicado para cada uma.

As lentes intraoculares para correção da presbiopia disponíveis atualmente são as lentes multifocais e as lentes acomodativas (ou pseudoacomodativas).

LENTE MULTIFOCAL

As lentes multifocais utilizam o princípio da visão simultânea. Áreas diferentes da LIO foram desenvolvidas com diferentes planos focais, em geral para a visão de perto e de longe. Em um dado momento, uma imagem está em foco na retina, e a outra imagem está desfocada.

AS LIOs multifocais produzem imagens simultâneas utilizando uma óptica difrativa ou refrativa. Apesar do termo multifocal ser amplamente utilizado, a maioria dessas LIOs tem óptica bifocal.

Todas as lentes difrativas são bifocais. A superfície anterior da parte óptica é refrativa e a superfície posterior composta de anéis difrativos múltiplos e concêntricos. Os

focos para longe e perto são formados pelas duas ordens de difração da luz criada por esses anéis. As lentes Alcon Acrysof Restor e a Tecnis One multifocal da Abbott são exemplos de LIOs que têm esse desenho.

As lentes multifocais refrativas, em contrapartida, proporcionam mais de um plano focal por apresentarem anéis zonulares de poder refrativo diferente. Nas lentes refrativas, a luz é dividida em três focos principais, variando de acordo com o modelo da lente. Têm esse desenho as lentes Rayner M-flex multifocal e a lente ReZoom da Abbott.

A quantidade de luz transmitida até a retina para a formação da imagem também é diferente entre esses desenhos de LIOs. Com as lentes difrativas, aproximadamente 41% da luz é dirigida para longe e 41% para perto. Os 18% restantes são perdidos. A perda de luz nas lentes difrativas pode ser a responsável pela diminuição da sensibilidade ao contraste nos pacientes que receberam essas lentes. Nas lentes refrativas, cerca de 50% da luz é transmitida para a visão de longe e o restante é dividido para intermediária e perto. Essa divisão do foco para perto gera imagens de pouca qualidade. A figura 1 ilustra como os raios de luz se comportam em cada uma dessas lentes.

LENTE ACOMODATIVA

O mecanismo de acomodação é gerado pelo estímulo visual para perto. Ocorre a contração do músculo ciliar, que provoca relaxamento das fibras zonulares e consequente aumento da curvatura anterior do cristalino, au-

mentando o poder dióptrico do cristalino. Além disso, a contração do músculo ciliar modifica a pressão do vítreo e proporciona modificações no cristalino.

As lentes acomodativas procuram utilizar esse mecanismo natural de acomodação para gerar alterações no poder óptico da LIO e permitir o foco para perto. Essas lentes foram projetadas para se movimentarem com o estímulo da acomodação.

A LIO Crystalens AO da Bausch + Lomb é confeccionada com hápticos e zona óptica de silicone que, com a contração do músculo ciliar, é projetada anteriormente. Simultaneamente, ocorre pequeno aumento na curvatura central da lente. A projeção anterior em conjunto com o aumento da curvatura permite o foco para perto. A Figura 2 ilustra o mecanismo da Crystalens do saco capsular.

Existem outras lentes acomodativas sendo utilizadas em outros países, como a LIO Synchrony (Visiogen). Esta LIO é formada por duas ópticas, a óptica anterior tem +32D e a posterior é negativa. O poder negativo da óptica posterior é variável para proporcionar emetropia. As duas ópticas estão ligadas por uma estrutura de silicone que mantém o saco capsular tensionado, e as duas ópticas separadas. Quando o saco capsular relaxa durante a contração do músculo ciliar, o espaço entre as duas ópticas aumenta, a óptica anterior se move anteriormente gerando aumento no poder dióptrico da LIO.

Evidências da movimentação das LIOs acomodativas durante estímulo de acomodação foram conseguidas através de imagens de biomicroscopia ultrassônica do segmento anterior (UBM) e tomografia óptica (OCT).

Diversos estudos demonstraram que a Crystalens AO tem uma capacidade de acomodação de 1,5D, em média. Como consequência, os pacientes que receberam esta LIO apresentam excelente acuidade visual intermediária. Não há diminuição da sensibilidade ao contraste para longe, como observado nos pacientes com LIO multifocal.

SELEÇÃO DOS PACIENTES

A avaliação pré-operatória do candidato a cirurgia de catarata com implante de lente para correção da presbiopia deve ser minuciosa para a otimização do resultado.

Essas LIOs são indicadas para pacientes com anseio de reduzir a dependência dos óculos. Mas é muito importante reduzir as expectativas desses pacientes, informando os benefícios e limitações dessa tecnologia.

As lentes bifocais são uma excelente opção, mas devido ao seu mecanismo de funcionamento, não podem ser implantadas em todos os pacientes. As contraindicações ao implante de LIO bifocal são: olho seco moderado ou grave, cirurgia refrativa pela técnica de ceratotomia radial,

Proteja os olhos e lentes de seus pacientes com produtos Look Vision!



Protetor Ocular II SS1-N

Protetor Ocular Fashion SS2



MÍNIMO DE 300 PEÇAS

Estojo Single *Clear*®



Porta Estojo Pocket TOP LINE

Porta Estojo Lockit CONVENIENCE



Porta Estojo Pocket ADVANCE

A LOOK VISION PERSONALIZA OS ESTOJOS COM A SUA MARCA.

Estojo com: *nanoxClean*®
Antimicrobial Protection

LOOK Vision®
Soluções inteligentes para a saúde

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

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

lentes intraoculares

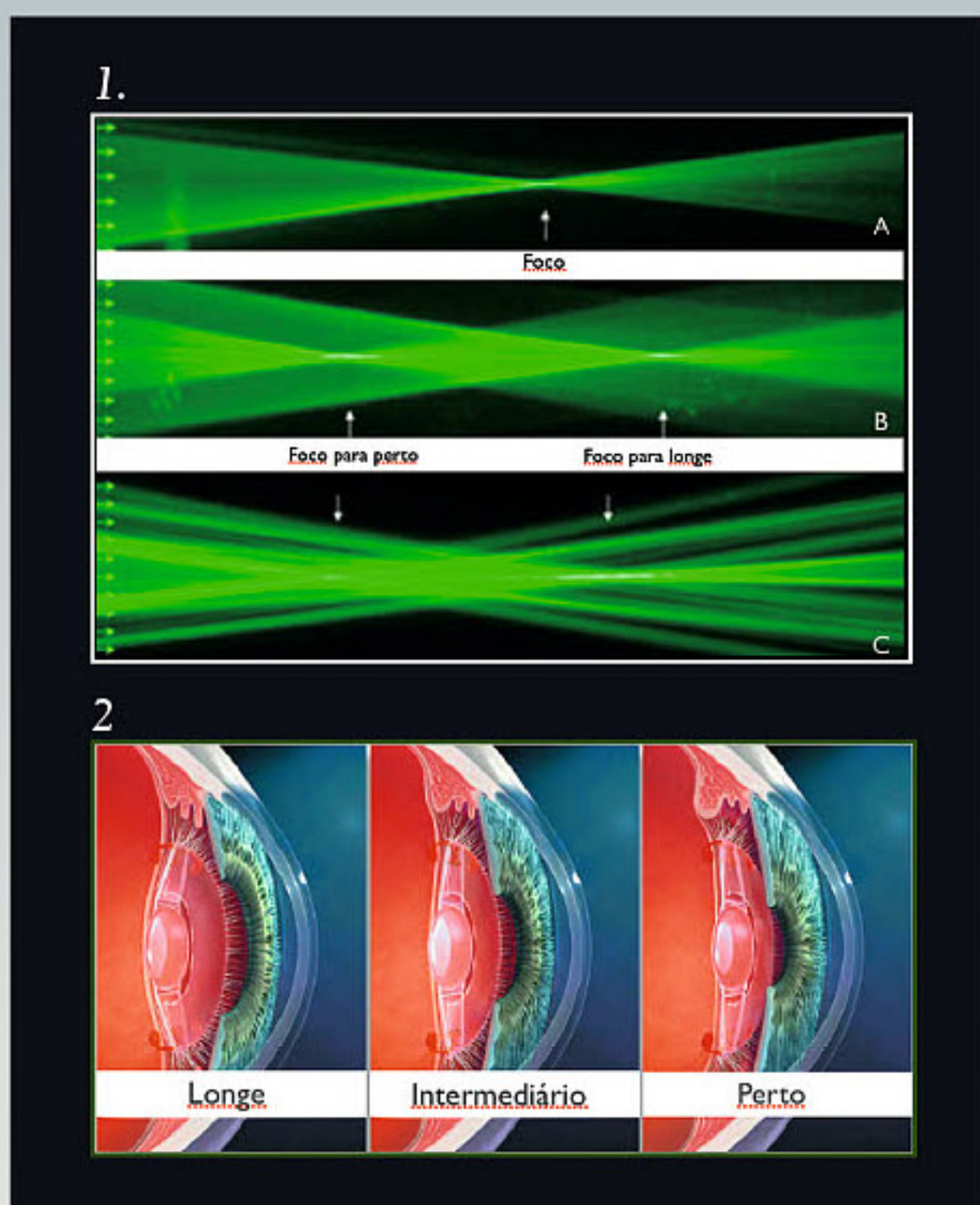


Figura 1: Comportamento dos raios de luz nas lentes para correção de presbiopia. 1A Lente Crystalens, 1B Lente difrativa, 1C Lente refrativa.

Figura 2: Mecanismo de ação da Crystalens no saco capsular.

TABELA 1

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO NA ESCOLHA DAS LENTES MULTIFOCAIS E ACOMODATIVAS	
LENTE MULTIFOCAIS	LENTE ACOMODATIVAS
Preferencialmente para pacientes exigentes para visão para perto	Preferencialmente para pacientes ativos exigentes para visão intermediária
Pode gerar halos e glare principalmente à noite	Não gera halos e glare
Pode estar associada à diminuição ao contraste e de acuidade visual principalmente em situações de pouca luz (mesópicas)	Não associada à diminuição ao contraste e de acuidade visual principalmente em situações de pouca luz (mesópicas)
Menor curva de aprendizado da técnica cirúrgica	Maior curva de aprendizado da técnica cirúrgica
Presença de plataforma tórica (0,75 a 2,0 D)	Ausência de plataforma tórica
Contraindicada em olho seco moderado ou grave, pós-ceratotomia radial, degeneração de retina, glaucoma, neuropatia óptica, retinopatia diabética e ambliopia	Não existe contraindicação formal

glaucoma, degenerações retinianas, neuropatias ópticas retinopatia diabética e ambliopia.

As lentes acomodativas podem ser implantadas nesses casos em que a lente bifocal foi contraindicada, uma vez que não há redução da sensibilidade ao contraste.

A presença de astigmatismo corneal pode comprometer o resultado visual nos dois tipos de lente. A topografia da córnea permite avaliar a presença e o tipo de astigmatismo. Quando este for maior do que 0,75D, deve-se considerar implante de LIO bifocal tórica ou tratamento a laser no caso das lentes acomodativas.

A avaliação do diâmetro pupilar também deve estar incluída na rotina pré-operatória. As lentes bifocais apresentam melhores resultados quando a pupila for maior que 2 mm e menor do que 4 mm. Nas pupilas de pequeno diâmetro há diminuição na acuidade visual para longe e, nas de grande diâmetro, há diminuição na acuidade visual para perto. A tabela 1 resume os critérios de seleção.

A profissão e as atividades diárias dos pacientes também devem ser consideradas no momento da escolha da LIO. Alguns pacientes utilizam a visão intermediária na maior parte do tempo. As lentes acomodativas podem ser indicadas nesses casos. Já naqueles que necessitam

de foco de visão mais próximo, a lente bifocal apresenta melhores resultados.

Minha experiência pessoal com essas lentes tem sido surpreendente. Tenho a oportunidade de utilizar lentes bifocais e acomodativas com excelentes resultados.

Recentemente iniciamos estudo no H Olhos com pacientes que receberam implante bilateral de LIO Crystalens há mais de seis meses. Os resultados iniciais mostraram que esses pacientes estão muito satisfeitos com a acuidade visual para longe e intermediária. Destes, 80% consideraram a visão para longe excelente ou boa. Em relação à visão de perto, 40% não utilizam óculos e 30% utilizam menos de 50% do tempo. A acuidade visual média para perto foi J3 e intermediária (50 cm) foi 20/20.

É possível associar o uso da monovisão nos pacientes com Crystalens, programando o olho dominante para emetropia e o outro olho para -0,75D. Desta forma, há um aumento na profundidade de foco sem comprometer a visão de longe de maneira significativa.

Utilizando critérios rigorosos e uma avaliação detalhada no pré-operatório podemos otimizar resultados utilizando as tecnologias mais recentes, proporcionando melhor qualidade de vida aos nossos pacientes. ■

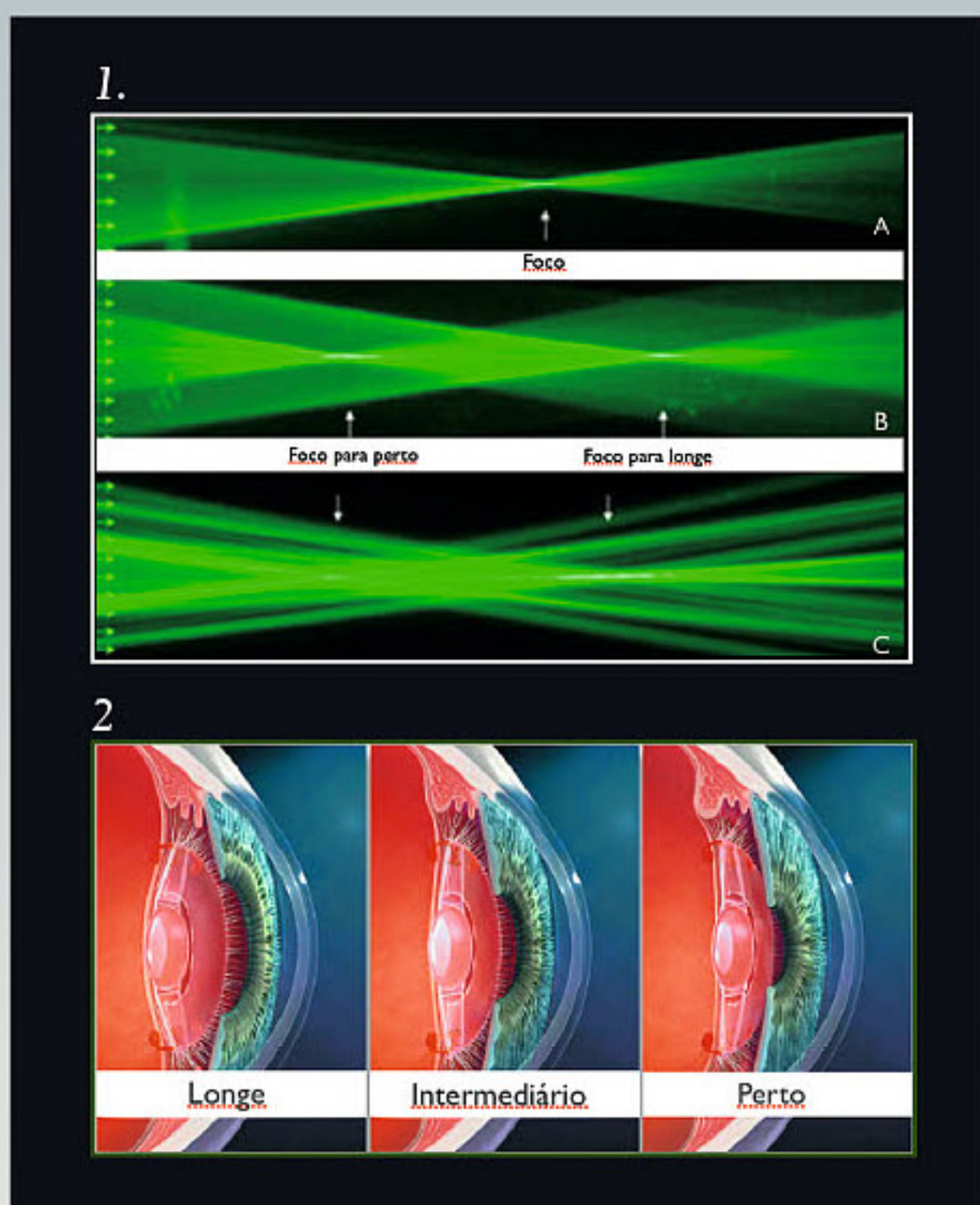


Figura 1: Comportamento dos raios de luz nas lentes para correção de presbiopia. 1A Lente Crystallens, 1B Lente difrativa, 1C Lente refrativa.

Figura 2: Mecanismo de ação da Crystallens no saco capsular.

TABELA 1

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO NA ESCOLHA DAS LENTES MULTIFOCAIS E ACOMODATIVAS	
LENTE MULTIFOCAL	LENTE ACOMODATIVA
Preferencialmente para pacientes exigentes para visão para perto	Preferencialmente para pacientes ativos exigentes para visão intermediária
Pode gerar halos e glare principalmente à noite	Não gera halos e glare
Pode estar associada à diminuição ao contraste e de acuidade visual principalmente em situações de pouca luz (mesópicas)	Não associada à diminuição ao contraste e de acuidade visual principalmente em situações de pouca luz (mesópicas)
Menor curva de aprendizado da técnica cirúrgica	Maior curva de aprendizado da técnica cirúrgica
Presença de plataforma tórica (0,75 a 2,0 D)	Ausência de plataforma tórica
Contraindicada em olho seco moderado ou grave, pós-ceratotomia radial, degeneração de retina, glaucoma, neuropatia óptica, retinopatia diabética e ambliopia	Não existe contraindicação formal

glaucoma, degenerações retinianas, neuropatias ópticas retinopatia diabética e ambliopia.

As lentes acomodativas podem ser implantadas nesses casos em que a lente bifocal foi contraindicada, uma vez que não há redução da sensibilidade ao contraste.

A presença de astigmatismo corneal pode comprometer o resultado visual nos dois tipos de lente. A topografia da córnea permite avaliar a presença e o tipo de astigmatismo. Quando este for maior do que 0,75D, deve-se considerar implante de LIO bifocal tórica ou tratamento a laser no caso das lentes acomodativas.

A avaliação do diâmetro pupilar também deve estar incluída na rotina pré-operatória. As lentes bifocais apresentam melhores resultados quando a pupila for maior que 2 mm e menor do que 4 mm. Nas pupilas de pequeno diâmetro há diminuição na acuidade visual para longe e, nas de grande diâmetro, há diminuição na acuidade visual para perto. A tabela 1 resume os critérios de seleção.

A profissão e as atividades diárias dos pacientes também devem ser consideradas no momento da escolha da LIO. Alguns pacientes utilizam a visão intermediária na maior parte do tempo. As lentes acomodativas podem ser indicadas nesses casos. Já naqueles que necessitam

de foco de visão mais próximo, a lente bifocal apresenta melhores resultados.

Minha experiência pessoal com essas lentes tem sido surpreendente. Tenho a oportunidade de utilizar lentes bifocais e acomodativas com excelentes resultados.

Recentemente iniciamos estudo no H Olhos com pacientes que receberam implante bilateral de LIO Crystallens há mais de seis meses. Os resultados iniciais mostraram que esses pacientes estão muito satisfeitos com a acuidade visual para longe e intermediária. Destes, 80% consideraram a visão para longe excelente ou boa. Em relação à visão de perto, 40% não utilizam óculos e 30% utilizam menos de 50% do tempo. A acuidade visual média para perto foi J3 e intermediária (50 cm) foi 20/20.

É possível associar o uso da monovisão nos pacientes com Crystallens, programando o olho dominante para emetropia e o outro olho para -0,75D. Desta forma, há um aumento na profundidade de foco sem comprometer a visão de longe de maneira significativa.

Utilizando critérios rigorosos e uma avaliação detalhada no pré-operatório podemos otimizar resultados utilizando as tecnologias mais recentes, proporcionando melhor qualidade de vida aos nossos pacientes. ■

Impacto do tratamento do glaucoma na qualidade de vida dos pacientes



Vanessa Maria Paletta Guedes

Chefe do Serviço de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Especialista em Glaucoma pelo Centre Hospitalier National d'Ophthalmologie des Quinze-Vingts (Universidade de Paris, França).

Ricardo Augusto Paletta Guedes

Pesquisador da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Glaucoma pelo Centre Hospitalier National d'Ophthalmologie des Quinze-Vingts (Universidade de Paris, França). Mestre em Saúde Coletiva (UFJF). Doutorando em Ciências da Saúde (UFJF).

INTRODUÇÃO

O glaucoma é a principal causa de cegueira irreversível no mundo.¹ O principal e mais desafiador objetivo do tratamento do glaucoma é manter a qualidade de vida (QDV) dos pacientes, a qual inclui a preservação da função visual a um custo aceitável.²

Os indivíduos diagnosticados com glaucoma podem ter sua qualidade de vida prejudicada por diversas razões: perda da função visual; dificuldade no esquema de colírios; efeitos colaterais e custo do tratamento; e preocupação, ansiedade e medo ligados ao diagnóstico de uma doença crônica, que ameaça sua visão.²

As medicações tópicas são a mais importante arma para impedir a progressão da neuropatia óptica glaucomatosa, através da redução da pressão intraocular a um nível seguro (PIO-alvo).²

As medicações antiglaucomatosas podem influenciar a qualidade de vida de diferentes maneiras: uso diário das medicações lembra ao paciente de sua condição de portador de uma doença incurável; os colírios podem ser

caros e difíceis de aplicar; os efeitos colaterais locais e sistêmicos, que podem afetar sua visão e saúde geral; o esquema das doses, que pode interferir no seu cotidiano, deixando os pacientes ansiosos (se estão usando corretamente as medicações).³

Fica então a pergunta, como podemos avaliar o impacto do tratamento na qualidade de vida de um portador de glaucoma?

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRATAMENTO NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM GLAUCOMA:

A avaliação do impacto do tratamento antiglaucomatoso na QDV dos pacientes pode ser realizada através de diferentes abordagens:

1 - Medidas Indiretas

A análise através de medidas indiretas é feita através do estudo da prevalência de efeitos adversos e complicações das terapias, inconveniência do tratamento e custo do tratamento.

Neste tipo de avaliação, mostrou-se que quanto maior o número e a prevalência dos efeitos colaterais das medicações, pior a qualidade de vida⁴; quanto maior o regime de gotas, pior a qualidade de vida⁵⁻⁶; quanto mais caro o tratamento, pior a qualidade de vida⁵⁻⁷.

2 - Medidas Diretas

Aqui, a QDV é utilizada como desfecho do estudo. É a forma ideal para o estudo da QDV, pois esta é a medida de desfecho mais importante sob o ponto de vista do paciente.

Para o estudo da QDV de maneira direta, podemos utilizar o método quantitativo (uso de instrumentos específicos para tal, como os questionários validados) e o método qualitativo (entrevistas abertas, grupos focais, etc.).

A QDV, em geral, pode ser difícil de ser quantificada. Nesta tentativa, diferentes instrumentos ou métodos foram desenvolvidos e validados. Alguns exemplos são: Visual Function Questionnaire, desenvolvido pelo National Eye Institute, nos EUA (NEI-VFQ); Glaucoma Symptom Scale (GSS), Glaucoma Quality of Life - 25 (QOL-25) e Symptom Impact Glaucoma Score (SIG).

Poucos estudos avaliaram diretamente o impacto das diferentes terapias na qualidade de vida dos pacientes glaucomatosos. Uma revisão da Cochrane identificou somente um estudo controlado randomizado que compara diretamente tratamento medicamentoso versus cirurgia.⁸

O único ensaio clínico a usar QDV como um dos desfechos foi o CIGTS (Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study), que avaliou 607 pacientes recém-diagnosticados com glaucoma.⁹ Estes foram randomizados para tratamento clínico ou trabeculectomia. Um dos desfechos analisados nos resultados foi a QDV, através de três questionários, que duravam aproximadamente 48 minutos para serem respondidos pelos pacientes.⁹

Os resultados mostraram que os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico com trabeculectomia apresentavam escores mais baixos de QDV na fase inicial do tratamento (relacionada principalmente ao desconforto local da cirurgia). Esta diferença desaparecia ao longo do tempo. Outro achado importante foi que a QDV em ambos os grupos era pior logo após o diagnóstico e que os es-

cores mostram uma tendência de melhora com o tempo, mostrando que os pacientes tendem a se acostumar com a doença e seus sintomas.⁹

Em outro estudo a avaliar a QDV diretamente, nosso grupo (Guedes et al.) avaliou 225 pacientes entrevistados através da versão brasileira do NEI-VFQ. Nesse estudo transversal, os pacientes foram divididos em três grupos, grupo 1 (pacientes em tratamento clínico exclusivo sem nunca terem passado por nenhuma cirurgia filtrante); grupo 2 (pacientes operados não usando nenhuma medicação antiglaucomatosa) e grupo 3 (pacientes operados, mas que necessitaram de retornar ao uso de medicação antiglaucomatosa).¹⁰

Os grupos eram homogêneos quanto às seguintes variáveis: idade, sexo, raça, escolaridade e tipo de glaucoma. Quando controlados pelo estágio de glaucoma (inicial, moderado e avançado), não houve diferença entre os escores dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico ou àqueles com tratamento clínico, exceto para os glaucomas iniciais. Os resultados mostraram que pacientes que foram submetidos à cirurgia filtrante em estágio inicial de glaucoma tiveram um escore mais baixo de QDV quando comparados com pacientes em uso crônico de colírios.¹⁰ Esta diferença não foi observada nos glaucomas moderados ou avançados.

Outro estudo do nosso grupo (Guedes et al.) avaliou a QDV em

portadores de glaucoma sob tratamento clínico em uso de diferentes prostaglandinas (bimatoprost, latanoprost e travoprost).¹¹ Nesse estudo, 213 pacientes foram avaliados através de questionário validado para a população brasileira. Os resultados mostraram que a travoprost tinha resultados de QDV similares aos da latanoprost. Entre as três prostaglandinas, a bimatoprost foi a que mostrou ter menor escore de QDV¹¹, apesar do fato já demonstrado em outros estudos, que mostram que ela é a prostaglandina que mais reduz a pressão intraocular e é a droga mais custo-efetiva.¹²⁻¹⁴

A pesquisa com metodologia qualitativa visa captar aspectos relacionados à doença que seriam muito difíceis de ser observados através de estudos quantitativos de QDV. Na literatura médica são praticamente inexistentes estudos de pesquisa com abordagem qualitativa, que

“
O glaucoma é a principal causa de cegueira irreversível no mundo. O principal e mais desafiador objetivo do tratamento do glaucoma é manter a qualidade de vida (QDV) dos pacientes, a qual inclui a preservação da função visual a um custo aceitável

tendam a elucidar as crenças e os valores atribuídos pelos pacientes portadores de glaucoma ao tipo de tratamento proposto pelo médico (clínico ou cirúrgico).

Um estudo através do método qualitativo foi realizado por nosso grupo de pesquisa (Vieira et al.), visando buscar as diferentes perspectivas dos pacientes a respeito do glaucoma e seu tratamento.¹⁵ Foram realizados dois grupos focais, onde as entrevistas eram realizadas em grupo e gravadas em mídia digital, com 10 pacientes em cada grupo (grupo 1: pacientes em tratamento clínico exclusivo em estágio avançado de glaucoma e grupo 2: pacientes operados em ambos os olhos há pelo menos 1 ano, sem nenhuma medicação, também em estágio avançado de glaucoma).¹⁵

Os resultados mostraram que o glaucoma desperta nos pacientes um profundo medo e preocupação não somente com a perda da visão, mas também com o impacto da doença no seu tratamento no dia a dia (quedas, custo, utilização dos colírios em horários predeterminados, efeitos colaterais, etc.).¹⁵

Ambos os grupos apresentaram o mesmo nível de preocupação com a doença e com a cegueira. O custo e os efeitos colaterais do tratamento foram os fatores negativos mais relevantes levantados pelos pacientes.¹⁵

Os pacientes do grupo cirúrgico foram unânimes em preferir a cirurgia em relação ao uso crônico de colírios. Pacientes operados de glaucoma parecem apresentar menor impacto no seu cotidiano, mas a preocupação com a doença persiste.¹⁵

A confiança no médico e na correta indicação do tratamento, seja ele clínico ou cirúrgico, é fator-chave preponderante para uma maior tranquilidade e, consequentemente, uma melhor QDV, reforçando a necessidade de uma boa relação médico-paciente.¹⁵

CONCLUSÃO

O estudo do impacto do glaucoma e de seu tratamento na QDV dos pacientes é de fundamental importância, pois a QDV é o objetivo final de qualquer terapia anti-glaucomatosa, mas também é o desfecho mais relevante do ponto de vista do paciente.

Existem diversas maneiras de se abordar este tema, seja através de medidas indiretas ou diretas.

Mais estudos são necessários para podermos lidar melhor com a diminuição da QDV nos pacientes portadores de glaucoma. Mas desde já temos que ter em mente que:

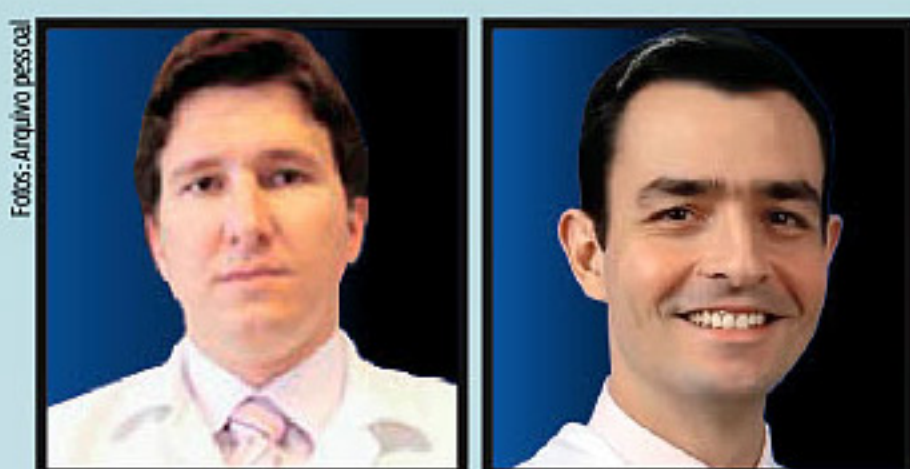
- o glaucoma tem um impacto grande na QDV;
- o tipo de tratamento pode interferir em uma melhor ou pior QDV;

• o médico tem um papel fundamental na manutenção e na melhoria da QDV, através do tratamento adequado e personalizado, lembrando que uma das maneiras de tentar aliviar o peso da doença é estabelecer uma boa relação médico-paciente. ■

Referências:

1. Resnikoff PD, Etya'ale D et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ* 2004;82:844-851.
2. European Glaucoma Society. *Terminology and Guidelines for Glaucoma*, 2nd ed. Savona, Italy: Ed Dogma; 2003.
3. Emerick GT. Quality of life and glaucoma medications. Do our prescriptions make a difference? *Glaucoma Today* 2005;5:38-39.
4. Nordmann JP et al. Vision related quality of life and topical glaucoma treatment side effects. *Health Qual Life Outcomes* 2003;10:1-75.
5. Tsai J. A comprehensive perspective on patient adherence to topical glaucoma therapy. *Ophthalmology* 2009;116:S30-6.
6. Hong S et al. Drug attitude and adherence to anti-glaucoma medication. *Yonsei Med J* 2010;51(2):261-9.
7. Silva LMS, Vanconcellos JPC, Temporini ER, Costa VP, Kara-José N. Tratamento clínico do glaucoma em um hospital universitário: custo mensal e impacto na renda familiar. *Arq Bras Oftalmol* 2002;65:299-303.
8. Burr J, Azuara-Blanco A, Avenell A. Medical versus surgical interventions for open-angle glaucoma (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2007.
9. Feiner L, Piltz-Seymour JR, Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study Group. Collaborative initial glaucoma treatment study: a summary of results to date. *Curr Opin Ophthalmol* 2003;14:106-111.
10. Paletta Guedes RA, Paletta Guedes VM, Freitas SM, Chaoubah A. Quality of life of medically versus surgically treated glaucoma patients. *J Glaucoma* 2012;March 7(Epub ahead of print).
11. Guedes RA, Guedes VM, Freitas SM, Chaoubah A. Quality of life of Glaucoma under medical therapy with different prostaglandins. *Clinical Ophthalmol* 2012;6:1749-53.
12. Aptel F, Cucherat M, Denis P. Efficacy and tolerability of prostaglandin analogs: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Glaucoma* 2008;17:667-673.
13. Noecker RJ, Walt JG. Cost-effectiveness of monotherapy treatment of glaucoma and ocular hypertension with the lipid class of medications. *Am J Ophthalmol* 2006;141:S15-S21.
14. Guedes RPA, Guedes VMP, Chaoubah A. Custo-efetividade dos análogos de prostaglandinas no Brasil. *Rev Bras Oftalmol* 2008;67:281-6.
15. Vieira AA, Guedes RA, Vieira RC, Guedes VM. Percepção dos pacientes portadores de glaucoma sobre sua doença e os diferentes tipos de tratamento (clínico versus cirúrgico). *Cien Saúde Colet Under Review*.

Traumatismo Orbitozigomático



Rodrigo Durães

Oftalmologista supraespecialista em Plástica Ocular e Órbita – HCRP/USP

Membro do Facial Trauma Group – Brasília/DF

Diderot Parreira

*Otorrinolaringologista e Cirurgião craniomaxilofacial
Docente Universidade Católica de Brasília (UCB)*

Membro do Facial Trauma Group – Brasília/DF

INTRODUÇÃO

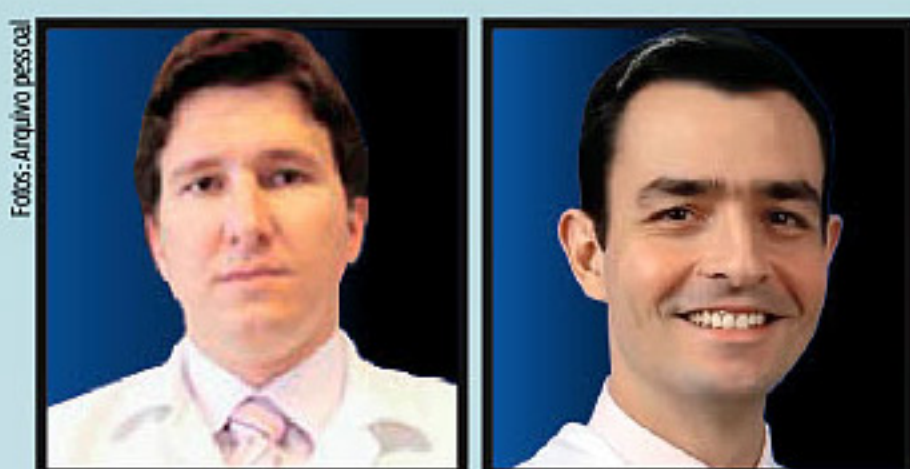
O trauma orbitozigomático pode ser considerado uma das agressões mais devastadoras encontradas, devido às consequências emocionais, à possibilidade de deformidade e também ao impacto econômico causado pelo mesmo. As fraturas orbitozigomáticas apresentam fatores etiológicos variados e seu diagnóstico é embasado no exame clínico detalhado, incluindo acuidade visual, motilidade, reações pupilares, PIO, assim como avaliação do segmento anterior e posterior do globo, auxiliado por exame de imagem. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para avaliar mais completamente o trauma orbitozigomático.

A queda representa a segunda etiologia mais comum, perdendo apenas para a violência interpessoal, sendo uma realidade presente nos serviços de emergência de diversas especialidades. Quanto à faixa-etária, pode acometer todas as idades.

O diagnóstico correto conduz a um tratamento eficaz e precoce, diminuindo assim as chances de sequelas pós-operatórias.

O tratamento inclui a redução e a fixação da fratura. A intervenção cirúrgica deve ser realizada após redução do edema facial, podendo ser adiada por até 14 a 21 dias.

Traumatismo Orbitozigomático



Rodrigo Durães

Oftalmologista supraespecialista em Plástica Ocular e Órbita – HCRP/USP

Membro do Facial Trauma Group – Brasília/DF

Diderot Parreira

*Otorrinolaringologista e Cirurgião craniomaxilofacial
Docente Universidade Católica de Brasília (UCB)*

Membro do Facial Trauma Group – Brasília/DF

INTRODUÇÃO

O trauma orbitozigomático pode ser considerado uma das agressões mais devastadoras encontradas, devido às consequências emocionais, à possibilidade de deformidade e também ao impacto econômico causado pelo mesmo. As fraturas orbitozigomáticas apresentam fatores etiológicos variados e seu diagnóstico é embasado no exame clínico detalhado, incluindo acuidade visual, motilidade, reações pupilares, PIO, assim como avaliação do segmento anterior e posterior do globo, auxiliado por exame de imagem. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para avaliar mais completamente o trauma orbitozigomático.

A queda representa a segunda etiologia mais comum, perdendo apenas para a violência interpessoal, sendo uma realidade presente nos serviços de emergência de diversas especialidades. Quanto à faixa-etária, pode acometer todas as idades.

O diagnóstico correto conduz a um tratamento eficaz e precoce, diminuindo assim as chances de sequelas pós-operatórias.

O tratamento inclui a redução e a fixação da fratura. A intervenção cirúrgica deve ser realizada após redução do edema facial, podendo ser adiada por até 14 a 21 dias.



Figura 1: Fratura de arco zigomático



Figura 2: Células etmoidais e assoalho de órbita

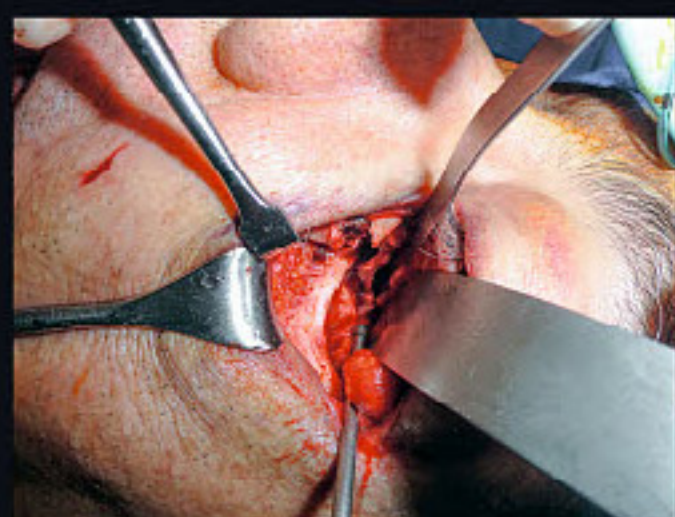


Figura 3: Abertura subciliar



Figura 4: Fixação de miniplaca de titânio de seis furos com cinco miniparafusos



Figura 5: Incisão através da conjuntiva inferior



Figura 6: Abertura intraoral



Figura 7: Fixação de placa de titânio de 2 mm de oito furos e seis parafusos

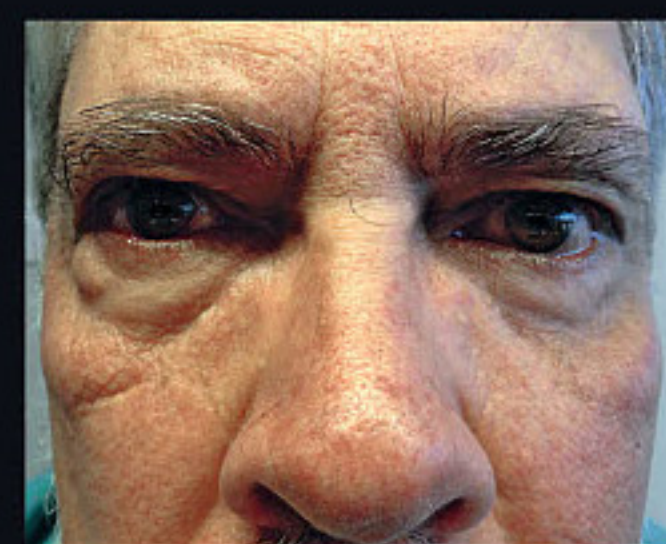


Figura 8: Resultado final

As complicações mais temidas no reparo da fratura orbital são cegueira e as complicações anestésicas. No pós-operatório, o paciente deve receber bolsas de gelo e cuidadosa monitorização da visão. Portanto, é banido o uso de tapa-olhos.

CASO CLÍNICO

V.C.S., 59 anos, aposentado, branco, procedente de Brasília (DF), relatava queda de árvore de aproximadamente três metros de altura há 1 dia. Referia embaçamento visual e visão dupla à esquerda, trismo, parestesia em região malar à esquerda e dor leve ao mastigar.

Exame Físico: AV/CC: 20/25 AO, hemorragia subconjuntival esquerda, PIO: 16 mmHg AO, FO: sem alterações, edema periorbitário e hematoma subcutâneo em pálpebras do olho esquerdo, motilidade ocular preservada, dor e desnível à palpação de malar, degraú no rebordo orbitário inferior.

Tomografia computadorizada de órbita e seios da face: fraturas cominutivas nas paredes anterior, medial e lateral do seio maxilar à esquerda, fratura de arco zigomático e células etmoidais e assoalho de órbita à esquerda (figuras 1 e 2).

ABORDAGEM CIRÚRGICA

Foi realizada correção de todas as fraturas com abordagem infraciliar a 2 mm da linha ciliar, estendendo-se do ponto lacrimal para o canto lateral em um plano entre o músculo orbicular e o septo orbital, no qual se expôs a crista inferior e o assoalho orbital (figura 3). Procedeu-se o reparo da fratura de rebordo inferior, reduzindo e fixando com uma miniplaca de seis furos e cinco miniparafusos de titânio. A fratura de assoalho orbital foi abordada através da redução da gordura periorbitária e aplicação da placa com malha de titânio recoberta por MEDPOR POREXR, recompondo o assoalho orbital. Com uma cantólise lateral, facilitou-se o reparo da fratura zigomática, onde foi

fixada miniplaca de titânio de seis furos com cinco miniparafusos (figura 4). Para a fratura de parede medial orbital, foi realizada abordagem transcaruncular, meio mais direto para acessar a região da lâmina papirácea; além dessa vantagem cirúrgica, existe o benefício estético de não produzir cicatriz na pele. A incisão foi estendida medialmente através da conjuntiva inferior e, então, superiormente através da carúncula, daí direcionada medialmente rumo à parede orbitária medial, logo posterior ao saco lacrimal (figura 5). Foi feita a

redução da gordura periorbitária que se encontrava no etmoide do paciente e aplicada folha de 0,8 mm de MEDPOR POREXR na parede medial da órbita, reconstruindo a região fraturada da lâmina papirácea. Tal implante foi apenas posicionado, sem uso de fixação rígida.

Para a abordagem da fratura do pilar canino em região malar foi utilizado o acesso transoral no sulco gengivojugal e realizada fixação do mesmo com placa de titânio de 2,0 mm de oito furos e seis parafusos (figura 6).

COMENTÁRIOS FINAIS

A correção completa das fraturas orbitozigomáticas é dada quando se reconstrói tridimensionalmente a cavidade orbitária e há o alinhamento ósseo

das fraturas para adequada manutenção estética das partes moles externas (figuras 7 e 8).

É importante orientar o paciente no seu primeiro atendimento a não assoar o nariz, pois o enfisema orbital pode produzir cegueira devido à oclusão da artéria central da retina ou compressão do nervo óptico, além de produzir enfisema subcutâneo periorbitário.

As equipes multidisciplinares compostas por oftalmologistas supraespecialistas em plástica ocular e órbita em parceria com otorrinolaringologistas e cirurgiões craniomaxilofaciais mesclam as habilidades, reduzindo os riscos e melhorando o tratamento de problemas complexos que ocorrem nas fronteiras entre estas especialidades. ■

“
As complicações mais temidas no reparo da fratura orbital são cegueira e as complicações anestésicas. No pós-operatório, o paciente deve receber bolsas de gelo e cuidadosa monitorização da visão. Portanto, é banido o uso de tapa-olhos

Cirurgia: tendência para o implante de drenagem

Embora tanto os implantes de drenagem como as trabeculectomias apresentem vantagens, a escolha entre as duas pode ser uma questão de preferência do cirurgião

Dr. Joseph F. Panarelli

Miami - Professor Adjunto de Oftalmologia do Instituto de Oftalmologia Bascom Palmer em Miami.

Adaptado do artigo "Surgery: trending towards the tube", da revista Review of Ophthalmology, de janeiro de 2013.

A cirurgia raramente é nossa primeira opção ao tratar um paciente com glaucoma. O tratamento clínico e/ou o tratamento a laser são inicialmente empregados, na maioria dos casos, numa tentativa de reduzir a pressão intraocular. Entretanto, se a PIO continuar elevada e o paciente ainda estiver apresentando progressão ou se houver suspeita de progressão, então precisamos decidir sobre que tipo de cirurgia devemos realizar para evitar que o paciente perca ainda mais a visão. Isto em geral significa escolher entre uma trabeculectomia e um implante de drenagem.

Uma escolha é melhor do que a outra? Certamente, até certo ponto a resposta depende das circunstâncias individuais. Nos últimos anos, estudos sobre padrões de prática observaram uma clara tendência dos cirurgiões a realizar mais implantes de drenagem e menos trabeculectomias em geral, especialmente em olhos que já foram submetidos a cirurgias anteriores. A escolha de implantes de drenagem em vez da trabeculectomia aumentou de 7 para 46% em olhos submetidos anteriormente à trabeculectomia e de 8 para 45% em olhos submetidos anteriormente à extração de catarata. Um estudo conduzido por Pradeep Ramulu e colegas, com base em dados do Medicare, observou que entre 1995 e 2004 as trabeculectomias realizadas em olhos não submetidos ante-

riormente a cirurgia ou traumatismo diminuíram 51%, de 51.690 para 24.178 (embora o número tenha aumentado 9% em olhos com cicatrizes). Durante o mesmo período, o número de implantes de drenagem realizados aumentou 184%, de 2.728 para 7.744.

Os cirurgiões estão claramente ficando mais à vontade com a opção de implante de drenagem. Eles não estão mais relegando os implantes de drenagem ao tratamento do glaucoma resistente e aos pacientes sob alto risco de falha de filtração.

A EVIDÊNCIA: IMPLANTE VS. TRABECULECTOMIA

No primeiro estudo prospectivo, randômico sobre implantes de drenagem para glaucoma versus trabeculectomia, a válvula Ahmed para glaucoma e a trabeculectomia para cirurgia primária foram comparadas em 123 pacientes com um acompanhamento médio de 31 meses. As PIOs médias e as medicações adjuvantes foram comparáveis nos dois grupos. Nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi encontrada na acuidade visual, campo visual ou complicações em curto e longo prazo. (As diferenças nas complicações de baixa frequência provavelmente não teriam sido detectadas neste estudo.) As probabilidades cumulativas de sucesso foram 68,1% para trabeculectomia e 69,8% para a válvula Ahmed.

O estudo Tube Versus Trabeculectomy foi um estudo

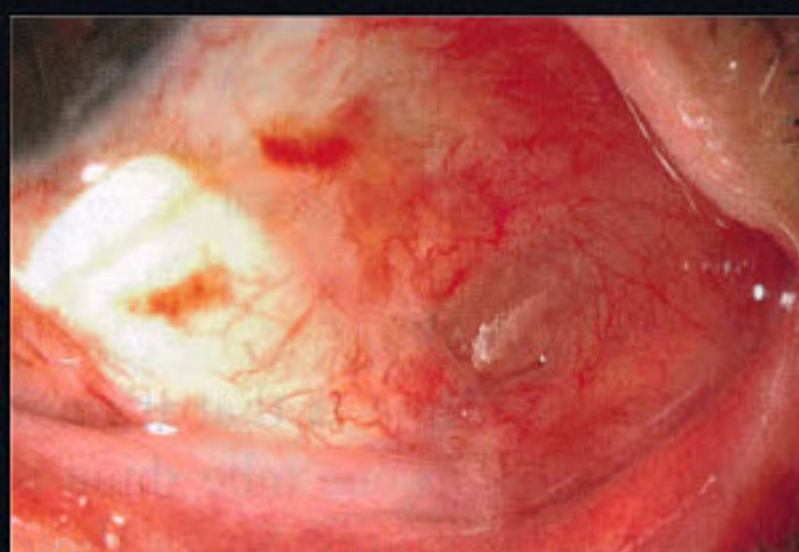


Figura 1: Exatificação da placa pode ser um desafio para o cirurgião. Muitas vezes, nessas situações, é preciso a remoção de todo o dispositivo, tal como o fechamento da conjuntiva nesta área, pode provocar erosões.

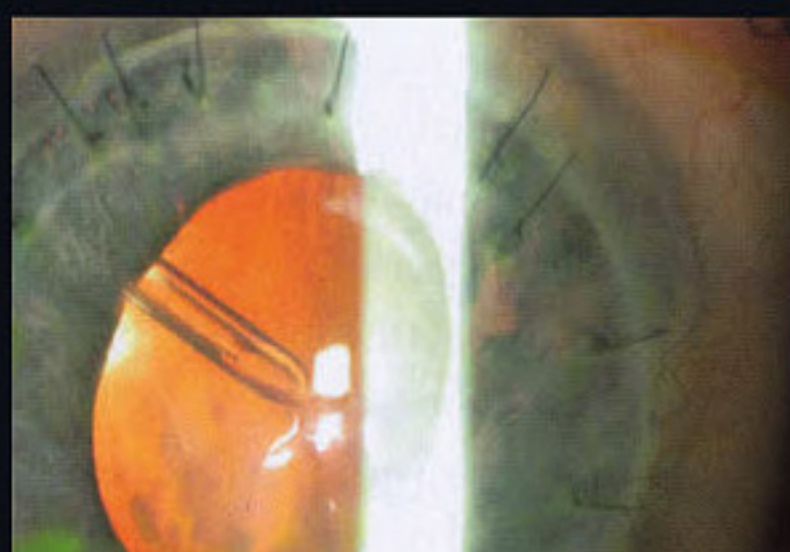


Figura 2: Pacientes com transplantes de córnea podem desenvolver ainda glaucoma crônico de ângulo-fechado. A colocação de um tubo de sulco ajuda a prevenir o dano endotelial da córnea a longo prazo.



Figura 3: Este paciente desenvolveu uma erosão tubo e subseqüente endoftalmite, exigindo uma injeção de antibióticos, juntamente com o implante de drenagem.

Imagens: reprodução

clínico multicêntrico que comparou o implante Baerveldt para glaucoma 350 mm² à trabeculectomia com mitomicina C em pacientes submetidos anteriormente à extração de catarata com implantação de lente intraocular e/ou que apresentaram falha à cirurgia de filtração. Os resultados de cinco anos mostraram que os pacientes submetidos à cirurgia para implante de drenagem apresentaram uma taxa mais alta de sucesso do que o grupo submetido à trabeculectomia; a probabilidade cumulativa de falha foi de 29,8% no grupo do implante e 46,9% no grupo da trabeculectomia. (Falha foi definida como uma PIO > 21 mmHg ou não reduzida em 20% em relação à fase basal em duas visitas consecutivas de acompanhamento após três meses; PIO < 5 mmHg em duas visitas consecutivas de acompanhamento após três meses; nova cirurgia para o glaucoma; ou perda da visão de percepção da luz.)

Em termos de redução da PIO não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo que recebeu o implante e o grupo submetido à trabeculectomia. Os dois procedimentos produziram uma redução significativa da pressão, que foi mantida no acompanhamento de cinco anos, e houve também uma redução significativa no uso de medicamentos suplementares nos dois grupos. Complicações pós-operatórias iniciais foram mais frequentemente observadas no grupo submetido à trabeculectomia, embora a maioria fosse transitória e autolimitada. Complicações

pós-operatórias tardias, nova cirurgia devido a complicações, perda da visão e extrações de catarata não diferiram entre os dois procedimentos. O único achado significativo adicional foi que houve uma incidência maior de nova cirurgia para o glaucoma no grupo da trabeculectomia.

Implantes de drenagem têm sido historicamente usados para tratar glaucomas resistentes – pacientes com glaucomas uveíticos ou neovasculares avançados, ou cicatriz conjuntival extensa, tais como pacientes submetidos a múltiplas trabeculectomias sem sucesso. Os critérios de inclusão no estudo TVT levaram ao implante de dispositivos de drenagem em pacientes em risco mais baixo de falha cirúrgica. O que podemos concluir desse estudo é que a cirurgia para implante de drenagem e a trabeculectomia produzirão uma redução similar na PIO com um risco similar de complicações sérias em grupos similares de pacientes.

A EVIDÊNCIA: ADVERTÊNCIAS

É importante fazer uma revisão crítica dos resultados do estudo TVT. Há três pontos importantes que devem ser considerados.

Em primeiro lugar, é importante considerar as razões específicas pelas quais uma taxa maior de sucesso foi relatada no grupo do implante do que no grupo da trabeculectomia. Nos dois grupos, a maioria dos pacientes não foi bem-sucedida devido ao controle inadequado da pressão

— mas também havia outras razões para a falha de tratamento. No grupo da trabeculectomia, várias pessoas não cumpriram os requisitos de sucesso porque sua pressão estava muito baixa. Nesse estudo, o protocolo determinava que uma concentração de 0,4 mg/ml de mitomicina C fosse aplicada durante quatro minutos. Muitos cirurgiões usam MMC por um período de tempo menor ou usam uma concentração mais baixa de MMC, e podem ter como resultado taxas mais baixas de hipotonia. Os autores também destacam que a hipotonia pode constituir um resultado aceitável da cirurgia se a acuidade visual não for afetada. (Em qualquer caso, quando os três pacientes com hipotonia e visão estável foram reclassificados como sucessos em vez de falhas, os resultados do estudo não se alteraram significativamente.)

Outro importante achado do estudo TVT foi que mais pacientes no grupo da trabeculectomia foram submetidos a novas cirurgias de glaucoma. Este achado pode ter sido tendencioso pelo fato de os cirurgiões se sentirem mais confortáveis fazendo uma nova cirurgia após falha da trabeculectomia (em geral, implantando um dispositivo de drenagem) do que após falha de um dispositivo de drenagem. Se um paciente apresentar PIO elevada apesar da colocação de um implante de drenagem, o cirurgião pode apenas aumentar a terapia médica ou observar um pouco mais antes de decidir implantar um segundo dispositivo de drenagem ou realizar um procedimento ciclodestrutivo. Por outro lado, é importante observar que no estudo TVT não houve diferença significativa na PIO média entre os grupos de tratamento à época da falha, nos pacientes submetidos à nova cirurgia para o glaucoma ou em pacientes que apresentaram falha devido à redução inadequada da PIO, mas que não se submeteram a cirurgia adicional para o glaucoma. Essas observações sugerem que não houve uma tendência contra uma nova cirurgia do glaucoma no grupo que recebeu o implante de drenagem.

Por fim, o estudo é limitado por fatores comuns a muitos estudos clínicos grandes, multicêntricos, randômicos. Os resultados da cirurgia podem variar dependendo da habilidade e do nível de experiência dos médicos envolvidos no estudo, e os resultados não podem ser generalizados a

grupos diferentes de pacientes, uma vez que esse estudo incluiu pacientes que satisfizeram critérios muito específicos de inclusão e exclusão. Além disso, complicações de baixa frequência passariam despercebidas (erro estatístico tipo II).

QUANDO EU OPTARIA POR UM IMPLANTE DE DRENAGEM

Em minha opinião, há três situações em que eu definitivamente optaria por um implante de drenagem em vez de uma trabeculectomia.

- **Pacientes com glaucoma de alto risco** — a primeira situação é quando estou tratando pacientes com glaucoma

secundário sob alto risco de falha à trabeculectomia. Esses pacientes apresentam história de glaucoma neovascular, glaucoma uveítico, síndrome endotelial iridocorneana, bloqueio do crescimento epitelial ou glaucoma afáquico. Considero esses tipos de glaucoma muito difíceis de controlar, e as trabeculectomias apresentam um alto risco de falha nessas populações de pacientes. Em minha experiência, um implante de drenagem frequentemente é o melhor procedimento para esses pacientes.

- **Pacientes que provavelmente irão requerer cirurgia futura** — quando as trabeculectomias funcionam, os pacientes e os cirurgiões ficam felizes, mas quando ocorre falha de uma fístula

anos mais tarde, pode ser frustrante. Como todos nós sabemos, outras cirurgias realizadas no olho criam mais inflamação e aumentam o risco de falha da trabeculectomia. Portanto, por exemplo, eu prefiro implantar um dispositivo de drenagem em um paciente submetido anteriormente a um transplante de córnea e que requer controle da PIO. Uma trabeculectomia pode a princípio funcionar nesses casos, porém cirurgias futuras devido à falha de enxerto colocam a fístula em risco considerável. Tenho a mesma preocupação com pacientes que apresentam retinopatia diabética séria e que podem requerer cirurgia da retina posteriormente.

- **Quando o acompanhamento é questionável** — quando o acompanhamento do paciente e a aderência



Os cirurgiões estão claramente ficando mais à vontade com a opção de implante de drenagem. Eles não estão mais relegando os implantes de drenagem ao tratamento do glaucoma resistente e aos pacientes sob alto risco de falha de filtração

constituem um problema, prefiro implantar um dispositivo de drenagem para controlar o glaucoma. Não preciso me preocupar tanto com esses pacientes que faltam às visitas de acompanhamento críticas no início do período pós-operatório – pelo menos não tanto quanto eu me preocuparia com um paciente submetido a uma trabeculectomia. Um paciente submetido a uma trabeculectomia requer muitos cuidados pós-operatórios nas primeiras semanas e não comparecer a algumas consultas pode ser devastador para a formação de uma boa fístula. Uma lise de sutura realizada muito tardiamente frequentemente é ineficaz, e a não aderência ao tratamento médico (ou seja, tratamento anti-inflamatório) pode também resultar em falha prematura da fístula.

A ESCOLHA DO IMPLANTE É IMPORTANTE?

Dados do Ahmed Versus Baerveldt Study e do Ahmed Baerveldt Comparison Study sugerem que há prós e contras aos dois implantes mais populares que temos à disposição. O implante Ahmed é bom porque oferece o benefício da redução imediata da pressão, e a válvula minimiza o risco de hipotonia. Entretanto, é preciso lidar com o fato de que esses implantes podem encapsular e, nesse caso sua capacidade de controlar adequadamente a PIO diminui ao longo do tempo.

Um dos pontos fracos do implante Baerveldt é que ele não possui válvula e, portanto, precisa ser ocluído durante as primeiras semanas após a cirurgia. Como resultado, nem sempre obtemos uma redução ideal da pressão imediatamente, apesar de utilizar diferentes técnicas para fenestrar o implante. Quando o implante abre, há também um risco maior de complicações sérias. No entanto, a longo prazo o implante Baerveldt parece alcançar um controle ligeiramente melhor da pressão (embora o nível de melhora possa não ser clinicamente significativo).

O resultado final é que não se sabe ainda se um implante de drenagem é superior aos outros. Portanto, para aqueles que optam por implantar um dispositivo de drenagem, a escolha do dispositivo pode ser uma questão de preferência do cirurgião. Outro fator é a experiência anterior; uma experiência ruim com um dispositivo por vezes o deixa receoso de usá-lo novamente no futuro. Alguns casos de câmaras anteriores rasas com o Ahmed e você pode mudar para o Baerveldt. Se você tiver alguns problemas com hipotonia após a abertura de um Baerveldt, você pode optar por trocar pelo Ahmed.

Por fim, os resultados de estudos comparativos irão exercer algum impacto na escolha do dispositivo de implante pelo cirurgião, porém o treinamento e a experiência clínica também terão um papel importante.

QUANDO EU ESCOLHERIA UMA TRABECULECTOMIA

Por outro lado, há pacientes nos quais eu prefiro uma trabeculectomia em vez de um dispositivo de drenagem:

- **Pacientes com doença grave** – Se um paciente apresenta glaucoma mais grave, eu provavelmente terei como meta uma PIO mais baixa. Nesta situação, prefiro uma trabeculectomia simplesmente porque consigo obter uma pressão muito baixa com esta cirurgia. Acredito que a maioria dos médicos considera que os dispositivos de drenagem são uma boa maneira de baixar a PIO e são muito previsíveis, mas nem sempre resultam em um nível muito baixo. Entretanto, foi interessante observar que no estudo TVT, a proporção de pacientes com uma $PIO \leq 14$ foi similar entre os dois grupos de tratamento. Na realidade, 63% dos pacientes submetidos à cirurgia para implante de dispositivo de drenagem apresentavam uma PIO inferior a 14,4. Uma vez que isto parece contradizer o raciocínio tradicional, vale a pena perguntar o porquê. Uma possível explicação é que os dados anteriores mostraram tendência para pressões finais mais altas simplesmente porque no passado implantamos na maioria dos casos implantes de drenagem em pacientes com glaucomas resistentes que começaram o tratamento com pressões muito elevadas.

- **Pacientes fáquicos** – especialmente aqueles com câmaras anteriores rasas. Eu preferiria uma trabeculectomia nesta situação porque há o risco de dano endotelial ao implantar um dispositivo muito próximo da córnea. Uma vez que o paciente é fáquico, a colocação de um sulco não é uma opção. Acredito que a trabeculectomia em geral é a opção cirúrgica preferida em pacientes fáquicos, mas será interessante verificar os resultados do Primary Tube Versus Trabeculectomy Study em andamento. Embora haja uma tendência para a colocação de mais implantes de drenagem, o número total de trabeculectomias realizadas atualmente ainda supera em muito o total de implantes de drenagem que estão sendo realizados.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Em geral, os três maiores receios de um cirurgião no implante de um dispositivo de drenagem são a erosão do implante, o dano endotelial e a diplopia. Os primeiros dois riscos podem ser minimizados de alguma forma pelo cirurgião. Por exemplo, os cirurgiões podem diminuir o risco de erosão do implante mudando um pouco sua técnica. Abrir a fístula alguns milímetros antes de penetrar a câmara anterior e recobrir o implante adequadamente com um

enxerto pode ajudar a minimizar as taxas de exposição.

Infelizmente, não dispomos de muitos dados com relação ao efeito que os implantes podem exercer na córnea, portanto, a maioria das preocupações com relação ao dano endotelial é baseada em relatos incidentais. Um estudo recente examinou dispositivos de drenagem após implante de dispositivo Ahmed para glaucoma resistente, e encontrou de fato uma redução nas células endoteliais corneanas em dois anos de acompanhamento, com a maior redução na contagem de células ocorrendo no quadrante de inserção do implante.⁶ Entretanto, outro estudo não observou diferença nas taxas de descompensação corneana ao comparar a inserção de um implante via pars plana à inserção na câmara anterior.

Além disso, a trabeculectomia e outros procedimentos para o glaucoma podem também diminuir o número de células endoteliais corneanas. Um estudo comparativo não observou diferenças nas taxas de falha do implante após trabeculectomia com mitomicina C vs. implantação de dispositivo para drenagem de glaucoma. O estudo PTVT irá comparar o número de células endoteliais em pacientes submetidos à trabeculectomia e pacientes submetidos a implantes de drenagem, e será interessante analisar os resultados a longo prazo.

A terceira preocupação, diplopia, constitui um risco real em pacientes com implante Baerveldt. O estudo TVT observou que o risco de desenvolver diplopia era de cerca de 5%. A diplopia pode ser transitória e frequentemente desaparece dentro dos primeiros seis meses após a cirurgia; se ela persistir, os prismas podem por vezes corrigir pequenos desvios. Entretanto, há situações em que no final os pacientes requerem cirurgia para correção de estrabismo.

Minimizar a diplopia é difícil porque não há muito a fazer neste ponto. A diplopia está frequentemente relacionada ao tamanho da fístula ou da placa. Para ajudar a diminuir sua incidência, tudo o que podemos fazer é ter certeza de que nossa técnica cirúrgica não irá romper nem separar as fibras musculares ao implantar dispositivos maiores e assegurar que as abas do implante fiquem completamente abaixo do músculo apropriado.

Alternativamente, podemos escolher um implante com uma incidência mais baixa de estrabismo pós-operatório, tal como a válvula Ahmed para glaucoma.

PARA ONDE VAMOS?

Penso que seria justo afirmar que ao escolher entre uma trabeculectomia e um implante de drenagem para pacientes que apresentam glaucoma clinicamente não controlado, a melhor opção provavelmente é aque-

la com a qual você se sinta mais confortável. Os dados do estudo TVT sugerem que o perfil de risco e a redução da PIO são muito similares entre os dois grupos. Nenhuma das cirurgias mostrou clara superioridade. Já observamos uma mudança nos padrões de prática, no sentido em que estamos usando implantes de drenagem agora para pacientes não apenas com glaucoma resistente, mas também para aqueles em risco mais baixo de falha de filtração. A questão é que papel os implantes de drenagem irão desempenhar em pacientes com glaucoma leve ou recém-diagnosticado, ou pacientes não submetidos anteriormente a cirurgia intraocular? E, certamente, novos dispositivos de drenagem estão sendo desen-

volvidos; ainda não se sabe como eles irão influenciar as escolhas dos cirurgiões.

Cirurgias de glaucoma minimamente invasivas, tais como Trabectome, canaloplastia e iStent também estão ganhando popularidade. Entretanto, como qualquer novo procedimento, estes possuem uma curva de aprendizagem. Além disso, esses procedimentos podem ser mais adequados para o tratamento de glaucoma leve a moderado em vez de doença mais avançada. Para pacientes com glaucoma mais grave, acredito que o implante de drenagem ou a trabeculectomia continuam sendo a melhor opção; eles promovem uma redução mais significativa da PIO e ajudam a impedir que o paciente apresente perda adicional do campo visual.

Muitos cirurgiões mantêm uma posição muito firme sobre se um implante de drenagem ou uma trabeculectomia é mais eficaz. Você pode obter bons argumentos de ambos os lados, mas o que importa de fato é que as duas opções são válidas. ■



Muitos cirurgiões mantêm uma posição muito firme sobre se um implante de drenagem ou uma trabeculectomia é mais eficaz. Você pode obter bons argumentos de ambos os lados, mas o que importa de fato é que as duas opções são válidas



C-TRACER E UNIFESP: PARCERIA

Em parceria com a Universidade Federal de São Paulo, a Fundação Champalimaud abriu um novo C-TRACER - Centro Champalimaud de Investigação Translacional Eye - no Brasil. Dirigido pelo professor Rubens Belfort Jr., que irá trabalhar em colaboração com o C-traçadores na Índia e Portugal para promover a investigação de ponta visão com o potencial de aplicações clínicas.

O C-TRACER Brasil foi lançado em 14 de dezembro de 2012 durante o First Annual São Paulo Champalimaud Simpósio. Na ocasião, o reconhecimento oficial foi dado para C-TRACER Champalimaud Brasil pelo presidente da Fundação, Leonor Beleza, antes da abertura do programa científico. A importância da ocasião foi sublinhada pela participação do ex-presidente do Brasil e membro da Geral da Fundação Champalimaud Conselho, Fernando Henrique Cardoso. Jacó Palis, presidente da Academia Brasileira de Ciências, e Marcos Moraes Presidente da Academia Nacional de Medicina também estavam presentes para mostrar o seu apoio a esta iniciativa.

O programa científico contou com palestrantes de todos os três C-TRACERS - composto por professores da Índia, Portugal e Brasil - e tópicos cobrindo uma variedade de procedimentos clínicos, teleoftalmologia e uma visão geral da pesquisa translacional em campo.

O C-TRACER Brasil juntou uma rede bem sucedida e produtiva de Centros de Champalimaud, que se esforçam para produzir avanços científicos no campo da oftalmologia. Além disso, cada C-TRACER detém um simpósio anual para discutir seu trabalho em curso e planos.



Imagens: Divulgação

Novidades do Sistema Galilei

O Tomógrafo de Segmento Anterior Galilei, única tecnologia que reúne disco de plácido e duas câmeras de Scheimpflug acaba de atualizar seu modelo e receber um novo upgrade. Além de reunir toda a tecnologia para diagnóstico de segmento anterior que inclui topografia de córnea, densitometria de córnea e cristalino, tomografia do segmento anterior, análise de aberração esférica da córnea entre outros, o Galilei G4 é comercializado pela Adapt, e chega ao Brasil com um novo design e preparado para receber atualizações de softwares e hardware, inclusive Biometria.

Em breve o sistema Galilei irá garantir um diagnóstico preciso do segmento anterior, que poderá auxiliar o cirurgião de catarata a aprimorar seus resultados cirúrgicos com o novo biômetro por OCT.

Nova Lio Alcon

A Alcon, divisão oftalmológica do Grupo Novartis, traz ao Brasil mais uma lente da família AcrySof® IQ ReSTOR®. A AcrySof® IQ ReSTOR® +2.5 tem novo poder de adição e possibilita que o paciente com catarata abandone os óculos. A nova lente proporciona visão a curta, média e, principalmente a longa distância, com alta qualidade.

As lentes da família AcrySof® IQ ReSTOR® são asféricas, flexíveis e bloqueiam raios azuis e ultravioleta (UV), ambos potencialmente prejudiciais aos olhos. Sua tecnologia exclusiva permite ao oftalmologista realizar cirurgias com pequenas incisões, eliminando a necessidade de suturas e proporcionando um pós-operatório mais rápido, com melhores resultados para o paciente. Mais de 60 milhões de lentes AcrySof® foram implantadas em todo o mundo.



Conforto ocular

A Bausch + Lomb acaba de receber aprovação para comercializar no Brasil a lente intraocular (LIO) enVista fabricada em acrílico hidrofóbico. A nova lente representa um significativo avanço na tecnologia de LIOs, pois é a única aprovada pela agência reguladora americana, FDA (Food and Drug Administration) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, cujo os ensaios clínicos informam: "Não foi observado nenhum tipo de glistening em nenhum paciente em nenhuma consulta durante o estudo clínico".

Entre suas características, enVista possui a exclusiva tecnologia de óptica asférica avançada (AO) livre de aberrações e foi concebida para minimizar a opacidade da cápsula anterior (OCP), uma complicação pós-cirúrgica comum e que pode embaçar a visão. Essas características combinadas oferecem aos cirurgiões a oportunidade de aperfeiçoar os resultados de curto e longo prazo para seus pacientes.

Para mais informações, acesse: www.bausch.com.br ou SAC: 0800-702-6464.



ATLAS UVEÍTES

Recém lançado pela Universidade Federal de Minas Gerais e Escola Paulista de Medicina da Unifesp, e com patrocínio da Allergan, o Atlas de Uveítes, é uma coletânea de imagens oftalmológicas associadas a patologia Uveítes - doença inflamatória que compromete a úvea ou uma de suas partes (íris, corpo ciliar ou coróide). São mais de 360 imagens documentadas ao longo de 20 anos de estudo, que deram origem a essa rica coletânea destinada para médicos oftalmologistas, além de estudantes com interesse na área.

A tecnologia também vem auxiliando muito a oftalmologia, pois o estudo anatômico e fundoscópico são diferenciais para o correto diagnóstico e por isso o atlas poderá ser muito útil para diagnósticos precoce dos casos de uveítes.

Ele encontra-se disponível na Apple Store e na iTunes Store e pode ser baixado gratuitamente nos celulares iPhone e nos tablets iPad. Para acessá-lo, basta clicar no link <https://itunes.apple.com/bm/app/atlas-uveites/id603823142?mt=8&ign-mpt=uo%3D2>



We make it visible.

CARL ZEISS DO BRASIL EM NOVOS ENDEREÇOS

A Carl Zeiss está expandindo seus negócios no Brasil. Para atender cada vez melhor aos seus clientes, a empresa está abrindo três novas filiais no Brasil - Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ) e Recife (PE). Com isso, a empresa terá quatro escritórios no Brasil, incluindo o de São Paulo.

A expansão tem por finalidade atender com agilidade as demandas locais do mercado em pontos estratégicos do país. Em cada escritório, a Carl Zeiss terá uma equipe completa de profissionais das áreas de assistência técnica e comercial. Em cada filial haverá ainda um showroom com os produtos da marca.

Escritórios da Carl Zeiss no Brasil:

Matriz: Av. das Nações Unidas, 21.711 - Bairro Jurubatuba - São Paulo - SP - Fone: +55 11 5693 5500; **Filial RJ:** Av. das Américas, 1.155 - Sala 1809 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - Fone: +55 21 3525 4500; **Filial POA:** Av. Carlos Gomes, 1.492 - Sala 1203 - Três Figueiras - Porto Alegre - RS - Fone: +55 51 3014 3500 e **Filial Recife:** Av. Engenheiro Antônio de Góes, 742 - Sala 1602 - Bairro Pina - Recife - PE - Fone: (em breve).

Estudo com portadores de uveíte ativa não infecciosa

O Departamento de Oftalmologia Escola Paulista de Medicina - Hospital São Paulo (UNIFESP), está recrutando portadores de uveíte ativa não infecciosa, para participar de estudo, para avaliar a segurança e eficácia de (Sirolimus) intravítreo.

Devem apresentar os seguintes critérios: homens ou mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico de uveíte posterior não infecciosa ativa com opacidade vítrea significativa; Acuidade visual corrigida $\geq 20/400$ no olho do estudo; olho contraletal com visão $\geq 20/200$.

Pacientes potenciais deverão ser encaminhados para o Setor de Pesquisa Clínica - Depto de Oftalmologia da EPM, Rua Botucatu 822 - 1º andar, de segunda à sexta-feira, das 9 às 17hs. Informações pelo telefone (11) 5572-6443 com Luci Meire, Cintia Futino ou Cristina Nascimento. As inscrições vão até julho.

AUXÍLIO ÓTICO

Empresa nacional de instrumentos médicos baseada em São Carlos, São Paulo, a Wavetek, desenvolveu uma nova linha de sistema para pacientes com visão subnormal. Entre seus diferenciais, está o fato de ser portátil, permitindo que seja levado a qualquer lugar pelo o paciente. Mais informações no site www.wavetek.com.br

Além disso, a Wavetek está lançando um novo campímetro com base de dados baseado na população brasileira, e também um sistema semelhante ao Scheimpflug, mas com tecnologia e patentes no Brasil.



Sensação de estar sem lentes

A Johnson & Johnson Vision Care traz para o Brasil a 1-Day ACUVUE® TruEye™, a primeira lente de contato de uso único em silicone hidrogel desenvolvida para proporcionar a correção óptica, com tecnologias que oferecem saúde e segurança durante o período de uso, além de excelente conforto para que o paciente tenha a sensação de estar sem lentes.

As lentes de descarte diário são mais saudáveis por serem lentes que o usuário põe novas e estereis todos os dias e por não dependerem da limpeza a ser realizada por eles. “A troca diária das lentes diminui muito a incidência de complicações associadas ao uso das lentes de contato, pois não há tempo suficiente para importante acúmulo de depósitos”, explica a Dra. Liane Touma-Falci, oftalmologista e gerente médica da Johnson & Johnson Vision Care. “Outro benefício é a praticidade no uso, que estimula a adesão e auxilia na adaptação às lentes de contato.”

O silicone hidrogel é um material revolucionário que trouxe avanços na adaptação às lentes de contato, permitindo 100% de consumo de oxigênio pela córnea. “Com a TruEye™, os pacientes podem ter olhos mais brancos e saudáveis, devido à quantidade de oxigênio recebida pela córnea, equivalente a estar sem lentes de contato,” comenta a oftalmologista.

Errata Ao contrário do que foi publicado anteriormente na edição 69 da revista Universo Visual (páginas 42 e 43), o título correto do artigo da dra. Wilma Lelis Barboza é “Endociclotocoagulação e sua utilização para o tratamento do glaucoma”. À autora, nossas sinceras desculpas.

Ambulatório de oncologia oftálmica oferece tratamento

O Ambulatório de Oncologia Oftálmica do Hospital São Paulo/EPM, referência em ensino, pesquisa e assistência, oferece diversas opções de tratamento para todos os tipos de câncer do olho, mesmo os mais raros e graves. A novidade fica por conta do tratamento do melanoma de coróide por endorressecção, procedimento que preserva o olho e a visão do paciente.

O melanoma de coróide é um tipo de tumor intraocular, que atinge principalmente pessoas mais velhas, de pele clara, com incidência anual de quatro a cinco novos casos por milhão de habitantes. Como esse tipo de tumor não responde à quimioterapia, além das terapias tradicionais, como a enucleação ou braquiterapia – com placa de

rutênio, de liberação gradual –, o tratamento mais recente é a endorressecção, técnica de vitrectomia, que possibilita a retirada da parte afetada sem prejuízo estético ou visual.

Além de alguns poucos centros em países da Europa, no Brasil o tratamento está disponível há cerca de um ano, apenas no Ambulatório de Oncologia Oftálmica do Hospital São Paulo, por meio de protocolo de pesquisa devidamente aprovado pelos órgãos competentes. Até o momento, foram tratados com essa técnica nove pacientes, que, além do controle local do tumor, tiveram o olho e a visão preservados. “Nossa primeira missão como médicos é salvar a vida do paciente”, diz o dr. Rubens Belfort Neto, responsável pelo Ambulatório. “Como oftalmologista, é salvar o olho e a visão.”

OFTALMOLOGIA DE PRECISÃO

Simasp abre calendário oftalmológico de 2013. Veja quem esteve por lá!



O que: 36º Simasp
Quando: de 7 a 9 de março de 2013
Onde: São Paulo, SP

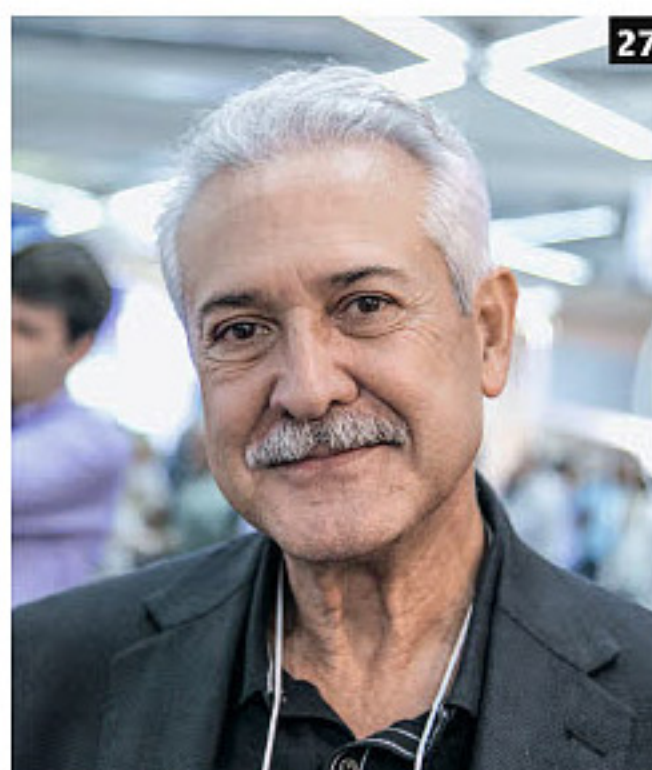


Fotos: Flávio Bittelman e Nara Monteiro

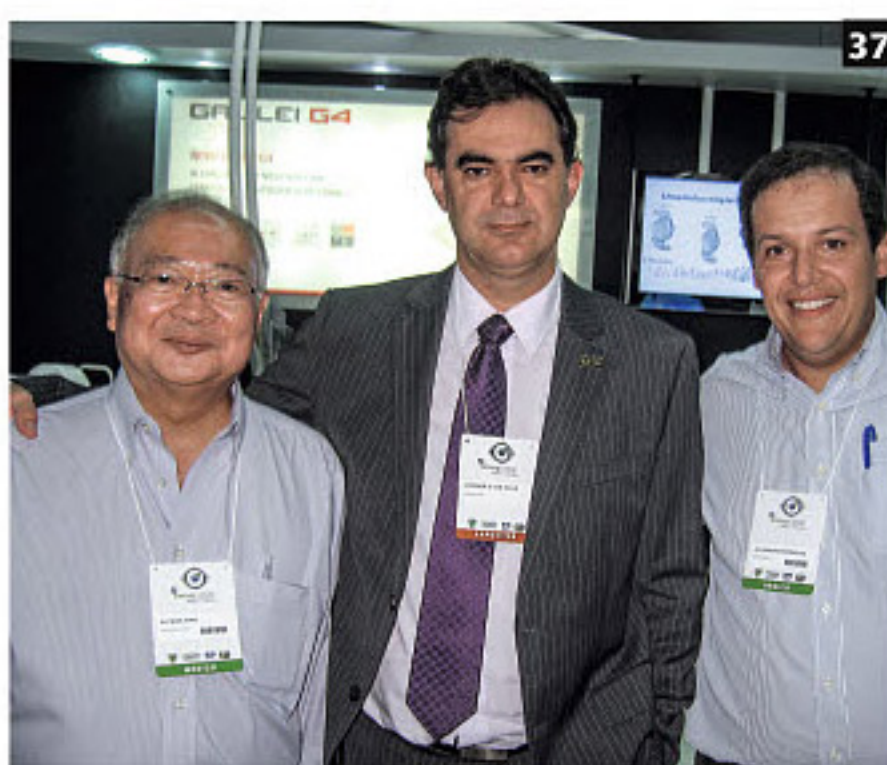
1 Paulo Augusto de Arruda Mello, Carlos Puglia e Cleomar Aliane (Allergan) **2** Maria A. Frazão, Emilia Muller, Roberto Neufeld, Aisa Aidar Lani **03** Alexandre Ventura e João Lobo Ferreira **04** Francisco Irochima **05** Bruno Lima (Mediphacos) **06** Carlos Akira Omi e Homero Gusmão de Almeida **07** Andrea Groke e Marcio Buher (Medvision) **08** Keila Pacini (Bausch+Lomb) **09** Flávio Lima e Humberto Neto (Alcon) **10** Sônia Romero (Vistatek)



11 Eduardo Rodrigues **12** Renata Micheloni, Patrícia Pera, Fernanda Faria e Caroline Nobre (Alcon) **13** Fabio Cavallini e Flávia Crancio (Zeiss) **14** Rodrigo Godinho e Cleber Godinho **15** Marcela Cypel **16** Ralph Cohen e Maria A. Frazão **17** Sala Espaço Precisão - cirurgias ao vivo **18** Rubens Belfort Jr. e Bruno Machado (Allergan) **19** Lucila, Fabio Cavalcá e Decio Fincatto (Latinofarma) **20** Elisabeto Ribeiro Gonçalves **21** Giorgio Milo e Camila Finzi (Alcon)



22 Cesar Lipener, Glória Silvestre (Essilor), Milton Ruis Alvez e Antônio Cardoso (Essilor) **23** Bruno Castelo Branco **24** José Augusto Cardillo
25 Walter Takahashi **26** André Di Donato (Ponto.com.saúde) **27** Homero Gusmão de Almeida **28** Ulysses Daólio e Reginaldo Kuhn (Alcon)
29 Mário Garofalo (Medvision) **30** Paulo Schor, Camila Finzi e Horácio Vazquez (Alcon) **31** Rubens Belfort Jr., Flavio Bitelman e Paulo Augusto de Arruda Mello **32** Marcos Cunha **33** Fernanda Prestes **34** Paulo Mello Filho **35** Daniel Lavinsky



36 Iranis Neto (Eyetec), José Chafic e Walter Rossi (Baby) Eyetec **37** Halcides Hirai, Wagner Dantas (Adapt) e Alexandre Rodrigues
38 Richard Costa, Fabiana Correia e Clovis Presence (Hoya) **39** José Álvaro Pereira Gomes e Paulo Schor **40** Luis Paves e Paulo G. Manso
41 Equipe Bayer **42** Ana Paula, Claudia Maia e Antonio dos Reis (MSD) **43** Harley Bicas, Walton Nosé e Homero Gusmão de Almeida
44 Rodrigo Godinho, Tania Schaefer e Cleber Godinho **45** Cecilia Moeller (Bayer), Wania Freire e Claudio Rotmann (Bayer) **46** Acácio Alves de Souza Lima **47** Equipe Essilor

agenda 2013

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	www.soe2013.org
	XX Simpósio Internacional de Atualização em Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo	14 e 15	Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa São Paulo/SP	www.ofthalmosantacasa.com.br
	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
AGOSTO	XXXVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia 30º Congresso Pan-Americano de Oftalmologia	7 a 10	RioCentro Rio de Janeiro/RJ	www.congressoocbo.com.br/cbo2013/



Refugie-se

A Reserva do Ibitipoca começou em 1981 com a compra da Fazenda do Engenho, uma das mais antigas da região e que hoje abriga a pousada da Reserva. Mais adiante, foram adquiridas outras terras, na maior parte abandonadas ou utilizadas para pastagem, localizadas no entorno do Parque Estadual de Ibitipoca.

O principal objetivo do local é promover o reflorestamento de espécies da flora nativa e a formação dos chamados corredores de fauna, o que significa unir fragmentos de matas com reflorestamento, proporcionando maior espaço e melhores condições para a reprodução de animais silvestres.

A abertura ao Turismo, em 2009, mais do que uma ação em busca da sustentabilidade dos projetos ambientais, geração de empregos e capacitação da população local, foi também uma iniciativa, fruto do desejo de receber as pessoas e compartilhar a natureza exuberante, o convívio com a gente local e, principalmente, a responsabilidade pelos próximos passos.

RESERVA DO IBITIPOCA Lima Duarte, Minas Gerais
www.reservadoibitipoca.com.br

fotos: divulgação

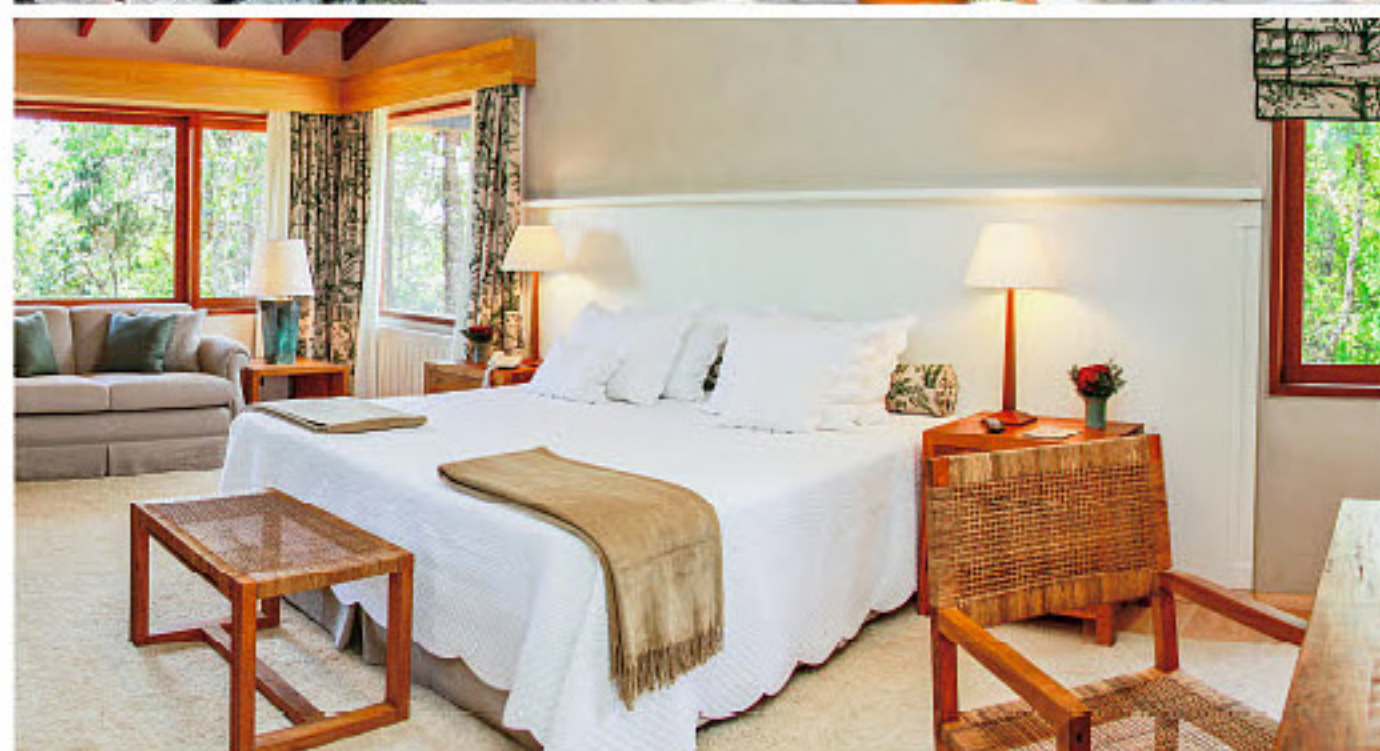
Silêncio e natureza

O Hotel Toriba proporciona a seus hóspedes uma experiência única. É um dos poucos destinos no Brasil em que se pode relaxar no silêncio e contemplar a natureza exuberante, junto a extensos jardins floridos o ano inteiro. A vista panorâmica alcança o horizonte e deixa para trás qualquer vestígio da vida conturbada das grandes cidades.

Localizado a 180 km de São Paulo, o Toriba está convenientemente próximo a todas as atrações de Campos do Jordão e, ao mesmo tempo, cercado por bosques e lindos jardins, preservando a privacidade e a tranquilidade de seus hóspedes. Construído em 1943, possui instalações atualizadas que mantêm suas características originais, atmosfera e tradicional hospitalidade, sempre com um toque pessoal e um ambiente aconchegante.

Além de seu charme e elegância rústica, oferece grande variedade de atrativos para quem quer aproveitar a vida longe da tensão e das preocupações do dia-a-dia. É o refúgio ideal para quem busca o melhor clima durante o ano inteiro.

HOTEL TORIBA Campos do Jordão, São Paulo
www.toriba.com.br/toriba





Alcon
SAC 0800 707 7993
Fax (11) 3732 4004
Páginas 5, 7 e 35



Legrand
Tel. (19) 3795 9000
Fax (19) 3251 4554
Páginas 15 e 39



Optolentes
Tel. (51) 3358 1700
Fax (51) 3358 1701
4ª capa



Allergan
Tel. 0800 174 077
3ª capa



Rocol/HV
Tel. (11) 3549 2855
Fax (11) 3287 9295
Página 43



Look Vision
Tel. (11) 5565 4233
Página 33



Coopervision
Tel. (11) 3527 4100
Fax (11) 3527 4113
Página 31



União Química (Genom)
Tel. (11) 5586 2000
Fax (11) 5586 2170
SAC 0800 11 15 59
Páginas 21, 23 e 25



Ophthalmos
Tel./Fax (11) 3488 3788
Página 13



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



We make it visible.
Zeiss
Tel. 0800 770 5556
Página 17