

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

MAIO/JUNHO 2017 | ano XV | nº 99 | Johnson Brasil universovisual.com.br

AMPLIANDO HORIZONTES

Na oftalmologia, programas de fellow dentro e fora do país ganham cada vez mais adeptos

CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO

“Abril Marrom” alerta a população para a importância de prevenir e combater a cegueira

A precisão e a qualidade ZEISS agora presentes na refração.

i.PROFILER®, VISUPHOR®, VISUSCREEN® e i.TERMINAL®



A ZEISS utilizou todo o seu conhecimento em tecnologia para, através de minuciosas pesquisas, desenvolver o mais moderno e preciso sistema de refração, revolucionando o mundo óptico.

CONHEÇA O SISTEMA DE REFRAÇÃO DE ÚLTIMA GERAÇÃO ZEISS:

- i.PROFILER®: 4 equipamentos em um único: Autorefrator (de frente de onda a 1.500 pontos 3mm, 5mm e 7mm), Ceratômetro, Aberrômetro (de frente de onda Hartmann-Shack) e Topógrafo.
- VISUPHOR®: sofisticado Foróptero digital.
- VISUSCREEN®: tela polarizada de testes de optotipos de alta qualidade gráfica.
- i.TERMINAL®: captura todas as medidas necessárias para a personalização de lentes.

Todos os equipamentos são operados por i.Pad Wi-Fi integrados pelo i.Com mobile, com segurança total dos seus dados e possibilitando o uso de múltiplas aplicações simultâneas com informações armazenadas.



A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

CONSELHO EDITORIAL 2017

Publisher & Editor

Flavio Mendes Bitelman

Editora Executiva

Marina Almeida

Editor Clínico

Marcos Pereira de Ávila

EDITORES COLABORADORES

Oftalmologia Geral

Newton Kara José
Rubens Belfort Jr.

Administração

Cláudio Chaves
Cláudio Lottenberg
Marinho Jorge Scarpini
Samir Bechara

Catarata

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

Cirurgia Refrativa

Mauro Campos
Renato Ambrósio Jr.
Wallace Chamon
Walton Nosé

Córnea e Doenças Externas

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

Estrabismo

Ana Teresa Ramos Moreira
Carlos Souza Dias
Célia Nakanami
Mauro Plut

Glaucoma

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

Lentes de Contato

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

Plástica e Órbita

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

Refração

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

Retina

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

Tecnologia

Paulo Schor

Uveíte

Cláudio Silveira
Cristina Muccioli
Fernando Oréfice

Jovens Talentos

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



Publisher e editor Flavio Mendes Bitelman

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

Edição 99 - ano XV - Maio/Junho 2017

Editora Marina Almeida

Diretora de arte Ana Luiza Vilela

Gerente comercial Jéssica Borges

Assistente comercial Cristiana Brito

Gerente administrativa Juliana Vasconcelos

Colaboradores desta edição: Gabriella Lopes, Letícia Bernardino, Ricardo Abe, Roberto Abdalla Moura, Sergio Canabrava, Thais Batisteli, Wagner Duarte Batista e Wilton Feitosa (artigos); Christye Cantero, Davi Gentilli, Luciana Rodriguez, Samantha Cerquetani e Tatiana Ferrador (reportagem); Antonio Palma (revisão); 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: Ipsis 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* by *Auroraeco viagens*.

Caros colegas,



Arquivo Universo Visual

A cada ano que passa a UV ocupa lugar de destaque no cenário da oftalmologia nacional, pela qualidade das informações no dia-a-dia na vida do oftalmologista brasileiro. Muitos nos escrevem dizendo do número anterior e sugerindo novos tópicos para os próximos. É o sinal vivo do interesse da nossa classe.

Seguindo esta tradição de qualidade, quatro artigos destacam informações preciosas em doenças que são vistas mais comumente como a catarata nas uveítes, o glaucoma

e a conjuntivite e traz uma rara entidade a síndrome autoimune linfoproliferativa, através de relato de caso do querido Roberto Abdala Moura, da nossa Minas Gerais.

A oftalmologia segue inovando em saúde pública trabalhando junto aos gestores das três esferas públicas para a consecução de projetos que melhorem a qualidade de vida das pessoas como a lei recém sancionada na cidade de São Paulo, relacionada ao trabalho incansável de Suel Abujamra, denominado “Abril Marrom”. Outro artigo nos impela a orientação do público para o diagnóstico precoce do retinoblastoma. É emocionante o depoimento de pai que teve a doença, ver a filha de 5 meses com o mesmo diagnóstico 33 anos depois.

O Brasil forma excelentes oftalmologistas e a procura pelo título de especialista do CBO/AMB se torna mais importante a cada dia, como vemos no artigo da Prova Nacional de Oftalmologia. São nossos residentes em final de curso e iniciando nova etapa de vida.

Boa Leitura!

Marcos Ávila *Editor Clínico*

Aperfeiçoamento profissional



Em inglês, o termo “fellow” remete a “companheiro”, “camarada”, mas vem sendo utilizado com cada vez mais frequência também no ambiente acadêmico, no sentido de trabalho em equipe em busca de alguma especialização.

No segmento oftalmológico, programas de fellow dentro e fora do país ganham cada vez mais adeptos, sendo a segunda opção a mais procurada. Na matéria de capa desta edição, conversamos com aqueles que encararam o

desafio e foram em busca de aperfeiçoamento profissional. Quem fez garante: além da troca de experiências dentro da sua área profissional, o fellow proporciona uma rica vivência pessoal.

Também convido o leitor a acompanhar a coluna do meu amigo Paulo Schor, que nesta edição fala sobre Coragem e Gentileza, algo tão escasso nos dias de hoje.

Acompanhando a Universo Visual, trazemos dois suplementos de extrema importância dentro da oftalmologia: Glaucoma e Catarata & Cirurgia Refrativa. Ambos tiveram a participação de colaboradores do mais alto escalão da especialidade. Esperamos que gostem!

Boa leitura,

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

Sumário

Edição 99 - Maio/Junho 2017

06 Capa

Ampliando horizontes. Na oftalmologia, programas de fellow dentro e fora do país ganham cada vez mais adeptos

16 Gestão

Prova Nacional de Oftalmologia

20 Inovação

Diagnóstico precoce é decisivo no retinoblastoma

24 Em pauta

Campanha “Abril Marrom”:
Conscientizar para evitar

28 Saúde Financeira

Decisões

32 Ponto de Vista

Coragem e gentileza

34 Lentes de Contato

Uma nova lente para quem faz uso frequente de aparelhos digitais

39 Relato de Caso

Síndrome autoimune linfoproliferativa

42 Superfície Ocular

Microburacos maculares: relato de caso

46 Catarata

Cirurgia de catarata em pacientes com uveítes

50 Glaucoma

Qualidade de vida no glaucoma

53 Eventos

54 Notícias e produtos

56 Dicas da redação

58 Agenda

LANÇAMENTO

Century

*Nova lente com sistema inovador Tripleline
para córneas irregulares mais complexas.*



Boston®

Materials



optolentes.com.br

Optolentes
lentes de contato
Qualidade de Vida



Ampliando horizontes

Experiência internacional agrega valor não apenas ao currículo profissional, como uma valiosa oportunidade de troca de experiências e aprimoramento de técnicas, mas também traz uma revisão de valores e conceitos na vida pessoal

TATIANA FERRADOR

Em inglês, o termo “fellow” remete a “companheiro”, “camarada”, mas vem sendo utilizado com cada vez mais frequência também no ambiente acadêmico, no sentido de trabalho em equipe em busca de alguma especialização.

No segmento oftalmológico, programas de fellow dentro e fora do país ganham cada vez mais adeptos, sendo a segunda opção a mais procurada.



0,02

1925,99

1720

48%

EXCELLENCE

3

50
76

Quem fez garante: além da troca de experiências dentro da sua área profissional, o fellow proporciona uma rica vivência pessoal. “É a oportunidade de aprender novas culturas, acumular experiências e vivências, revisitando a sua própria com um novo olhar”, garante a design Fernanda Jordani Barbosa Harada. A profissional fez seu mestrado/doutorado com o chefe do Departamento de Oftalmologia da Unifesp e Professor Adjunto Livre-Docente, Paulo Schor, no Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais, aplicando metodologias do design centrado no humano, para desenvolver produtos inclusivos para pacientes com deficiência visual.

De acordo com Schor, tais programas são valiosos aos profissionais que buscam se aprofundar na área de interesse em que atuam - ou querem atuar - somados à rica vivência internacional pessoal. “O mundo é plano, repleto de oportunidades em todos os continentes para quem quer trabalhar muito e já com um histórico de ter trabalhado bem”, afirma. “Atualmente a Índia é a bola da vez e deve ser mantida no foco de quem ainda não saiu do país”, sugere.

Schor acredita que o período mínimo de um ano seja o mais indicado àqueles que resolvam apostar no fellow, pois seis meses são um tempo curto demais para vivenciar tudo o que há para se absorver em imersões do tipo. “Além disso, é preciso ser hard worker, ou seja, trabalhar intensamente”, diz. “É a oportunidade de sair da zona de conforto e investir no aprendizado pessoal e profissional”, conclui.

“

Existem diversos tipos de fellow no exterior, seja para pesquisa (Research Fellow), seja para clínica (Clinical Fellow) ou para o aprimoramento de técnicas cirúrgicas. Cada país tem sua regra e cada especialidade dentro da oftalmologia também

De fato, ao analisar a maioria dos programas oficiais de fellow, a recomendação é que o mesmo seja realizado com pelo menos um ano de duração. Essa regra é muito válida, uma vez que os primeiros meses são para você se adaptar com a rotina, à língua e ainda se familiarizar com as pessoas do local. Geralmente os locais exigem o domínio da língua local e certa experiência na área em que o candidato for atuar - seja em pesquisa, em clínica ou em cirurgia.

APRENDIZADO

Existem diversos tipos de fellow no exterior, seja para pesquisa (Research Fellow), seja para clínica (Clinical Fellow) ou para o aprimoramento de técnicas cirúrgicas. Cada país tem sua regra e cada especialidade dentro da oftalmologia também. Há, ainda, alguns serviços que permitem mesclar algumas destas áreas, outros não. Dessa forma, é válido pesquisar muito sobre o fellow que deseja ir, a fim de achar um local que se encaixe exatamente às expectativas, evitando, assim, surpresas.

Para a oftalmologista Carolina Gracitelli, que viveu a experiência de ser fellow fora do país durante um ano, os resultados foram positivos. “Sempre tive vontade de viver uma experiência em um serviço fora do país, ver as diferenças de condutas, de manejo de doenças”, explica. “Além disso, procurava ter um ano dedicado exclusivamente à pesquisa, ao aprendizado e aprimoramento de alguns assuntos, e por essa razão procurei um local que fosse muito bom para pesquisa, para que eu pudesse

No tratamento do Glaucoma, cada gota **VALE OURO**

LANÇAMENTO



Arulatan™

latanoprostá
50 mcg/mL (0,005%)

Eficaz na redução da PIO



- Prostaglandina mais prescrita na redução da pressão intraocular¹
- Excelente custo-benefício², com descontos para clientes no programa Saúde em Foco
- Uso adulto e pediátrico (acima de 1 ano)



A molécula preferida no tratamento de Glaucoma, agora com a qualidade Bausch+Lomb³

Referências bibliográficas: 1. Close-Up International. By Prescription Data AG. Dez/15. 2. Revista Farmacêutica Kairos, nº 328, edição Mar/16. 3. Pharmaceutical Market Brazil, publicado por IMS Health A.G., Cham, Suíça. Em Valores R\$, Dez/15. 4. ALBERT ALM, MD; JOHN SCHOENFELDER, PH.D; JACQUE MODERMOTT, PH.D. A 5 year, multicenter, open-label, safety study of adjunctive latanoprost therapy for glaucoma. Arch Ophthalmol. 122, p. 957-965. 2004. **ARULATAN® - latanoprostá - solução oftálmica estéril 50 mcg/mL - embalagem contendo 2,5 mL - MEDICAMENTO SIMILAR EQUIVALENTE AO MEDICAMENTO DE REFERÊNCIA. Uso Oftálmico. Uso Adulto e Pediátrico Acima de 1 Ano. INDICAÇÃO:** para a redução da pressão intraocular (PIO) elevada em pacientes com glaucoma de ângulo aberto e hipertensão ocular. Também está indicado para a redução da pressão intraocular elevada em pacientes pediátricos com pressão intraocular elevada e glaucoma pediátrico. **CONTRAINDICAÇÃO:** É contraindicado a pacientes que apresentam hipersensibilidade a latanoprostá ou a qualquer componente da fórmula. **Arulatan® é contraindicado para pacientes menores de 1 ano. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** **Ocular - Alterações da pigmentação da íris:** A latanoprostá pode gradualmente aumentar o pigmento castanho da íris. **Alterações nas pálpebras e cílios:** O escurecimento da pálpebra, que pode ser reversível, foi relatado com o uso de latanoprostá. A latanoprostá pode gradualmente alterar os cílios e a lanugem da pálpebra no olho tratado, estas alterações incluem aumento do comprimento, espessura, pigmentação e quantidade dos cílios e lanugem e crescimento irregular dos cílios. Alterações dos cílios são reversíveis após descontinuação do tratamento. **Edema macular:** Durante o tratamento com latanoprostá, foram relatados edema macular, incluindo edema macular cistoide. Estes relatos ocorreram principalmente em pacientes atáxicos, pseudofácicos com ruptura da cápsula posterior do cristalino ou em pacientes com fatores de risco conhecidos para edema macular. A latanoprostá deve ser utilizada com cautela nesses pacientes. **Glaucoma:** Há experiência limitada com latanoprostá no tratamento de glaucoma inflamatório ou neovascular. Portanto, recomenda-se que latanoprostá seja utilizado com cuidado nessas condições até que se disponha de maiores dados nesse aspecto. **Ceratina herpética:** utilizar com cautela em pacientes com história progressiva de ceratina herpética e deve ser evitado em casos de ceratina em atividade causada pelo vírus da herpes simples e em pacientes com história de ceratina herpética recorrente especificamente associado com análogos da prostaglandina. **População pediátrica:** Os dados de eficácia e segurança para a faixa etária <1 ano (4 pacientes) são muito limitados. **Lente de contato:** Este produto contém cloreto de benzalcolônio, que pode ser absorvido por lentes de contato. **Fertilidade:** Não foi observado qualquer efeito da latanoprostá sobre a fertilidade de machos e fêmeas em estudos com animais. **Gravidez:** A latanoprostá mostrou causar toxicidade embrio-fetal em coelhos, caracterizada por aumento na incidência de reabsorção tardia, aborto e peso fetal reduzido quando administrada em doses intravenosas de, aproximadamente, 100 vezes a dose humana. **Arulatan® é um medicamento classificado na categoria C de risco de gravidez. Portanto, este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Lactação:** A latanoprostá e seus metabólitos podem passar para o leite materno. Portanto, a latanoprostá deve ser utilizada com cautela em mulheres lactantes. **Efeitos na Habilidade de Dirigir e Operar Máquinas:** A instilação de latanoprostá pode embaçar temporariamente a visão. Até que isto seja resolvido, os pacientes não devem dirigir ou operar máquinas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Estudos in vitro mostraram que ocorre precipitação quando colírios contendo timosal são misturados com latanoprostá. Se tais produtos forem utilizados, o colírio deve ser administrado com um intervalo de, no mínimo, 5 minutos. Um estudo clínico de 3 meses mostrou que o efeito redutor da pressão intraocular da latanoprostá é aditivo ao dos antagonistas beta-adrenérgicos (timolol). Outros estudos de curto prazo sugerem que o efeito de latanoprostá é aditivo ao dos agonistas adrenérgicos (dipivalilpnefrina), inibidores da anidrase carbônica (acetazolamida) e, pelo menos parcialmente, ao dos agonistas colinérgicos (pilocarpina). No caso de terapia combinada, os colírios devem ser administrados com um intervalo mínimo de 5 minutos. Houve relatos de elevações paradoxais da PIO após administrações oftálmicas concomitantes de 2 prostaglandinas análogas. Portanto, o uso de 2 ou mais prostaglandinas, análogas ou derivadas, não é recomendado. **REAÇÕES ADVERSAS:** **Comum (> 1/100 a < 1/10) - Distúrbios visuais:** Irritação ocular (ardência, sensação de areia, coceira, picadas e sensação corpo estranho), dor ocular, alteração de cílios e penugem da pálpebra (aumento de comprimento, espessura, pigmentação e número de cílios), hiperemia ocular, hiperpigmentação da íris, blefarite, conjuntivite. **Incomum (> 1/1000 a < 1/100) - Distúrbios do sistema nervoso:** Tontura, dor de cabeça. **Distúrbios visuais:** Edema macular incluindo edema macular cistoide, fotofobia, edema palpebral, ceratina, uveíte. **Distúrbios cardíacos:** Angina, palpitação. **Distúrbios respiratório, torácico e mediastinal:** Asma, dispnéia. **Alteração da pele e do tecido subcutâneo:** Rash. **Alterações musculoesquelético e do tecido conjuntivo:** Mialgia, artralgia. **Alterações gerais e condições do local de administração:** Dor no peito. **Rara (> 1/10.000 a < 1/1.000) - Distúrbios visuais:** Edema corneal, ínter. **Alteração da pele e do tecido subcutâneo:** Prurido. **Frequência não conhecida (não pode ser estimada com base nos dados disponíveis) - Infecções e infestações:** Ceratina herpética. **Distúrbios visuais:** Ceratina puntada, erosão corneal, triquiase, alteração periorbital e palpebral resultando em aprofundamento do sulco palpebral, escurecimento da pele da pálpebra, reação localizada na pele nas pálpebras, osio na íris, pseudofacóide da conjuntiva ocular. **Distúrbios cardíacos:** Angina instável. **Distúrbios respiratório, torácico e mediastinal:** Agravamento da asma. **Ataque agudo de asma.** (Reações adversas identificadas pós-comercialização). **POSOLOGIA E MODO DE USO:** **Uso em adultos (incluindo idosos):** A dose recomendada é 1 gota de Arulatan® no(s) olho(s) afetado(s), uma vez ao dia. O efeito ótimo é obtido se o produto for administrado à noite. A dose de Arulatan® não deve exceder 1 dose diária, uma vez que foi demonstrado que a administração mais frequente diminui o efeito redutor da pressão intraocular. Lentes de contato devem ser removidas antes da instilação da solução oftálmica e podem ser recolocadas após 15 minutos. **Uso Pediátrico:** pode ser utilizado em pacientes pediátricos na mesma posologia que nos adultos. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** M.S. 1.1961.0018



PAULO AUGUSTO DE ARRUDA MELLO:
“Sou amplamente a favor do fellow fora do país, mas é preciso estudar e pesquisar muito sobre o que se quer fazer, qual linha a seguir, porque é fundamental que as linhas de pesquisa estejam ao encontro de suas expectativas”

FERNANDA JORDANI BARBOSA HARADA:
“É a oportunidade de aprender novas culturas, acumular experiências e vivências, revisitando a sua própria com um novo olhar”



PAULO SCHOR: “O mundo é plano, repleto de oportunidades em todos os continentes para quem quer trabalhar muito e já com um histórico de ter trabalhado bem. Atualmente a Índia é a bola da vez e deve ser mantida no foco de quem ainda não saiu do país”

Fotos: Arquivo LIV

aprender desde a coleta de dados até a análise e escrita do manuscrito”, lembra.

Assim, Carolina procurou e visitou diversos lugares antes de focar no que mais gostava, até escolher a Universidade da Califórnia, em San Diego (UCSD). “Meu orientador do Fellow foi o Dr. Felipe Medeiros, que me ajudou, me guiou e me deu excelentes ferramentas para que meu ano fosse muito produtivo”, afirma.

Na opinião do Professor Titular do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Paulo Augusto de Arruda Mello, o desejo de fazer um fellow deve vir acompanhando de um projeto de vida. “É preciso ter um norte profissional, como algo do tipo ‘onde eu quero estar com 60 anos’, e a partir daí traçar uma cronologia inversa de ações que agreguem valor à sua carreira”, explica. “Sou amplamente a favor do fellow fora do país, mas é preciso estudar e pesquisar muito sobre o que se quer fazer, qual linha a seguir, porque é fundamental que as linhas de pesquisa estejam ao encontro de suas expectativas”, ressalta.

DURAÇÃO

Os programas de fellows variam de país para país, assim como pela área de especialização escolhida. Em geral, duram o mínimo de 6 meses a 2 anos em média, podendo também ser realizados apenas em períodos específicos de curta duração, assim como aqueles que duram 12 meses, desejáveis pela grande maioria. Entre



as exigências está a avaliação do currículo profissional, a proficiência no inglês e a capacidade de adaptação. Sim, pela diversidade de países e culturas, é mandatório que o médico conheça o máximo possível dos hábitos locais, em especial, claro, as práticas terapêuticas, técnicas e procedimentos usuais da localidade. “É preciso estar aberto a aprender, se adaptar a mudanças, entender que culturas diferentes fazem as pessoas agirem diferentemente dos brasileiros em coisas corriqueiras do dia a dia, e, sobretudo, não se deixar abater por isso”, pontua Fernanda.

Estados Unidos, por ser mais conhecido por muitos, está entre os destinos mais procurados, assim como países da Europa, como Alemanha e Inglaterra.

Planejamento é palavra de ordem a quem deseja fazer fellow, principalmente fora do país, onde a procura é maior. Desde o planejamento até a ida de fato ao seu fellow, o tempo gasto é em média de um ano a um ano e meio. “Existe uma certa burocracia, desde o envio da carta de interesse do fellow, as cartas de recomendações, a solicitação do visto, a solicitação de auxílio financeiro (seja pelo país de origem ou pelo país fora) até a compra das passagens e início do fellow”, explica Carolina. Durante o período que esteve fora, a profissional compartilhou sua experiência com dois brasileiros que estavam com ela durante uma parte do seu fellow, o Dr. Alberto Diniz Filho, da Universidade Federal de Minas Gerais, e o Dr. Ricardo Abe, da Universidade de Campinas. “Estar junto com eles com certeza fez meu fellow se tornar ainda mais

Algumas das especialidades mais buscadas para fellows:

- CATARATA
- CÓRNEA E DOENÇAS EXTERNAS
- ESTRABISMO
- GLAUCOMA
- REFRAÇÃO, LENTES DE CONTATO E CIRURGIA REFRACTIVA
- ÓRBITA/PLÁSTICA/VIAS LACRIMAIS
- PRONTO-SOCORRO
- RETINA E VÍTREO
- ÚVEA
- ULTRASSONOGRRAFIA OCULAR
- VISÃO SUBNORMAL
- NEUROFTALMOLOGIA



produtivo e me rendeu amizades que tenho até hoje. Além disso, durante meu ano nos Estados Unidos, conheci outros brasileiros em fellows em outros locais de lá que me permitiram trocar ainda mais experiências”, diz.

Para Juliana De Filippi Sartori, que fez um Clinical Fellow em Plástica Ocular na University of Illinois at Chicago, de setembro de 2013 a dezembro de 2014, a experiência foi incrível, segundo relata, tanto na parte profissional quanto na vida pessoal. “Profissionalmente acredito que aprendi muito na prática, fora que o networking também vale muito a pena. Tenho uma ótima relação com meu chefe de lá e mantenho contato com muitos profissionais que se tornaram amigos ao redor do mundo”, pontua. “Claro que nem tudo são rosas! Não é fácil ficar mais de um ano longe da família e amigos, ‘abandonar’ os empregos e atividades no Brasil, se adaptar a uma cultura totalmente diferente e enfrentar um frio de -40 com direito a nevascas e tudo o mais; mas tudo isso vale muito a pena, contribui para um aprendizado incrível, em todos os sentidos”, pondera.

PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS

Quase uma unanimidade entre os adeptos do fellow, a experiência é costumeiramente positiva e agregadora. Primeiro, pelo fato de conseguir estudar e se concentrar em assuntos que dificilmente teria tempo na correria do dia a dia. Nessa fase há tempo de investir no aprendiza-

do, em concentrar-se nos seus objetivos, seja pesquisa, cirurgia ou clínica. “No meu caso, como fui focada para aprender pesquisa clínica, fiz diversos cursos de estatística, epidemiologia, formatação de artigos, gerenciador de bibliografias, dentre outros”, pontua Carolina. Outro ponto favorável é o contato com locais de pesquisa e ensino de ponta, que permite comparações sobre as diferenças positivas e negativas com o seu próprio serviço. Além disso, tanto o conhecimento como suas publicações aumentam consideravelmente. “Na minha experiência, meu fellow na UCSD já me rendeu mais de 20 trabalhos publicados em parceria com meu orientador do exterior, Prof. Dr. Felipe Medeiros”, ressalta Carolina.

Há, ainda, a oportunidade de trabalhar com pessoas de outras áreas, que não necessariamente apenas profissionais de saúde, como engenheiros, biomédicos, estatísticos, entre outros. Muitos estendem suas relações

Alguns programas de fellows disponíveis:

1) OBSERVERSHIP - no qual o fellow apenas acompanha um setor ou médico específico, como observador. Geralmente com duração de 1 a 6 meses.

2) RESEARCH FELLOW - o mais comum, quando o fellow deseja desenvolver algum projeto de pesquisa, ou parte do seu projeto de pesquisa, no exterior. O fellow passa a maior parte do tempo desenvolvendo atividades relacionadas à sua pesquisa (laboratório, aparelho específico, biblioteca), mas também passa algum tempo observando ou colaborando com a parte da prática médica do professor responsável pelo fellow no exterior, ou seja com o “chefe” dele.

3) CLINICAL INTERNATIONAL FELLOW - Programa no qual o fellow obtém uma licença médica temporária para atuar clínica e cirurgicamente sob a supervisão do seu responsável. Ou seja, é uma licença muito parecida com a obtida pelos residentes, podem operar e atender pacientes mas sob supervisão. Vale ressaltar que essa licença ainda pode ser conseguida em poucos Estados dos EUA. Em Illinois e algumas cidades da Califórnia ainda é possível obtê-la.



Fotos: Arquivo UV

quando retornam ao Brasil, desenvolvendo trabalhos em parceria, inclusive. Sem contar, finalmente, na satisfação pessoal de conhecer novos amigos, viajar, visitar lugares novos, ter contato com diferentes culturas.

Em contrapartida, o que pode ser um entrave ao fellow é o bolso. Muitas vezes a questão financeira pesa bastante na escolha de ir ou não fazer um fellow no exterior. É comum que, ao optar pelo fellow no exterior, a pessoa deixe de ganhar o que ganhava por um período de tempo específico, sem contar o fato de deixar o emprego no qual já estava habituada. Outro fator preponderante para alguns é o de estar distante da família por um longo período. As diferenças de clima ou de outras culturas também podem influenciar negativamente na experiência. “No entanto, tudo isso se torna pequeno perto da imensidão de ganhos que temos neste período do fellow no exterior, pois a experiência profissional e pessoal é realmente muito positiva”, relata Carolina.

Já Juliana defende que o fellow nada mais é do que um investimento em longo prazo, em que se gasta e não se “ganha” dinheiro enquanto está lá. “Há alguns fellows remunerados (Oftalmopediatria no Texas é um deles), mas na grande maioria o fellow internacional não tem remuneração da instituição internacional”, lembra. No entanto, há aqueles que contam com a uma bolsa de auxílio pela CAPES ou CNPQ. A mais comum de se conseguir é uma bolsa de doutorado sanduíche (PDSE - programa de doutorado sanduíche no exterior). No site da CAPES.org é possível encontrar informações bem detalhadas. “No entanto, a bolsa não é suficiente para manter-se o tempo todo apenas dependendo dela, sendo necessário levar umas economias extras, mesmo porque quando você está num país diferente, vai querer passear e conhecer novos lugares para ter a experiência completa”, afirma Juliana.

Há também uma bolsa, bem concorrida, fornecida pela Associação Pan-Americana de Oftalmologia (PAAO), chamada “Gillingham Panamerican Fellowship Scholarship”, no valor de dez mil dólares. Para concorrer, as normas estão no site da PAAO e a avaliação é feita por análise de currículo e cartas de recomendação.

NO BRASIL

O Brasil é um excelente lugar para o aprendizado da oftalmologia. No entanto, alguns problemas financeiros barram certas evoluções no país. O auxílio financeiro para pesquisa ainda hoje é algo limitado no Brasil, o que dificulta o avanço em certas pesquisas.

Juliana acredita que no Brasil estamos muito avançados

DICAS AOS INTERESSADOS:

- Visite os lugares que você tem intenção de ficar;
- Converse com outras pessoas que já ficaram no serviço;
- Não pense apenas no serviço, mas na cidade onde ficará também;
- Planeje com a antecedência média de um ano antes de fazer o fellow;
- Peça auxílio financeiro (CAPES, FAPESP, na instituição em que atua);
- Foque no seu objetivo: pesquisa, cirurgia, clínica - ou a mescla de mais de uma área;
- Procure conhecer seus chefes e as pessoas que irão trabalhar com você, isso ajuda muito a planejar e conseguir cumprir seus objetivos;
- Cenários mudam: é preciso estar ciente de que quando retornar tudo estará diferente, a começar pelo seu emprego, que possivelmente estará ocupado por outro profissional;
- Aproveite bem seu tempo fora: ele passa muito rápido. Sem organização muitas propostas ficam pendentes e, com isso, o fellow não será tão produtivo como o planejado.

com relação à tecnologia em Oftalmologia, se comparado aos demais países. “Nos hospitais de ponta não deixamos nada a desejar, comparado aos países desenvolvidos”, diz. “Claro que lá fora temos mais facilidades e verba para ser utilizada nos hospitais-escola, mas no Brasil o material humano, ou seja, os profissionais são incríveis”, pontua.

Aprender, inovar, sair do lugar-comum e das atividades cotidianas, aprender novas culturas e formas de executar uma mesma função. Talvez este seja apenas alguns dos motivos que levam ao fellow internacional. Mais especificamente na área oftalmológica, a ideia de se aprimorar em alguma seara. São muitas, com grande destaque para glaucoma e catarata, afirmam os profissionais que atuam na especialidade. “No meu caso fui para aprender a fazer pesquisa e dediquei todo meu tempo a isso. Voltei, concluí meu doutorado um ano depois na Unifesp e ingressei no pós-doutorado na mesma instituição. Até hoje fazemos pesquisas juntos em parceria Unifesp e UCSD e isso é extremamente gratificante”, conclui Carolina. ■

Viagens que conectam você com o mundo
Reserve já!





Auroraeco
Viajar Bem Estar

11 3086 1731 auroraeco.com.br

Mais de 600 candidatos realizam a Prova Nacional de Oftalmologia

Candidatos que buscam o título de especialista do Conselho Brasileiro de Oftalmologia falam de suas perspectivas na carreira e comentam o que acharam da prova teórica

DAVI GENTILLI

No dia 5 de março, mais de 600 candidatos realizaram a primeira etapa da Prova Nacional de Oftalmologia em São Paulo. O exame é condição para obtenção do título de especialista emitido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e Associação Médica Brasileira (AMB).

A prova é feita em duas fases. A etapa teórica é dividida em três módulos com perguntas de múltipla escolha: ciências básicas de oftalmologia, conteúdo clínico-cirúrgico e análise de imagens referentes a estudos de caso. Os candidatos com média igual ou superior a 6,5 na primeira etapa estão aptos para a realização da etapa prática e foram convocados a partir de 15 de abril. Nesta fase, realizada nos estabelecimentos com curso credenciado pelo CBO, o candidato atende pacientes, debate casos e dá orientação terapêutica. A Declaração de Aprovado será entregue a partir do dia 15 de junho. De acordo com o presidente do CBO, Homero Gusmão de Almeida, “a importância da Prova Nacional é manter uma seleção adequada para os profissionais que recebem o selo de qualificação da sua entidade máxima, que é o CBO. Isso faz com que as pessoas que contratam esses profissionais, como planos de saúde, saibam que ele passou por uma avaliação rigorosa do seu conhecimento e da sua formação profissional”.

Candidatos entrevistados pela revista Universo Visual elogiaram a prova, embora a tenham considerado exigente. Felipe Pereira, 27, que cursou oftalmologia na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), avalia que a prova





Premio CBO/Ensino “Professor Hilton Rocha”

Todos os anos, o CBO entrega um prêmio como reconhecimento ao curso de especialização e ao candidato com melhor desempenho na Prova Nacional de Oftalmologia. O critério para as instituições é a média das notas dos seus alunos nos últimos quatro anos na Prova. Este ano, a Instituição ganhadora é o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, coordenado por Milton Ruiz Alves. O candidato ganhador é Felipe Pereira, da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), por ter obtido a maior nota dentre todos os candidatos. O prêmio é patrocinado pela Allergan e a cerimônia de entrega será durante o 61º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em Fortaleza.

A etapa teórica é dividida em três módulos com perguntas de múltipla escolha: ciências básicas de oftalmologia, conteúdo clínico-cirúrgico e análise de imagens referentes a estudos de caso.

teórica foi bem balanceada. “Abrangeu todas as áreas do conhecimento em oftalmologia e as questões estavam bem divididas em relação à dificuldade”, afirmou. Pereira foi o candidato com a maior média na prova deste ano e receberá o Prêmio CBO-Ensino “Professor Hilton Rocha” (ver box). De Niterói (RJ), Vitor Veiga, 28, fez a graduação e residência na Universidade Federal Fluminense. Para ele, o nível de dificuldade foi semelhante às provas dos últimos anos, “com exceção talvez da prova de ciências básicas, que estava com o nível um pouco acima dos anos anteriores. Mas nada que impedisse o aluno que estudou de conseguir o título”, avalia.

QUEM SÃO OS CANDIDATOS

Veiga se interessou pela oftalmologia no último ano da faculdade, durante o internato eletivo, quando teve contato com a prática da especialidade. “Até então era difícil tomar uma decisão, uma vez que na graduação temos mais contato com a clínica médica e suas especialidades (cardiologia, nefrologia, pneumologia, etc.). Felizmente fui bem recebido no internato de oftalmologia e acabei me encontrando dentro da especialidade”, conta.

Felipe Pereira gosta da área pelo dinamismo. “A parte clínica é rica e muito visual; além disso, é possível contribuir com outras especialidades médicas, que por vezes conduzem os pacientes baseados na contribuição do oftalmologista. Ao mesmo tempo é possível realizar procedimentos ambulatoriais ou mesmo cirúrgicos complexos. Tudo isso sempre



TABELA: PRIMEIRA ETAPA POR ORIGEM DOS CANDIDATOS:

CATEGORIA	INSCRITOS		PRESENTES	HABILITADOS	
	TOTAL	TOTAL	%	TOTAL	%
CBO (ALUNO DE CURSO CREDENCIADO, CONCLUINTES EM FEV/17)	355	347	97,75	306	88,18
CNRM/MEC (ORIUNDOS DE PRM)	126	121	96,03	100	82,64
EX-ALUNO (ALUNO REPROVADO PNO/16)	23	21	91,30	10	47,62
EX-ALUNO (ALUNO REPROVADO PNO/16)	23	21	91,30	10	47,62
CBO10 (ORIUNDOS DE CURSO CREDENCIADO, PERÍODO 2006-2015)	24	18	75,00	10	55,56
INDEPENDENTE (≥ 06 ANOS GRADUAÇÃO E ATIVIDADES EM OFTALMOLOGIA)	139	128	92,09	62	48,44
TOTAIS	667	635	95,20	488	76,85

Fotos: Divulgação



ANA SILVEIRA SONCINI: “Poder combinar as áreas clínica e cirúrgica, realizar diversos exames complementares, faz com que a especialidade seja muito completa e oferece inúmeras possibilidades de explorar e aprimorar a formação”

FELIPE PEREIRA: “Abrangeu todas as áreas do conhecimento em oftalmologia e as questões estavam bem divididas em relação à dificuldade”



HOMERO GUSMÃO DE ALMEIDA: “A importância da Prova Nacional é manter uma seleção adequada para os profissionais que recebem o selo de qualificação da sua entidade máxima, que é o CBO”

acompanhado de tecnologia de ponta, que se mantém em constante evolução”, conta.

Outro candidato, Maurício Carrion, 27, que cursou residência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, relata que fez o primeiro contato com a oftalmologia ainda criança. “Quando eu tinha 8 anos, via os vídeos das primeiras cirurgias de facoemulsificação do meu pai e comecei a me interessar pelo assunto”. Carrion acredita que a prova é até mais importante como um nivelamento dos oftalmologistas do país do que para um interesse individual na carreira. “Sabemos que existem serviços que não estimulam tanto o estudo durante a formação, e indivíduos que não julgam importante o estudo além dos atendimentos ambulatoriais e aprendizado cirúrgico. A prova de título cria a necessidade de buscar o conhecimento e acaba sendo construtiva tanto para a formação individual quanto para melhorar a qualidade dos profissionais que entram no mercado.”

De Fortaleza, Pedro Veras Franco, 27, estudou oftalmologia na Fundação Leiria Andrade, credenciada pelo CBO, e vê boa perspectiva para a carreira, pela especialidade oferecer boa qualidade de vida a quem atua na área. Para ele, obter o título é “extremamente importante” e abre portas na carreira, a exemplo dos programas de fellowship que têm essa exigência.

Com 31 anos, Ana Silveira Soncini cursou oftalmologia no Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre, credenciado pelo CBO e pelo MEC, e atualmente faz fellowship em retina e vítreo cirúrgica na mesma instituição. Estudou medicina na Universidade Regional de Blumenau e conta que se



MAURÍCIO CARRION: “A prova de título cria a necessidade de buscar o conhecimento e acaba sendo construtiva tanto para a formação individual quanto para melhorar a qualidade dos profissionais que entram no mercado”

PEDRO VERAS FRANCO:
“Obter o título é “extremamente importante” e abre portas na carreira, a exemplo dos programas de fellowship que têm essa exigência”



VITOR VEIGA: “O título do CBO mostra que o médico tem qualidade, ele confere prestígio ao profissional”



apaixonou pela oftalmologia logo no primeiro contato com a área. “Poder combinar as áreas clínica e cirúrgica, realizar diversos exames complementares, faz com que a especialidade seja muito completa e oferece inúmeras possibilidades de explorar e aprimorar a formação”. Para Soncini, buscar a melhor formação para oferecer o melhor atendimento deve ser a busca de todos. “A obtenção do título só comprova que todo o esforço e a dedicação valeram a pena”.

O QUE É A PROVA

A Prova Nacional é a última etapa da formação do oftalmologista, e é obrigatória para a emissão do título de especialista CBO/AMB desde 1986. O exame já existia antes, mas era voluntário. Atestava o conhecimento necessário para o exercício da especialidade, mas não tinha valor legal. Hoje, a apresentação do título, seja emitido pelo CBO/AMB, seja pela CNRM/MEC, é requisito para contratação na

Exame de Suficiência

Outra forma para obtenção do título, em caráter excepcional, é pelo Exame de Suficiência Categoria Especial, voltada para médicos que já têm experiência na especialidade, mas não têm titulação. Esse exame não tem a necessidade de acontecer todos os anos, e sua realização depende de uma decisão do CBO. Geralmente acontece durante os congressos do Conselho. Nos últimos três anos, a prova foi aplicada. De acordo com o Coordenador da Comissão de Ensino do CBO, José Augusto Alves Ottaiano, não está no escopo a realização do exame novamente este ano. “Realizamos o exame no Recife, em Florianópolis e em Goiânia nos últimos três anos. Com isso pegamos uma grande abrangência do território. Com essa sequência, aquele volume de médicos interessados diminuiu, e o número de inscritos caiu bastante”, explica.

maioria dos serviços. Também é exigido para obtenção do Registro de Qualificação de Especialista (RQE), o reconhecimento do especialista pelos conselhos de medicina (CRMs e CFM). Sem o RQE, o médico não pode fazer publicidade como oftalmologista, conforme determina o Código de Ética Médica.

Apesar de os estudantes formados oftalmologistas pelas residências credenciadas pela CNRM/MEC já terem o título de especialista, muitos tentam a Prova Nacional. Este ano, foi quase um quinto dos inscritos. De acordo com José Augusto Alves Ottaiano, coordenador da Comissão de Ensino do CBO, isso se deve à maior qualidade dos cursos credenciados pelo Conselho. “A comunidade oftalmológica no Brasil valoriza muito mais o título de especialista pelo CBO do que pelo MEC. Porque realmente o MEC não tem um controle eficaz sobre as residências”, explica. “Nós temos esse processo de acompanhamento contínuo. A instituição tem quantos microscópicos cirúrgicos? Nós vamos ao local e vistoriamos. Qual é a quantidade de volumes na biblioteca? Quais são? Estão atualizados? Checamos detalhe por detalhe”. Homero Gusmão de Almeida atribui esse fato também ao rigor com que a prova é elaborada e aplicada. “As questões da prova são feitas por profissionais com que são contratados. Eles devem se comprometer com o sigilo que envolve todo o processo. O título do CBO mostra que o médico tem qualidade, ele confere prestígio ao profissional”, comenta. Candidatos oriundos de residências MEC, entrevistados pela Universo Visual, acrescentam que alguns programas de fellowship exigem o título do CBO. “Talvez no futuro alguns planos de saúde possam exigir-lo também”, especula Vitor Veiga. ■

Diagnóstico precoce é decisivo no retinoblastoma

O tratamento da doença em estágios iniciais faz toda a diferença quanto ao impacto na mortalidade e também na cegueira, ou seja, quanto antes detectada a doença, maior a chance de cura, menor a taxa de mortalidade e menor o número de crianças que perdem a visão. Daí a importância de um diagnóstico precoce

LUCIANA RODRIGUEZ

O retinoblastoma é um tumor neuroectodérmico primitivo raro que se origina na retina neural e o tumor maligno intraocular mais frequente na infância, com incidência que varia de 1/10.000 a 1/20.000 nativos. O tratamento da doença em estágios iniciais faz toda a diferença quanto ao impacto na mortalidade e também na cegueira, ou seja, quanto antes detectada a doença, maior a chance de cura, menor a taxa de mortalidade e menor o número de crianças que perdem a visão. Daí a importância de um diagnóstico precoce.

Segundo o oftalmologista do Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (Graacc), Luiz Fernando Teixeira, o retinoblastoma representa entre 2,5% a 4% de todos os tumores malignos da infância. “Mais de 90% dos casos são diagnosticados antes dos 5 anos de idade, sendo a idade mediana ao diagnóstico de 2 anos. A doença pode ser uni ou bilateral”, explica.

O chefe da Equipe de Oncologia Ocular da Escola Paulis-

ta de Medicina/Unifesp, Rubens Belfort Neto, estima que como regra o retinoblastoma pode aparecer até os 7 anos de idade, mas normalmente incide muito antes disso. “Pode até aparecer em crianças mais velhas, mas é bastante raro”, comenta. Belfort explica também que existem dois tipos de retinoblastoma. “No hereditário, a mutação genética está em todas as células da criança, não somente no olho, e pode ter também outros tipos de cânceres que acometem





o corpo. Constituem cerca de 35% a 40% dos casos. Já no não hereditário, a mutação está somente em um dos olhos, não afeta o outro olho e nem aumenta a chance da criança ter outro tipo de câncer.”

De acordo com o especialista do Graacc, a leucocoria é o principal sinal do retinoblastoma, presente em aproximadamente 60%-70% dos casos. “O estrabismo ocorre em 20%-30%. Outros achados menos frequentes são glaucoma, buftalmia, hifema, pseudo-hipópio tumoral que simula uveíte (depósitos de células tumorais livres na câmara anterior em retinoblastoma difuso ou após invasão iriana), atrofia bulbar nos casos de regressão espontânea e massa orbitária ou subconjuntival nos casos de extensão extraocular”, pontua.

“Como o retinoblastoma é uma doença mais rara, não é preciso grandes campanhas para diagnosticar a doença, o que é necessário é que todos atentem para algum sinal ou sintoma por parte da criança. O principal indício é quando tiramos foto em um ambiente escuro, com flash, e um dos olhos da criança, ao invés de apresentar um reflexo normal ou avermelhado, aparece com um reflexo branco, a chamada leucocoria. Isso não significa que todos que apresentem esse reflexo têm o retinoblastoma, mas quando os pais observam esse reflexo branco na criança eles devem levá-la ao oftalmologista para averiguação. O diagnóstico tem que ser feito de maneira adequada. O oftalmologista, quando suspeita, encaminha o paciente para um especialista em retinoblastoma e na sequência este realizará os exames necessários para fechar o diagnóstico”, explica Belfort Neto.

“O tratamento do retinoblastoma é complexo e requer uma equipe multidisciplinar capacitada para o atendimento do paciente em todas as etapas do processo. Os objetivos do tratamento são salvar a vida da criança e secundariamente preservar o globo ocular e a visão. Existem diferentes modalidades terapêuticas, que devem ser propostas individualmente, de acordo com o caso”, comenta Teixeira.

A quimioterapia para redução dos tumores intraoculares tem sido utilizada como principal tratamento desde o final dos anos 1990. “Diferentes formas de aplicação das drogas quimioterápicas são utilizadas, como quimioterapia sistêmica endovenosa, quimioterapia intra-arterial realizada por neurointervenção cirúrgica e quimioterapia intravítrea. Tratamentos adjuvantes com terapias locais são associados, como crioterapia, laserterapia e braquiterapia ocular. A enucleação do globo ocular é reservada para casos muito avançados ou após a falha dos tratamentos conservadores. Vale lembrar que pacientes com doença



RUBENS BELFORT NETTO: “Existem dois tipos de retinoblastoma. No hereditário, a mutação genética está em todas as células da criança, não somente no olho, e pode ter também outros tipos de cânceres que acometem o corpo. Constituem cerca de 35% a 40% dos casos”

extraocular devem ser tratados com protocolos diferentes de quimioterapia”, ressalta o oftalmologista do Graacc.

Teixeira alerta que é importante encaminhar a criança com suspeita de retinoblastoma o mais rápido possível para centros especializados em Oncologia Ocular, com o objetivo de melhor avaliação diagnóstica e tratamento com equipe multidisciplinar. “O diagnóstico precoce da doença é fundamental para aumentarmos as chances de cura, com menor mortalidade e morbidade. As crianças que apresentam tumores em grupos iniciais da doença têm menor risco de apresentar doença metastática. Estes casos ainda apresentam maiores chances de preservação do globo ocular e maior chance de preservação de visão no olho afetado”, diz.

Em conclusão, Teixeira comenta que o retinoblastoma é um tumor maligno com alto índice de cura quando diagnosticado precocemente e tratado em um centro de referência, com uma equipe multiprofissional capacitada. “Lesões intraoculares são agrupadas de acordo com uma classificação internacional do retinoblastoma, que prediz a morbidade visual e a chance de perda do globo ocular, que são as principais sequelas da doença intraocular. Quanto mais avançado o tumor intraocular, maior a chance de perda visual e maior o risco de remoção desse globo ocular. No Brasil, grande parte dos olhos com retinoblastoma pertence a grupos avançados da doença. Em relação à doença extraocular, a mortalidade é a principal preocupação”, finaliza.

HERANÇA GENÉTICA

Rubens Netto, empresário, hoje com 33 anos, teve a doença aos três anos de idade. “Foi um choque para minha família, até porque ninguém nunca tinha ouvido falar em retinoblastoma. A doença foi descoberta por uma fotografia que mostrou um brilho estranho no olho esquerdo, minha mãe tampou o olho que não brilhava diferente e eu falei que não estava enxergando, foi uma correria”, conta.

Assim que diagnosticado, Rubens veio a realizar o tratamento no Hospital A.C. Camargo. “O tratamento foi imediato, enucleação do olho esquerdo e quimioterapia. Durante o tratamento, foi detectada uma lesão no olho direito, mas como era muito pequena, minha visão foi 100% preservada. Tive um tratamento bem-sucedido, apenas com vômitos e mal-estar devido à quimioterapia; depois de dois anos estava curado. Tive uma infância normal, sem restrições”, lembra Rubens.

A preocupação de Rubens sobre a doença voltou quando ele se casou e passou a pensar na paternidade. “Fui fazer um mapeamento genético e o médico alegou que a doença não era hereditária, mas existia um outro exame que era realizado somente fora do país. Programamos nosso filho, mas resolvi fazer o exame e o resultado demorou 60 dias. Quando recebi o resultado, foi detectado que era hereditário e minha esposa já estava grávida, minha filha tinha 50% de chance de herdar a doença. Quando minha filha nasceu, fizemos um exame de fundo de olho e nada foi constatado. Quando faltava um mês para repetir o exame, em uma fotografia lá estava o olho de gato. Com apenas cinco meses de vida iniciamos a jornada novamente. O desespero tomou conta outra vez da minha família, agora era a minha vez de passar por tudo que meus pais passaram e não é fácil”, desabafa.

Rubens e a família vieram para São Paulo para tratar a filha. “Conhecemos uma pessoa que ama o que faz e tem uma equipe que sabe como ninguém o que está fazendo. Conheci o Dr. Luiz Fernando numa terça-feira, na quarta-feira minha filha fez um exame de fundo de olho e na quinta-feira já passamos com a pediatra e iniciamos o tratamento. Foi diagnosticada apenas uma lesão no olho esquerdo e iniciamos o tratamento com quimioterapia e laser. Minha filha teve apenas vômito e enjoou, mas não teve reações mais severas. Depois que terminamos o ciclo de quimioterapia, a lesão continuava ativa, foi quando iniciamos um tratamento que não existia na minha época, quimioterapia intra-arterial. Foram cinco sessões e minha filha entrou em acompanhamento de mês em mês. Agora já estamos fazendo a cada três meses, e hoje ela está curada e conseguimos salvar os dois olhos. No olho esquerdo, que tinha a maior lesão, foi salva a visão periférica. Com tudo que passamos, alerta a todos os pais que não apenas o pediatra faça parte da vida de seu filho, mas o quanto é importante visitar um oftalmologista também. O quanto antes o diagnóstico foi feito, maior a chance de sucesso!”, recomenda. ■

UV **15**
anos

VEM AÍ
UMA NOVA
Universo **Visual**

15 ANOS DE CIRCULAÇÃO

100 EDIÇÕES

350 REPORTAGENS PUBLICADAS

420 ARTIGOS PUBLICADOS

1,5 MILHÃO EXEMPLARES IMPRESSOS

NOVO PROJETO EDITORIAL,
MESMA QUALIDADE DE INFORMAÇÃO
aguardem!

www.universovisual.com.br

Conscientizar para evitar

Campanha “Abril Marrom” alerta a população para a importância de prevenir e combater a cegueira

CHRISTYE CANTERO

Estima-se que em 2020 existirão no mundo 75 milhões de pessoas cegas e mais de 225 milhões de portadores de baixa visão, sendo que 90% dessas pessoas são habitantes dos países sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Em nosso país há atualmente mais de 1,2 milhão de cegos (visão corrigida igual ou inferior a 20%) e 6,5 milhões de deficientes visuais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 60% e 80% dos casos de cegueira poderiam ser evitados ou tratados. Como amenizar esse quadro? Levando à população acesso à informação e ao exame clínico. Foi com o intuito de conscientizar a população sobre a importância da prevenção e combate da cegueira que surgiu o projeto “Abril Marrom”. Este ano, em sua segunda edição, durante todo



o mês aconteceram testes de acuidade visual e também palestras ministradas por especialistas. Os oftalmologistas Pedro Durães Serracarbassa e Suel Abujamra, por exemplo, falaram sobre prevenção e combate à cegueira. Já Eliana Cunha e Maria Julia Araújo palestraram sobre reabilitação da cegueira.

Pedro Durães Serracarbassa, médico do departamento de retina do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, comenta que a iniciativa visa não apenas alertar as pessoas, como também mobilizar a classe política sobre a importância da prevenção, combate e reabilitação das principais causas de deficiência visual. “Dentre as principais causas de doenças oculares temos os erros refracionais (miopia, hipermetropia, astigmatismo e miopia), a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade”, diz.

Serracarbassa destaca entre as ações no mês do “Abril Marrom” as palestras abertas ao público em geral. “Houve um grande comparecimento da população nos postos de atendimento para a medida da acuidade visual e foram discutidos diversos tópicos relacionados ao combate à cegueira e sugestões de ações públicas relacionadas ao tema nos debates abertos ao público”, ressalta. O oftalmologista ainda lembra que o ‘Abril Marrom’ já é lei no município de São Paulo e tramita como projeto de lei na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo.

A organização da campanha deste ano contou com o apoio do vereador Paulo Frange e sua equipe. Segundo Frange, o objetivo da campanha é reunir e organizar as iniciativas particulares e as do poder público para que as ações concentradas em um mês tragam mais eficiência na prevenção e combate à cegueira. “Muitos brasileiros são cegos por não terem recebido tratamento precocemente e porque muitas doenças que levam à cegueira não apresentam sintomas e seriam evitáveis se diagnosticadas a tempo”, ressalta.

Ele conta como surgiu a ação. “A lei que criou o ‘Abril Marrom’ foi iniciativa do ex-vereador Aníbal de Freitas e apresentei emenda para alterá-la, impondo a participação das secretarias de Saúde, da Educação, do Trabalho e da Pessoa com Deficiência. Essa mudança é fundamental para a ampliação da lei nos próximos anos”, afirma.

Por que a escolha dessa cor? “Marrom representa a cor média dos olhos dos brasileiros, além de ser também a cor aproximada da mancha que as pessoas, em processo de cegueira, passam a ver quando estão no processo de perda da visão. Há ainda quem a associe à terra – que é o elemento usado para ensinar a um cego de nascença as



Este ano, em sua segunda edição, durante todo o mês aconteceram testes de acuidade visual e também palestras ministradas por especialistas

diferenças das cores, associando o marrom à terra – que é a representação de coisas inertes que compõem o solo”, explica o vereador.

CAMPANHA 2017

A abertura da campanha foi realizada no dia 3 de abril na Câmara Municipal de São Paulo. A cerimônia contou com a participação da secretária adjunta da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPED), Marinalva Cruz, do ex-vereador Aníbal de Freitas, do vereador Paulo Frange, da representante da Secretaria Municipal da Saúde, Beatriz Botelho, e demais apoiadores.

Marinalva Cruz lembra que o “Abril Marrom” é um projeto de lei do ex-vereador Aníbal de Freitas (Lei Municipal nº 14.485/07, alterada pela Lei nº 16.434/2016, a qual incluiu no calendário de eventos do município de São Paulo o “Mês Abril Marrom”). Ela ressalta que, segundo dados do Censo IBGE 2010, na cidade de São Paulo, o número de pessoas com deficiência visual ultrapassa 2,2 milhões, sendo que 292 mil têm grau mais severo e 53 mil não enxergam de modo algum. “Isso significa que milhares de paulistanos com cegueira poderiam estar enxergando se tivessem recebido diagnóstico precoce e tratamento adequado, em tempo igualmente adequado”, afirma.

A secretária adjunta revela que da primeira edição da campanha para a deste ano, a grande novidade foram os exames gratuitos de acuidade visual, disponibilizados ao longo do mês em três pontos da cidade: Câmara Municipal de São Paulo (Praça Wi-Fi), Mercado Municipal e Mercado Municipal da Lapa. “Além disso, foram realizadas diversas palestras gratuitas. Este ano, as apresentações aconteceram nos dias 10, 17 e 24 de abril e foram divididas nas temáticas de prevenção, combate e reabilitação”, diz.

Durante a cerimônia de abertura, o oftalmologista Suel



ELIANA CUNHA LIMA: “O encaminhamento aos serviços especializados de reabilitação é fundamental para toda a população com cegueira ou com baixa visão, de modo a proporcionar o desenvolvimento de suas vidas em plenitude”

MARCOS DE PAULA:

“É uma grande satisfação estarmos, novamente, ao lado de uma campanha de conscientização social, que tem o intuito de alertar, desta vez, para as doenças da visão e - mais do que isso - de identificá-las e à necessidade de tratamento”



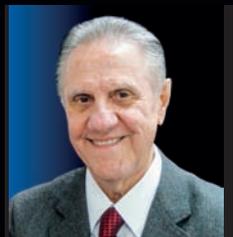
PEDRO DURÃES SERRACARBASSA:

“A iniciativa visa não apenas alertar as pessoas, como também mobilizar a classe política sobre a importância da prevenção, combate e reabilitação das principais causas de deficiência visual”



SUEL ABUJAMRA:

“O número de pessoas com deficiência visual no Brasil merece atenção e é um problema nacional. A deficiência visual limita muito a produtividade da população brasileira”



Abujamra destacou que o número de pessoas com deficiência visual no Brasil merece atenção e é um problema nacional. “A deficiência visual limita muito a produtividade da população brasileira”, comentou.

A UNIÃO FAZ A FORÇA

Para o sucesso da iniciativa, foi fundamental o apoio de diferentes parceiros. Em 2017, a campanha contou com apoiadores como, por exemplo, a Secretaria Municipal

da Pessoa com Deficiência, Laboratórios EMS, Rotary Club de São Paulo Jardim das Bandeiras, Loja Maçônica Grande Oriente de São Paulo, Instituto Suel Abujamra, Fundação Dorina Nowill, Grupo Retina São Paulo, Jornal Oeste News, Revista D+, Clínica Oftalmológica Pedro Durães Serracarbassa, Mercado Municipal de São Paulo e Mercado Municipal da Lapa.

“É uma grande satisfação estarmos, novamente, ao lado de uma campanha de conscientização social, que tem o intuito de alertar, desta vez, para as doenças da visão e - mais do que isso - de identificá-las e à necessidade de tratamento. Apoiar o ‘Abril Marrom’ reforça o nosso compromisso de promover saúde, bem-estar e qualidade de vida, justamente as prioridades da EMS enquanto empresa farmacêutica que tem a missão de cuidar das pessoas”, afirma Marcos de Paula, diretor adjunto da unidade de negócios Hospitalar da EMS.

O “Abril Marrom” é a mais recente causa abraçada pela empresa que, desde 2014, tem feito parte das campanhas Outubro Rosa e Novembro Azul, que conscientizam sobre o câncer de mama e de próstata, respectivamente. Em 2015, a farmacêutica também apoiou, na cidade de Campinas (SP), o movimento Abril Azul, em referência ao Dia Mundial de Conscientização do Autismo. A campanha “Abril Marrom” também recebe apoio do laboratório farmacêutico Legrand.

De acordo com Eliana Cunha Lima, assessora da área de serviços de apoio à inclusão da Fundação Dorina Nowill para Cegos, é de suma importância a participação da fundação no “Abril Marrom”, pelo fato de inserir na agenda da campanha as questões referentes à reabilitação visual nas diversas faixas etárias. “Prevenir é o melhor caminho, porém há pessoas que não tiveram acesso à informação ou aos serviços de saúde e foram acometidas por doenças oculares não preveníveis ou até mesmo sofreram traumatismos oculares e devem saber que suas vidas não acabaram. O encaminhamento aos serviços especializados de reabilitação é fundamental para toda a população com cegueira ou com baixa visão, de modo a proporcionar o desenvolvimento de suas vidas em plenitude”, comenta.

Eliana explica que a Fundação Dorina Nowill para Cegos participou da ação realizando a divulgação por seus meios de comunicação (rede social, facebook, blog, entre outros), compondo a agenda de palestras que foram ministradas na Câmara Municipal com a temática da reabilitação visual com profissional especialista e por meio de pautas junto à imprensa escrita e à mídia eletrônica. “Ao participar, a Fundação reforça que há caminhos para quem perde a visão”, completa. ■

CBO 2017

Fortaleza

www.cbo2017.com.br

61º CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

6 a 9 de setembro | Centro de Eventos do Ceará
Fortaleza | Ceará | Brasil

|| Vida, pisa devagar
Meu Coração cuidado é frágil;
Meu coração é como vidro,
Como um beijo de novela. ||

Coração Selvagem - Belchior

O 61º Congresso Brasileiro de Oftalmologia vai reunir em Fortaleza grandes nomes da Especialidade. O evento contará com uma extensa e diversificada programação científica, elaborada cuidadosamente para estimular o debate entre os congressistas.

O aplicativo do CBO2017 já está disponível! Faça o download na App Store ou Play Store.



Promotor:



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Empresa Certificada
ISO 9001

Apoio Institucional:



Sociedade Cearense
de Oftalmologia

Agência Oficial:



Naja Turismo

Organização:



eventos

Mais informações: www.cbo2017.com.br | (85) 4011-1572

Decisões



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

Como devo fazer para mostrar a meu pai que algumas coisas devem ser mudadas na clínica?
Como fazer que meu filho perceba todas as dificuldades que temos na administração da nossa clínica e se prepare para assumi-la no futuro?

São duas perguntas frequentemente feitas por médicos – que carregam outros questionamentos profundos...

Como encarar a questão da entrada de um filho, uma filha ou parente de nova geração na clínica ou no consultório? Será que o provérbio tão citado “manda quem pode, obedece quem tem juízo” é aplicável nessa situação?

É claro que cada consultório ou clínica tem suas características próprias, sua história e seu jeito de estar presente no mercado. Da mesma forma, cada dono de consultório ou clínica deve decidir seus objetivos, onde quer chegar e como fazer isso. Essas definições serão chave para definição do rumo do negócio.

Quando pensamos em viajar de férias, por exemplo, definimos como será essa viagem: para onde vamos, quem vai, quanto tempo vamos ficar, qual o orçamento, qual tipo de transporte será usado e assim por diante...

Cada decisão dessas tem seus desdobramentos e consequências. Assim, pode ficar difícil estabelecer uma ordem, prioridade ou método que garanta uma orientação rumo ao sucesso da viagem... o que nos leva a uma pergunta essencial: O que define o sucesso de uma empreitada, como uma viagem ou da administração da clínica ou consultório?

Para começar a fazer esse exercício, sugiro entender os papéis dos sócios, para que possam refletir sobre a continuidade de seu negócio:

- Sócio – que investe seu capital e recebe lucros e dividendos como forma de remuneração;
- Médico – que atende seus pacientes e recebe por essa atividade seus honorários;

- Administrador – que se preocupa e toma decisões administrativas, financeiras e de todos os riscos na operação do negócio;

- Pessoa – que com todas as suas emoções toma decisões de todos os tipos, inclusive e principalmente as dos tópicos acima.

Na perspectiva da sucessão de comando e de propriedade de uma clínica ou consultório será necessário ajustar esses papéis com a entrada do(a) novo(a) médico(a) ou sócio(a). É preciso que em cada papel seja definido o que decidir, quem vai decidir e quando será decidido.

Cada médico toma suas decisões quanto ao tratamento e cuidado de seus pacientes. Eventualmente poderá consultar colegas, mas a decisão final é dele, assumindo riscos e responsabilidades.

Quando o assunto é societário, de administração, os riscos são diferentes daqueles diretamente ligados à saúde dos pacientes: estamos falando aqui de riscos tributários, trabalhistas, patrimoniais, responsabilidade civil e assim por diante. Qualquer problema se refletirá diretamente no patrimônio da clínica e/ou consultório e, portanto, dos sócios.

Assim, é muito importante o estabelecimento de regras de convívio para que essas decisões sejam tomadas baseadas em critérios que sejam aceitos por todos os sócios.

Como pensar nessas regras de convívio?

O primeiro passo que sugiro é definir quais são os assuntos a serem discutidos pelos sócios. Exemplos:

- Entrada e saída de sócios (parentes ou não) – qualquer parente pode entrar?

• Será exigido algum pré-requisito técnico, financeiro ou de experiência prévia para entrar na sociedade?

• E para a saída (ou entrada) de um sócio, como será feita avaliação do valor da clínica ou consultório para remunerar suas cotas?

• Para abrir clínicas-satélites ou outras unidades, quantos sócios devem estar de acordo?

• Aquisição de equipamentos ou reformar a clínica ou consultório, ou aceitar trabalhar com determinado convênio?

• Qual é a alçada que a(o) secretária(o) ou o(a) administrador(a) da clínica ou consultório tem para assumir despesas ou investimentos?

Em seguida, defina como serão contados os votos: por sócio, por quantidade de cotas que cada um possui, por tempo de casa, por família ou outro critério. A legislação já prevê algumas regras que devem ser obedecidas, mas ainda assim existem critérios que podem ser específicos de cada caso.

A próxima etapa seria a periodicidade de reunião dos sócios e votação de assuntos: semanal, quinzenal ou apenas quando surgir algum tipo de questão que requeira a presença deles?

Enfim, o que responder àqueles(as) que estão pensando na entrada de filhos(as) na clínica ou consultório? Usem a razão para estabelecer critérios e formas de decisão - tracem claramente os objetivos da clínica e definam o papel de cada um na condução da clínica ou consultório. Essas definições serão fundamentais para que a clínica ou consultório mantenham sua saúde financeira, bem como o desenvolvimento contínuo sem grandes solavancos por conta da mudança de comando.

Usem a paixão para acomodar o relacionamento familiar e assim preservar a harmonia familiar e aumentar a possibilidade de sucesso em seus negócios. ■

ESTOJOS Personalizados!

A maneira mais simples de fidelizar seus clientes.



Estojos com:

nanoxClean
Antimicrobial Protection

Aproveite esta Novidade!

(Impressão colorida de alta qualidade)

LOOK Vision®

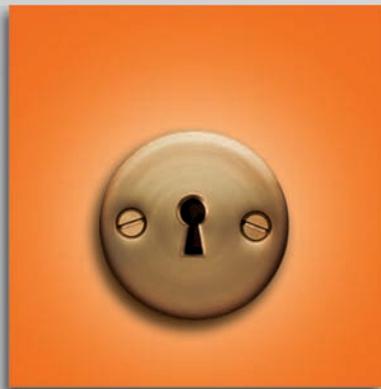
Soluções inteligentes para a saúde

CENTRAL DE ATENDIMENTO
(11) 5565-4233/5564-1280

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



Você está prestes a presenciar o **grande lançamento** que vai abrir **novas possibilidades no tratamento da PIO elevada**¹



SIMBRINZA[®]
10 mg/mL + 2 mg/mL
suspensão oftálmica
(brinzolamida/brimonidina)

ABRA NOVAS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO¹



A G U A R D E

Abra novas possibilidades de tratamento para um controle eficaz da PIO¹

Observou-se uma **REDUÇÃO DA PIO** de 7 - 10 mmHg* (26,7 - 37,6%)
com **SIMBRINZA®** Suspensão na forma de monoterapia em estudos clínicos²⁻⁵

ADICIONAR

quando um análogo das prostaglandinas não é suficiente^{1,2-6}

POSSIBILITAR

oportunidade de tratamento eficaz para atingir a PIO alvo em pacientes que não podem usar betabloqueador e/ou prostaglandinas²⁻⁶

SUBSTITUIR

para pacientes que já receberam prescrição de brimonidina a 0,2% e brinzolamida a 1%²⁻⁶

ALCANÇAR

4 classes terapêuticas³, 3 gotas ao dia, em 2 frascos, para uma terapia medicamentosa máxima^{† ± 2,3,6,7}

Apresentações: 5 e 8 mL

Posologia: 2 vezes ao dia.²

SIMBRINZA® brinzolamida 10mg/ml + dextrotartarato de brimonidina 2mg/ml (equivalente a 1,32 mg de brimonidina). **VIA DE ADMINISTRAÇÃO TÓPICA OCULAR. Forma farmacêutica e apresentações:** Simbrinza® suspensão oftálmica estéril. Frasco plástico conta-gotas contendo 5ml ou 8ml de suspensão oftálmica. **Indicações:** Diminuição da pressão intraocular (PIO) elevada em pacientes adultos com glaucoma de ângulo aberto ou hipertensão ocular. **Posologia:** A dose recomendada é de 1 gota de Simbrinza® suspensão oftálmica 2 vezes ao dia no(s) olho(s) afetado(s). Estudos clínicos multicêntricos avaliaram a segurança e a eficácia do medicamento Simbrinza® suspensão oftálmica quando administrado 2 ou 3 vezes ao dia. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas, a qualquer um dos excipientes ou às sulfonamidas. Pacientes com insuficiência renal grave. Neonatos e lactentes com idade inferior a 2 anos. Recomenda-se atenção e cautela ao usar em pacientes: que recebam terapia com inibidor da monoamina oxidase (MAO), que tomem antidepressivos que afetam a transmissão noradrenérgica; que tenham risco de insuficiência renal. A segurança e eficácia em crianças e adolescentes com idade entre 2 a 17 anos ainda não foi estabelecida, portanto seu uso não é recomendado. Não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião dentista. **Precauções e advertências:** Uso tópico oftálmico exclusivo. Não deve ser injetado ou ingerido. **Efeitos oculares:** Não foi estudado em pacientes com glaucoma de ângulo estreito e seu uso não é recomendado nestes pacientes. O possível papel da brinzolamida na função endotelial da córnea não foi investigado. É recomendada a monitorização cuidadosa dos pacientes com córneas comprometidas, tais como pacientes com diabetes *mellitus* ou distrofias corneanas. Os pacientes que usam lentes de contato não foram estudados e é recomendada a monitorização cuidadosa destes pacientes quando utilizam brinzolamida. **Os efeitos sistêmicos:** contém brinzolamida, uma sulfonamida e, embora administrado topicamente, é absorvido sistemicamente. Os mesmos tipos de reações adversas relacionadas às sulfonamidas podem ocorrer com a administração tópica. **Cardiopatas:** aconselha-se precaução quando se utiliza medicamentos como anti-hipertensivos e/ou glicosídeos cardíacos concomitantemente ou em pacientes com doença cardiovascular grave, instável ou descontrolada. Deve ser usado com precaução em pacientes com depressão, insuficiência coronária ou cerebral, fenômeno de Raynaud, hipotensão ortostática ou tromboangeite obliterante. **Agilidade mental:** inibidores da anidrase carbônica podem prejudicar a capacidade de realizar tarefas que requerem agilidade mental e/ou coordenação física em pacientes idosos. **Terapia concomitante:** administração concomitante a inibidores da anidrase carbônica por via oral não foi estudado e não é recomendada. A utilização concomitante de salicilatos não é recomendada, especialmente com terapia de doses elevadas (> 1 g por dia), pois pode conduzir a uma diminuição da eficácia do salicilato, toxicidade para o SNC, acidose metabólica, e outras reações adversas. **Cloreto de benzalcônio:** contém cloreto de benzalcônio que pode causar irritação nos olhos e é conhecido por descolorir lentes de contato gelatinosas. Os pacientes devem ser instruídos a remover lentes de contato antes da aplicação deste colírio e esperar pelo menos 15 minutos antes da recolocação. O cloreto de benzalcônio também pode causar ceratopatia puntata e/ou ceratite ulcerativa tóxica. **Uso em populações específicas: Gravidez:** Categoria C - não é recomendado durante a gravidez e em mulheres em idade fértil que não utilizam métodos contraceptivos. **Lactação:** não deve ser utilizada por mulheres que estejam amamentando. **Uso geriátrico:** não foram observadas diferenças globais na segurança e eficácia entre pacientes idosos e mais jovens. **População pediátrica:** o uso não é recomendado em crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos. **Insuficiência renal:** usar com precaução em pacientes com risco de insuficiência renal por causa do possível risco de acidose metabólica. **Insuficiência hepática:** não foi estudado em pacientes com insuficiência hepática e, portanto, não é recomendado neste tipo de pacientes. **Efeitos sobre a capacidade de conduzir veículos e utilizar máquinas:** tem uma pequena influência sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. Visão turva temporária ou outras perturbações visuais podem afetar a capacidade de conduzir ou utilizar máquinas, portanto o paciente deve aguardar que a visão normalize antes de conduzir ou utilizar máquinas. **Reações adversas: Doenças do sistema nervoso: Comum:** sonolência, disgeusia, tontura, dor de cabeça. **Distúrbios oculares: Comum:** conjuntivite, alergia, visão turva, dor, irritação, olho seco, prurido, hiperemia, blefarite, desconforto. **Incomum:** erosão na córnea, ceratite, blefarite alérgica, fotofobia, secreção, lacrimajamento, astenopia, eritema palpebral. **Raro:** acuidade visual reduzida, diminuição do lacrimajamento. **Distúrbios do ouvido e do labirinto: Incomum:** vertigens. **Distúrbios vasculares: Incomum:** hipotensão, diminuição da pressão arterial. **Distúrbios respiratórios, torácico e do mediastino: Incomum:** secreta nasal. **Raro:** síndrome da tosse das vias áreas superiores, congestão nasal, dor de garganta. **Doenças gastrointestinais: Comum:** boca seca. **Incomum:** náusea, dispepsia, desconforto abdominal. **Cutâneos e subcutâneos: Incomum:** dermatite alérgica. **Perturbações gerais e alterações no local de administração: Incomum:** astenia, fadiga, resíduos de medicamentos. **Interações medicamentosas:** Inibidores orais da anidrase carbônica. **Doses altas de salicilatos:** inibidores da anidrase carbônica podem causar desequilíbrio ácido-base e alterações eletrolíticas. **Depressores do SNC:** estudos de interações específicas da droga não foram conduzidos com Simbrinza® suspensão oftálmica, entretanto há possibilidade de se obter um efeito aditivo ou potencializador com depressores do SNC. **Anti-hipertensivos/glicosídeos cardíacos:** a brimonidina pode diminuir a pressão arterial. **Antidepressivos tricíclicos:** podem afetar o metabolismo e a absorção das aminas circulantes. **Inibidores de monoamina oxidases (MAO):** podem interferir com o metabolismo da brimonidina e potencialmente resultar em um aumento dos efeitos colaterais sistêmicos. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS - 1.0068.1131. **Informações completas para prescrição disponíveis à classe médica mediante solicitação. A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MEDICO DEVERA SER CONSULTADO.** Simbrinza® suspensão oftálmica é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. TDOC-0018982_version 1.0_Effective Date 20.feb.15. Data de realização do material no formato jan/2017.

Contraindicações: hipersensibilidade às substâncias ativas, a qualquer um dos excipientes ou às sulfonamidas; pacientes com insuficiência renal grave; neonatos e lactentes com idade inferior a 2 anos. **Interações Medicamentosas:** podem existir interações medicamentosas com: inibidores da anidrase carbônica por via oral, inibidor da monoamina oxidase (MAO), anti-hipertensivos e/ou glicosídeos cardíacos, salicilatos, depressores do sistema nervoso central, antidepressivos tricíclicos.

Referências: 1. Registro de nova associação. Simbrinza®. RE nº 101/2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan 2017. N. 11, seção 1, p. 16-21. 2. Bula do produto Simbrinza® suspensão oftálmica - Aprovada pela ANVISA em 16/01/2017. 3. 3º Consenso de Tratamento de Glaucoma Primário de Ângulo Aberto da Sociedade Brasileira de Glaucoma, 2009. 4. Gandolfi, S. A., Lim, J., Sanseau, A. C., Restrepo, J. C. P., Hamacher, T. (2014). Randomized trial of brinzolamide/brimonidine versus brinzolamide plus brimonidine for open-angle glaucoma or ocular hypertension. *Advances in therapy*, 31(12), 1213-1227. 5. Aung, T., Laganovska, G., Paredes, T. J. H., Branch, J. D., Tsohatzoglou, A., Goldberg, I. (2014). Twice-daily brinzolamide/brimonidine fixed combination versus brinzolamide or brimonidine in open-angle glaucoma or ocular hypertension. *Ophthalmology*, 121(12), 2348-2355. 6. Nguyen, Q. H. (2014). Combination of brinzolamide and brimonidine for glaucoma and ocular hypertension: critical appraisal and patient focus. *Patient preference and adherence*, 8, 853. 7. Todas as Combinações fixas de Prostaglandina e timolol disponíveis no mercado brasileiro possuem posologia de 1x ao dia - Fonte Bulário ANVISA.

Coragem e gentileza



Paulo Schor

é chefe do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina com atuação em ótica cirúrgica.

Adapto, reconheço e agradeço a sugestão de tema para esta coluna. “Hay que endurecer”, ser firme, mas cortês. No trato com gente (no nosso caso, pacientes), lapidamos as relações ao longo dos anos de prática. No início é mais difícil escapar da insegurança e seguir à risca cada protocolo, é a ordem. A tensão de estar fazendo “tudo certo” esteriliza a conversa. O temor do “erro” coloca mesas, aparelhos e palavras ininteligíveis entre o recém-chegado médico e os pacientes. Ainda não são “seus” pacientes.

Vários de nós param nessa parede e não aparecem de modo transparente. Somos radiologistas, cirurgiões ocupados ou gestores. Lidamos com máquinas e números. Melhoramos a qualidade de vida de muitas pessoas sem o contato humano. Essa escolha (que eventualmente é a única possível para determinadas personalidades), provavelmente atinge mais pessoas do que o cuidado individual. Um ótimo administrador impacta a vida de milhares. Precisamos de muitos e melhores! Um bom médico talvez toque a alma de um ser humano por vez.

Se desejarmos e conseguirmos ultrapassar a parede, sobrevivermos e resistirmos à tentação do monetarismo, teremos a chance de usar o tempo a nosso favor, e muito mais seguros e tranquilos, desfrutar desse delicioso meio de vida.

Ultimamente vemos muitas contas que chegam ao resultado de que não “vale a pena” ser médico. Especialmente o que trabalha no varejo e mais ainda em países com alto custo de formação. Nosso Brasil, indubitavelmente, rumo para uma educação mais cara, apesar da defesa intransigente de vários de nós, da universidade

pública. A missão de mudar rumos é o que deveria fazer “valer a pena” ser médico.

Essa escolha infelizmente não é percebida de antemão, e quando escolhemos e aceitamos precocemente tal missão, pulamos no escuro.

Os ótimos médicos, aqueles que têm sucesso pessoal, que dormem tranquilos, com certeza de estar no caminho, e frequentemente são acompanhados por leais pacientes, gostam muito do que fazem. Buscam a todo instante entender e ajudar os outros legitimamente. A amanesse (somos perguntadores) é continuamente realizada, e nos tornamos observadores treinados do comportamento. Entendemos as vergonhas alheias, pouco julgamos e escolhemos as soluções mais efetivas. Somos consequencialistas, diretos e corajosos.

Demora muito tempo até ter coragem de decidir e atuar no corpo e alma alheia. É uma responsabilidade imensa, que traz felicidade igualmente enorme, para ambas as partes. Protegemos os pacientes da inexperiência dos médicos muito jovens pela supervisão constante. A residência médica tem exatamente essa característica: treinamento sob supervisão. Pela alta complexidade das relações entre pessoas, ainda somos pouco corajosos aos vinte e poucos anos, e muitos de nós realizam aperfeiçoamentos ou especializações. Alguns até buscam mais segurança na pós-graduação, que não deveria ter essa finalidade.

A idade nos dá coragem responsável, e frequentemente vamos contraindicar procedimentos com risco maior e benefício duvidoso, ao ficarmos mais experientes. Tomar a decisão certa é ter coragem, e não tomar a decisão mais arrojada.

LENTE PERSONALIZADA? VOCÊ CONHECE?

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

Ao lado da coragem, excelentes médicos, aqueles que sempre são acompanhados pelos seus pacientes, independente de que parte da cidade atendam, são gentis. Também como forma de ouvir melhor e ser ouvido, praticamos e acreditamos que fomos selecionados entre os mais corteses. São palavras que acalmam, tom de voz baixo e macio, adaptação de termos e linguagem, e o que mais se fizer necessário para uma efetiva empatia com o paciente.

O tal “médico das antigas”, aquele que “não fala muito mesmo”, é o que tem sido questionado pelo paciente moderno, que tendo entendido o recado, agora pode escolher o que fazer, ciente das consequências. A separação de mundos quando atendemos é uma das partes mais difíceis da prática médica. Deixar as angústias e atrasos pessoais na sala de espera é desperdiçar o tempo de qualidade com cada pessoa. Saber o que nos incomoda e não transferir ao paciente esse estresse é o que torna o ambiente acolhedor.

Acabo indo aqui na contramão da deflação médica. Exalto um profissional caro na formação e pouco eficiente na quantidade de pacientes atendidos, mesmo porque o tempo de consulta é fundamental para se conseguir esse estado empático, mas me parece ser exatamente esse médico que o paciente ainda busca, e que vai continuar vivo entre as máquinas, e no imaginário.

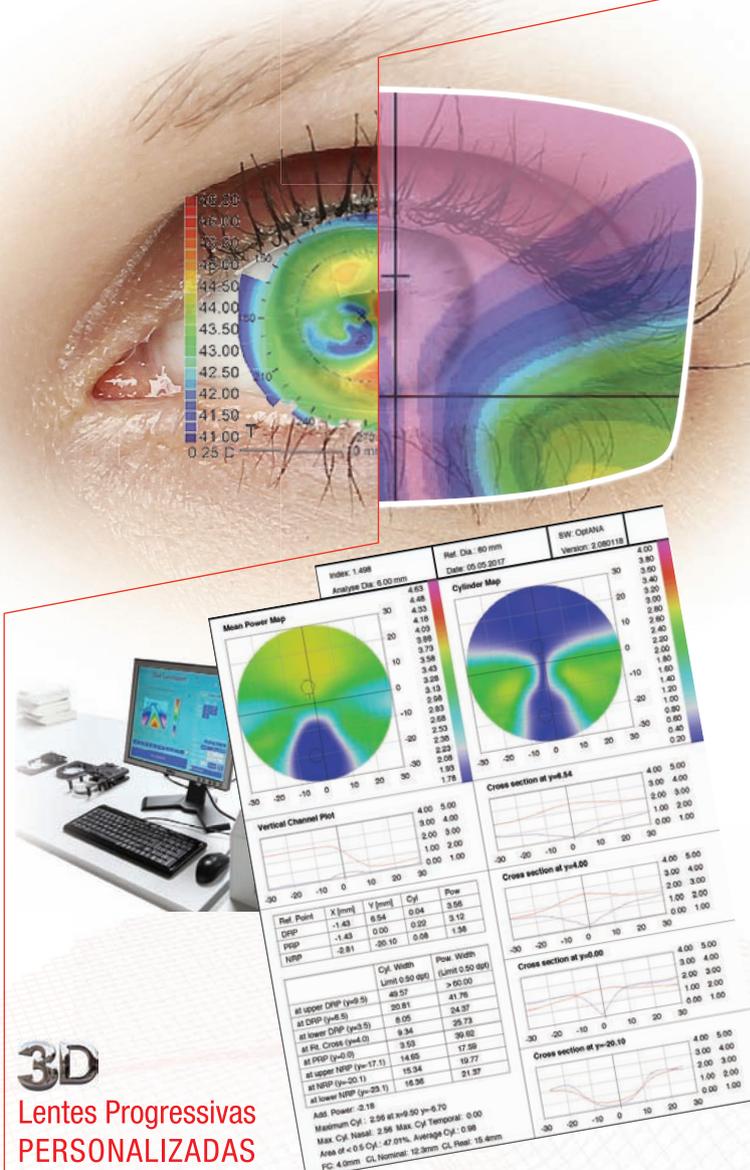
Sem dúvida a viabilidade econômica se impõe e isso provavelmente torna alguns sistemas de saúde mais rígidos (e menos gentis?), como vemos em instituições e países que se baseiam fortemente nos já citados protocolos. Nesses locais, o atendimento médico público é universalizado e rigidamente regulado. Claro que não é simpático ser tratado do mesmo modo, mesmo sendo diferente. Não é simpático, mas é viável e permite que mais gente possa ter acesso a cuidados ao invés de ser alijada. Reconheço e confirmo essa posição político-social. Aqui também rumamos para um atendimento menos diversificado, que vai diminuir o espaço para a prática personalizada.

O equilíbrio é complexo e inúmeras competências pessoais e fatores externos necessários para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Temos um longo tempo de maturação para se chegar na plenitude, gentil e corajoso. Claro que vale a pena. Vale encontrar seu médico em você. ■

Dúvidas, críticas, sugestões, fale comigo!
pontodevista@universovisual.com.br



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



3D Lentes Progressivas PERSONALIZADAS

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

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



www.3dprecision.com.br

11•3333•5858

Uma nova lente para quem faz uso frequente de aparelhos digitais

Laura Duprat Cardoso

Oftalmologista, formada pela Faculdade de Medicina da USP-SP e atua como Consultora de Assuntos Médicos, na Johnson & Johnson Vision

Baseado no artigo originalmente escrito por Marcella McParland, Brian Pall e Cristina Schneider, *New lens for demanding days*, descreve os conceitos de uma nova lente de descarte diário - ACUVUE OASYS® 1-Day com HydraLuxe™ - desenvolvida para ajudar os pacientes que apresentam um estilo de vida cada vez mais exigente.

Encontrar a lente de contato mais adequada para cada paciente é o principal objetivo da nossa prática diária. Pensando no sucesso dessa indicação, alguns fatores são fundamentais: exigências visuais, atitudes e estilos de vida do paciente, saúde ocular e sintomas.

Como profissionais da saúde ocular, sabemos que nenhuma lente de contato atende às necessidades de todos os pacientes, mas as pesquisas recentes nos ajudam a identificar diferentes grupos com base nas exigências e atributos de cada um.

Uma melhor compreensão das necessidades dos pacientes, somada a novos conceitos no desenho e tecnologia das lentes deixam a tarefa cada vez mais simples.

Essas informações embasam nossas indicações de forma mais sólida e nos permitem uma comunicação mais precisa e eficaz com os pacientes. As novas tecnologias são vitais para oferecer propriedades individuais e o desempenho que nossos pacientes merecem.

Neste artigo, analisamos os conceitos que estão por trás da nova lente de descarte diário ACUVUE OASYS® 1-Day com tecnologia HydraLuxe™, da Johnson & Johnson Vision Care Companies. Produzida na plataforma ACUVUE OASYS®, incorporaram-se recursos desenvolvidos especificamente para aqueles pacientes que usam frequentemente aparelhos digitais e que se beneficiariam da praticidade das lentes de descarte diário.

DESENHO INSPIRADO NO OLHO

As lentes de contato ACUVUE® e os métodos usados para avaliá-las são baseados no conceito de EYE-INSPIRED™ Design. Os cientistas e especialistas clínicos se baseiam na fisiologia do olho como ponto de referência para o desenvolvimento de novos produtos.

Este conceito já foi aplicado com sucesso a outras lentes ACUVUE® e, como veremos, ajudou a aperfeiçoar as tecnologias de ACUVUE OASYS® 1-Day a fim melhorar a interação da lente com o filme lacrimal e com a superfície ocular.

O que aprendemos com este conceito é que não existe uma solução única para todos. Apenas as exigências visuais e a frequência de descarte das lentes não definem as necessidades, uma vez que os pacientes não desejam as mesmas coisas e as necessidades são variadas e se sobrepõe. E, embora existam algumas distinções por região, as necessidades, no geral, são mais similares do que diferentes.

AMBIENTE, ATIVIDADES E SINTOMAS

Para avaliar a experiência no uso das lentes de contato durante o dia, a Johnson & Johnson Vision Care Companies se uniu à Kadence Internacional, uma empresa de pesquisa de mercado independente, para realizar um estudo com 243 usuários de lentes gelatinosas de 18 a 39 anos.¹

Quase 6 em cada 10 usuários (59%) experimentaram declínio no desempenho das lentes ao longo do dia (chamados de “Insatisfeitos”), muitas vezes com flutuação considerável em decorrência das atividades diárias, como por exemplo o uso de aparelhos digitais, e mudanças de ambientes desafiando a estabilidade do filme lacrimal (Figura 1).

Os “Insatisfeitos”, quando comparados aos que relataram manutenção no desempenho das lentes (os “Satisfeitos”), estavam mais propensos a apresentar 10 ou mais atividades durante o dia (36% vs 21%) e a mudar mais vezes de ambiente (média de 7,3 vs 5,8 mudanças).

A queda no conforto e na satisfação foi percebida igualmente entre usuários de lentes de descarte diário e de troca programada. Os sintomas predominantes relatados foram fadiga ocular (78%) e sensação de olhos secos (74%) (Figura 2).

É preciso fazer perguntas com cautela para identificar os “Insatisfeitos” pois, se estes não tiverem os “problemas” resolvidos, irão progredir de uma redução do tempo de uso confortável das lentes, para uma redução total do tempo de uso das lentes até a descontinuação do uso temporária ou permanente.²

Uma análise mais detalhada do ambiente, das atividades dos pacientes e dos sintomas apresentados, pode abrir um diálogo sobre a necessidade de migrar para uma lente de contato desenvolvida especificamente para superar esses desafios: ACUVUE OASYS® 1-Day.

O PAPEL DO FILME LACRIMAL

Assim como o entendimento das necessidades do pa-

ciente e da experiência no uso das lentes, os cientistas também obtiveram um maior conhecimento sobre como as lentes de contato interagem com a superfície ocular e com o filme lacrimal.³

Historicamente considerado uma estrutura simples de três camadas: camada de mucina, aquosa e lipídica, nos últimos 10 anos, pesquisas evidenciaram que sua estrutura é mais complexa.⁴⁻⁶

As mucinas da camada de base desempenham um papel essencial na proteção da superfície ocular, permitindo que as pálpebras deslizem sobre as células epiteliais da córnea. A camada aquosa contém além de água, eletrólitos, proteínas e enzimas que fornecem nutrição e hidratação à córnea, além de executar funções de defesa do olho. Já a camada lipídica é composta de camadas polares e não-polares que interagem entre si e com outros elementos do filme lacrimal para ajudar a lubrificar o olho e manter a hidratação.

Como veremos, esse novo entendimento tem papel fundamental no desenvolvimento das tecnologias incorporadas à ACUVUE OASYS® 1-Day. As lentes foram projetadas com propriedades similares às da lágrima, visando a estabilidade do filme lacrimal.

PAPEL DA ENERGIA FRICCIONAL

Recentemente, a tribologia – a ciência da interação entre superfícies em movimento – foi aplicada ao estudo dos fatores que influenciam no conforto durante o uso de lentes de contato.⁷ É intuitivo que, desconsiderando fatores específicos, quanto menos atrito entre a pálpebra e a lente de contato houver, mais confortável e menos sintomática será o uso das lentes, e há evidências que sustentam essa teoria.⁸

A energia friccional é um conceito estabelecido na física e foi aplicado às lentes de contato pela primeira vez.⁹ Essa energia friccional, acumulada ao piscar milhares de vezes sobre a superfície da lente de contato, é o produto entre a força de atrito exercida contra a pálpebra à medida que ela se move sobre o olho e a distância que ela percorre.¹⁰

O coeficiente de atrito (CoF) representa a relação entre a força de atrito que uma sonda sofre à medida que trafega sobre a superfície da lente de contato e a força normal aplicada à superfície da lente. Embora seja uma métrica útil para comparar materiais de lentes, o CoF é uma propriedade do material que não reflete realmente

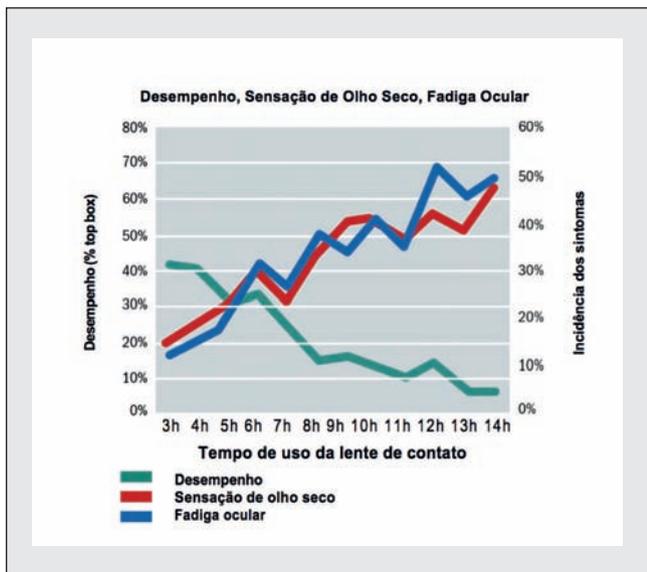


Figura 1: Correlação entre o desempenho das lentes de contato (eixo da esquerda) e sintomas de sensação de olhos secos e fadiga ocular (eixo da direita) dentre os Insatisfeitos (n=143)

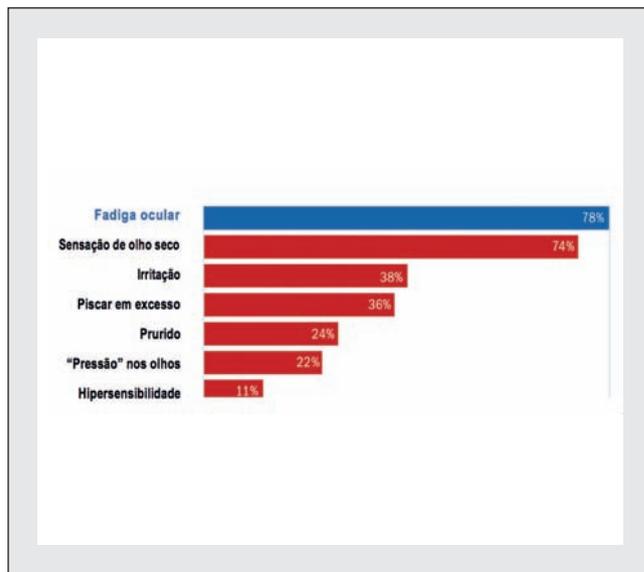


Figura 2: Frequência dos sintomas reportados nos "Insatisfeitos" (n=143)

o que acontece em um dia de uso e nem quanto a pápebra tem que trabalhar ao longo do tempo.

Manter um perfil de baixa energia friccional é uma consideração que vale ser aprofundada quando falamos da ciência por trás de ACUVUE OASYS® 1-Day.

ACUVUE OASYS® BRAND

Além de tecnologias inovadoras, as novas lentes usam como base o sucesso de ACUVUE OASYS®, a marca líder de vendas no mundo.¹¹ Em uma revisão de 14 estudos clínicos, ACUVUE OASYS® nunca foi superada em conforto.¹²

ACUVUE OASYS® também é líder em desempenho durante o uso de aparelhos digitais. Young et al¹³ readaptou 228 já usuários de lentes de hidrogel com as lentes ACUVUE OASYS® e comparou as respostas em relação ao conforto de indivíduos que "sempre" ou "frequentemente" usam suas lentes em ambientes com condições adversas ao conforto ocular. Após duas semanas de uso de ACUVUE OASYS®, o conforto em todos os ambientes aumentou significativamente.

Com ACUVUE OASYS® 1-Day, a Johnson & Johnson Vision Care Companies usa a força da marca

ACUVUE OASYS® para garantir que seu mais recente produto esteja disponível na modalidade de descarte diário para atender às necessidades dos pacientes que usam frequentemente aparelhos digitais e tem dias "exigentes".

DESENHO INSPIRADO NA LÁGRIMA

ACUVUE OASYS® 1-Day com tecnologia HydraLuxe™ traz para o mercado um novo conceito, um desenho inspirado na estrutura e na função do filme lacrimal. O material da lente, Senofilcon A, o mesmo polímero de silicone hidrogel (SiH) usado nas lentes ACUVUE OASYS®, é composto por uma rede aprimorada de moléculas semelhantes às da lágrima e por um silicone hidratado, que se integram ao filme lacrimal do paciente (Figura 3).

A tecnologia HydraLuxe™ contém uma rede aprimorada com um aumento do número de crosslinking, isto é, um aumento do número de ligações com a finalidade de reduzir a mucoadesividade da lente à superfície ocular¹⁴ e mimetizar melhor as mucinas naturais do olho.

A rede de moléculas semelhantes às da lágrima é uniforme por toda a lente, não simplesmente um revestimento, e funciona de forma consistente o dia todo, sem

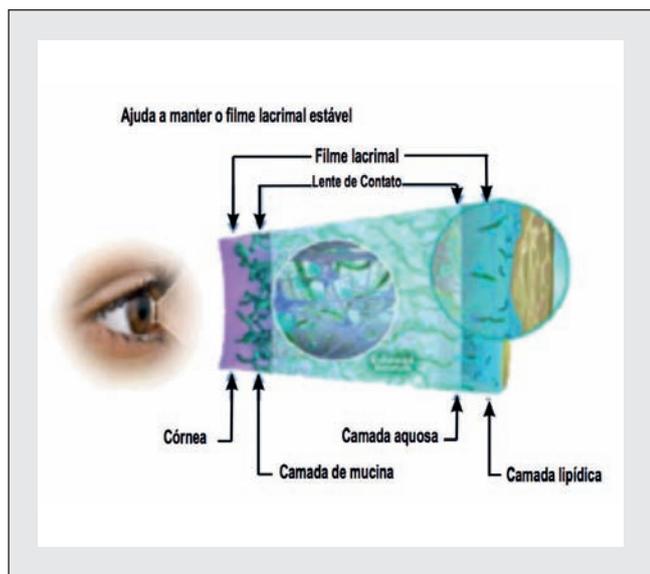


Figura 3: Uma rede aprimorada de moléculas semelhantes às da lágrima e um silicone hidratado se integram ao filme lacrimal do paciente

se perder com o piscar. Como o filme lacrimal é uma estrutura complexa, a tecnologia HydraLuxe™ incorpora as propriedades da lágrima ao material com o objetivo de lubrificar e umectar as lentes e auxiliar no conforto durante todo o dia.¹⁵

O agente umectante polivinilpirrolidona (PVP) se encontra distribuído de maneira uniforme por toda a lente. Na tecnologia HydraLuxe™, o PVP, foi especificamente formulado com um comprimento de cadeia e um alto peso molecular, e adicionado ao material para criar uma matriz que mimetiza as propriedades da mucina.¹⁵

Assim como ocorre com as mucinas presentes no filme lacrimal, o PVP da tecnologia HydraLuxe™ interage com os principais componentes do filme lacrimal. Essa capacidade decorre da natureza anfifílica (ou seja, hidrofílica e lipofílica) do PVP, que o permite se ligar à componentes hidrofílicos, tanto quanto à componentes hidrofóbicos.

A contínua lubrificação e umectabilidade proporcionada pelo PVP, aliada à modalidade de descarte diário, tornou ACUVUE OASYS® 1-Day uma lente que ajuda a manter o conforto do paciente durante todo o dia mes-

mo diante de aparelhos digitais, e reduzindo os sintomas de fadiga ocular.

Essa tecnologia, associada a uma superfície extremamente uniforme e suave, contribuem para um perfil de baixa energia friccional das lentes *in vitro* ao longo do tempo.

Uma menor energia friccional em um ambiente simulado de uso, tem correlação com um menor CoF que, por sua vez, está correlacionado à uma experiência confortável no uso das lentes.⁸ Reduzir o esforço ou o “trabalho” necessário no processo de piscar também ajuda a aliviar os sintomas de cansaço.

ESPECIFICAÇÕES DO PRODUTO

Os parâmetros da ACUVUE OASYS® 1-Day estão resumidos na Tabela 1. Além da tecnologia HydraLuxe™, a nova lente incorpora mais algumas mudanças em relação às lentes ACUVUE OASYS® de troca programada para otimizar o seu desempenho na modalidade de descarte diário.

ACUVUE OASYS® 1-Day tem uma nova solução do blister com um balanço eletrolítico (osmolaridade) mais próximo ao da lágrima para oferecer uma melhor sensação na colocação da lente todos os dias. A lente tem uma zona óptica aumentada para oferecer uma maior cobertura da pupila em diferentes condições de iluminação, o que pode melhorar o desempenho da visão em alguns pacientes. Além disso, um maior diâmetro (14,3 mm) para uma melhor cobertura da córnea e centralização. E assim como, ACUVUE OASYS®, as novas lentes possuem bloqueio contra raios UV classe 1.

CONCLUSÕES

Os pacientes que fazem uso de aparelhos digitais com frequência precisam de lentes de contato que possam suportar esta atividade e as mudanças de ambiente. ACUVUE OASYS® 1-Day é uma lente de descarte diário que atende à estas necessidades todos os dias.

A nova lente usa como base o sucesso da marca ACUVUE OASYS®, nunca superada em conforto, e oferece um novo produto que vem atender às necessidades dos pacientes e dar mais suporte aos profissionais da saúde ocular.

A tecnologia HydraLuxe™ confere à ACUVUE OASYS® 1-Day um desenho inspirado na estrutura e na função do filme lacrimal. Uma rede aprimorada de moléculas semelhantes às da lágrima e um silicone hidratado se integram ao filme lacrimal do paciente a cada dia.

lentes de contato

Tabela 1. Especificações do produto

Material da lente	Senofilcon A, silicone hidrogel
Tecnologia de umectabilidade	Tecnologia HydraLuxe™, agente umectante PVP integrado à matriz
Diâmetro	14.3 mm
Curva base	8.5 mm
Dioptrias disponíveis	-0.50D a -6.00D (em passos de 0.25D) -6.50D a -12.00D (em passos de 0.50D) +0.50D a +6.00D (em passos de 0.25D) +6.50D a +8.00D (em passos de 0.50D)
Conteúdo de água	38%
Espessura central	0.085 mm (-3.00 D)
Transmissibilidade de oxigênio (Dk/t)*	121 x 10 ⁻⁹ (-3.00 D)
Fluxo de oxigênio† (% disponível para a córnea central)	98% (olhos abertos)
Bloqueio UV**	Classe 1 (99% UVB, 96% UVA)
Tinta de visibilidade	Sim
Marca de inversão	Sim (123)
Esquema de descarte	Uso único: descarte diário
Esquema de uso	Uso diário
Embalagem	Caixa com 30 lentes

* Transmissibilidade de oxigênio no centro da lente de -3,00D, determinado por método polarográfico (limites e bordas corrigidos). Unidades: (cm/s) (ml O₂/ml x mmHg) a 35°C.

† % de oxigênio disponível para a córnea central (olhos abertos) quando comparado ao estado sem lentes (100%).
Brennan NA. Beyond flux: Total corneal oxygen consumption as index of corneal oxygenation during CL wear.
Optom Vis Sci 2005;82(6):467-72

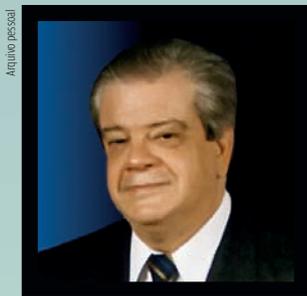
** Ajuda a proteger contra a transmissão da radiação UV prejudicial para a córnea e olhos.

Baseado em artigo originalmente publicado como: McParland et al. New Lens for Demanding Days. Optician(2016) 251; 6555: 24-28. Referências disponíveis através do e-mail lcardos1@its.jnj.com, com Dra. Laura Duprat Cardoso, Consultora de Assuntos Médicos da Johnson & Johnson Vision. ■

Este artigo tem apoio educacional da Johnson & Johnson Vision

Relato de caso com participação oftalmológica

Síndrome autoimune linfoproliferativa (ALPS – Autoimmune Lymphoproliferative Syndrome)



Roberto Abdalla Moura
BH Olhos – Minas Gerais

Existem muitas enfermidades do segmento posterior do olho de origem inflamatória e muitas síndromes de origem desconhecida ou pouco conhecidas, genéticas, muitas delas que precisam de maior entendimento médico geral e ocular, em particular.

Muitas destas doenças são tratadas empiricamente ou não com anti-inflamatórios, corticosteroides e imunossuppressores, citotóxicos e não citotóxicos.

A doença em questão geralmente aparece após o uso de corticoides, o que pode ser considerado como uma reação adversa, isto é, iatrogênica, ou como um “trigger” (gatilho). Para iniciar uma sequência de eventos em pacientes geneticamente predispostos.

A apoptose induzida por antígenos para os linfócitos mantém a homeostase imunológica, limitará o acúmulo dos mesmos e diminuirá as reações contra os antígenos “self”.

Nestas síndromes, as manifestações são de adenopatia e esplenomegalia crônica não maligna; expressão de uma população incomum de CG-4–CD8, células T e desenvolvimento de doença autoimune. A maioria dos casos envolve mutações heterozigóticas na superfície linfocitária da proteína Fas (CD 95, APO 1) e isto impede o “pathway” apoptótico.

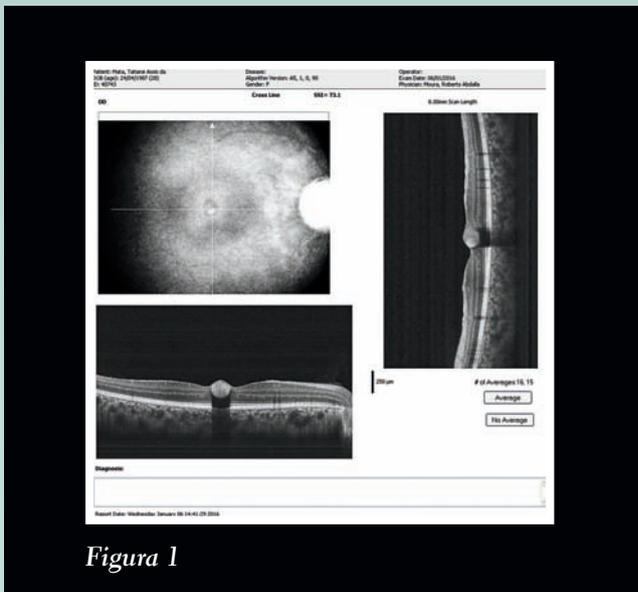


Figura 1

RELATO DE CASO

Paciente TAM de sexo feminino, dentista, com 28 anos de idade, examinada em junho de 2016, referendada pela Dra. Viviane Ribeiro de Freitas, do Hospital Mater Dei de Belo Horizonte. Estudos hematológicos e genéticos prévios feitos em São Paulo, Brasil.

A paciente apresentou piora visual súbita no seu olho



Figura 2

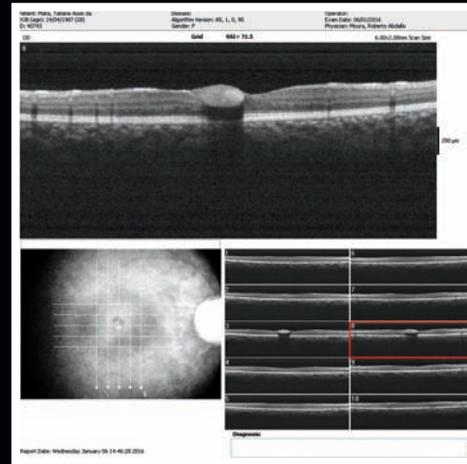


Figura 3

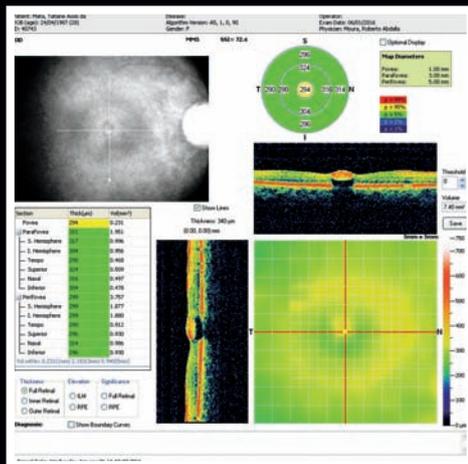


Figura 4

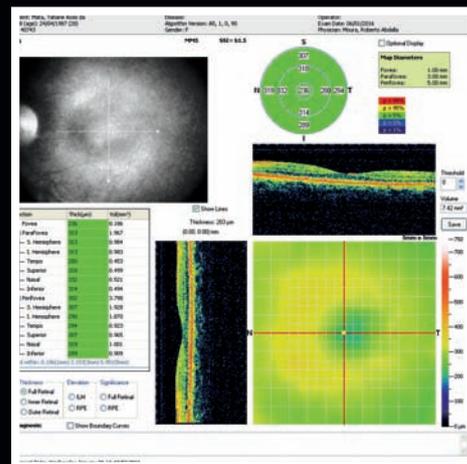


Figura 5

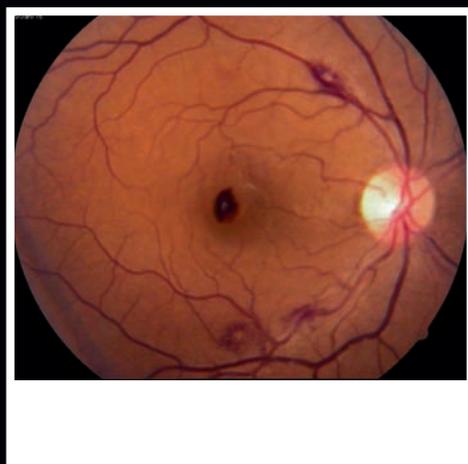


Figura 6

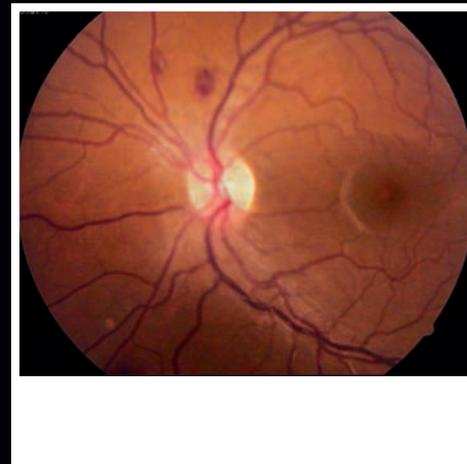


Figura 7



Figura 8



Figura 9

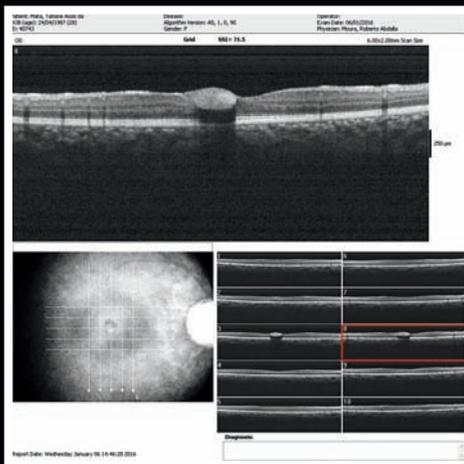


Figura 10

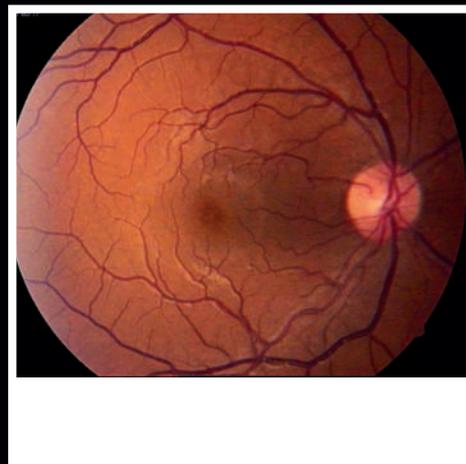


Figura 11

funcional melhor, após sessão de pulsoterapia. Visão nesse olho melhor de 20/400. Medicamentos: prednisona 20 mg/dia e várias doses de imunoglobulina injetáveis. Fundoscopia mostrava várias hemorragias retinianas superficiais bilaterais. Figuras 2 a 8: OCT espectral mostra que a hemorragia central do OD ocupava exatamente o centro da fóvea, superficialmente e que melhorou após algumas semanas.

O exame oftalmológico mostrava supressão do OE, com visão de 20/100 e estrabismo convergente e vertical D/E (10 prismas de Et no OD e 4 no OE). A ambliopia no OE era por catarata congênita, bem como a supressão do mesmo olho (Figura 9).

Estado geral apresentava esplenomegalia com neu-

tropenia graves. Voltou à consulta após um ano e depois de ter sido esplenectomizada no Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, em 22/03/2016.

Atualmente toma AAS de 81 mg/dia e o quadro hematológico melhorou bastante.

OD agora apresenta-se sem hemorragias, com 20/25 de visão neste olho, sem correção; OE estável (Figura 11).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Smeller MC, Dela Janet K and Straus SE. Current Opinion in Rheumatology. July 2009;15(4):417-421.
- Ucar D, Bishop RJ, Nussenblatt RB, Rao UK et al. Ocular inflammatory disorders in autoimmune lymphoproliferative syndrome. PubMed may 2016;1-7. ■

Os vários aspectos da conjuntivite

Uma discussão sobre as várias causas da conjuntivite e as novas abordagens terapêuticas em desenvolvimento

Mark B. Abelson

MD, CM, FRCSC, FARVO – professor clínico de oftalmologia na Faculdade de Medicina de Harvard

Aron Shapiro

Vice-presidente da empresa de consultoria oftalmológica Ora

Connie Slocum

Redator médico da Ora

David A. Hollander

MD, MBA, Andover, Mass – diretor médico da Ora e professor clínico adjunto de oftalmologia no Jules Stein Eye Institute da Universidade da Califórnia em Los Angeles

Adaptado do artigo “The Many Shades of Pinkeye - A discussion of the various causes of conjunctivitis, and new therapeutic approaches on the horizon”, publicado na Review of Ophthalmology, de janeiro de 2017.

Em nenhum lugar as práticas da medicina de cuidados básicos e da oftalmologia se sobrepõem mais do que no diagnóstico e tratamento da conjuntivite, a inflamação patológica da conjuntiva. A condição se manifesta de várias formas; pode ser devida a agentes infecciosos, alérgenos, exposição a substâncias químicas ou irritativas, ou trauma físico.

Nos países ocidentais, a conjuntivite infecciosa é comum, com uma incidência anual de 15 por 1.000 pacientes na clínica geral.¹ Embora os eventos de conjuntivite em sua maioria sejam tratados na clínica geral, podem surgir complicações por infecção viral ou bacteriana, causando condições ameaçadoras à visão.²

A conjuntivite é também um problema de saúde importante nos países em desenvolvimento, especialmente em áreas com abastecimento público de água

precário. Fora dos Estados Unidos, estima-se que os casos de conjuntivite afetem mais de 30 milhões de pessoas, devido à natureza altamente contagiosa das formas infecciosas e às precárias condições de saneamento, que levam a ciclos repetidos de infecção. Um exemplo disso é o tracoma, uma conjuntivite bacteriana que é a causa de cegueira mais prevenível em todo o mundo; estima-se que o tracoma seja responsável por ~2 milhões de casos de cegueira ou comprometimento visual.³

Embora seja raro nos Estados Unidos, os efeitos devastadores do tracoma e de outras infecções conjuntivais servem para nos lembrar de que essas doenças aparentemente inócuas podem ter sérias complicações. Este mês, examinamos o padrão atual de cuidados e as últimas tendências relativas a esta doença ocular muito comum, com foco particular em suas formas virais.



Figura 1: O tratamento com esteroides em presença de conjuntivite viral pode aumentar a latência do vírus, prolongando a infecção.



Figura 2: Aedes aegypti, o mosquito que transporta o vírus Zika. Entre seus muitos outros sinais e sintomas, a Zika também pode causar conjuntivite em indivíduos infectados.

Imagens Reprodução

IDENTIFICANDO OS AGENTES INFECCIOSOS

A conjuntivite infecciosa é particularmente prevalente na população pediátrica, onde se estima que uma em cada oito crianças em idade escolar irá apresentar um episódio todos os anos.⁴ A natureza contagiosa dessas infecções significa que crianças diagnosticadas com conjuntivite devem se ausentar da escola e procurar tratamento. Na realidade, os casos de conjuntivite mostraram ser a principal causa de ausências em creches e escolas, o que afeta diretamente o tempo de trabalho dos pais.⁵ Os surtos tendem a ser rápidos e difusos, graças à natureza extremamente contagiosa da doença; a importância de uma higiene rigorosa não pode ser demasiadamente enfatizada nessas situações. Este aspecto da doença causa um impacto importante na produtividade devido às perdas de tempo no trabalho e às visitas médicas, que representam um ônus econômico significativo para a sociedade.

Os pacientes acometidos por conjuntivite infecciosa em geral apresentam hiperemia bilateral juntamente com outros sinais, como secreção ocular, lacrimejamento, quemose, prurido, dor ou irritação. Alguns pacientes podem também apresentar edema palpebral ou fotofobia, hemorragia petequial, folículos na conjuntiva tarsal ou no fórnix conjuntival e linfadenopatia pré-auricular.⁶⁻⁹ Outros sinais associados a uma infecção viral, ao invés

de bacteriana, são linfonodos pré-auriculares ou submandibulares palpáveis.⁷ As infecções virais também podem produzir folículos causados por uma resposta linfocítica da conjuntiva.⁷ É importante observar que esses folículos diferem das papilas, que são formadas por feixes de capilares conjuntivais que se dilatam durante algumas outras doenças oculares, como conjuntivite papilar gigante.

Embora existam muitos sinais e sintomas que se sobrepõem entre as formas bacteriana e viral de conjuntivite, a natureza da secreção é tipicamente a principal característica diagnóstica. Para diferenciar entre as formas viral e bacteriana de conjuntivite, é geralmente aceito que uma secreção espessa e purulenta está associada à conjuntivite bacteriana, enquanto uma secreção aquosa é mais característica da conjuntivite viral.^{7,8}

Especificamente, se o olho apresenta uma secreção viscosa e opaca, então é mais provável a presença de uma infecção bacteriana; sem isso, é mais provável estar ocorrendo uma infecção viral. Os exames laboratoriais que confirmam esses diagnósticos em geral não são necessários, mas um swab de cultura da conjuntiva antes do início do tratamento pode ser útil.¹⁰ O uso de um teste rápido de antígeno realizado no consultório pode ajudar a prevenir o uso inadequado de antibióticos, devido à sua precisão na identificação de uma infecção

viral por um grupo de vírus-adenovírus - responsáveis por 65% a 90% de todos os casos de conjuntivite viral.¹⁰ O teste de antígeno realizado no consultório mostrou ser altamente específico (~95%), embora os laudos de sensibilidade do teste tenham sido mais variáveis.^{11,12} O valor desses testes é que eles evitam o uso desnecessário de antibióticos, que não são necessários em nossas terapias para infecções virais.

Embora muitos pacientes visitem um médico com a esperança de receber tratamento para uma rápida recuperação, não há atualmente nenhum tratamento específico para a forma viral da conjuntivite infecciosa. O tratamento envolve tipicamente o uso de compressas frias, colírios lubrificantes em forma de lágrimas artificiais, descongestionantes oculares e educação para a prevenção da transmissão do vírus através da lavagem frequente das mãos.^{10,13} Na maioria dos casos, os antivirais se mostraram ineficazes no tratamento da conjuntivite viral; a exceção a isso é o caso das infecções virais por herpes simples, responsáveis por 1% a 5% de todos os casos de conjuntivite aguda. Os antivirais como aciclovir, trifluridina e valaciclovir mostraram tratar eficazmente as infecções por herpesvírus.⁹

Embora os corticosteroides sejam frequentemente prescritos para atenuar a inflamação associada a vários distúrbios oculares, o uso de esteroides em monoterapia no tratamento da conjuntivite viral não é atualmente recomendado. Foi mostrado que o tratamento com esteroides, mesmo durante um curto período de tempo, pode de fato prolongar o tempo de excreção viral e/ou aumentar a latência do vírus, consequentemente prolongando o curso da infecção.⁷ Acredita-se que os esteroides possam exercer este efeito na infecção viral devido à sua interação com processos celulares associados ao sistema imunológico, impedindo desta forma que as células imunológicas erradiquem completamente o vírus. Produtos combinados, como FST-100 (Shire), que incluem um esteroide e um agente anti-infeccioso (iodopovidona), podem fornecer os benefícios dos esteroides sem preocupação com a duração prolongada da doença.

ALÉM DO ADENOVÍRUS

Embora as infecções virais em sua maioria sejam devidas a membros da família do adenovírus, há uma tremenda diversidade de tipos de vírus que infectam o olho.¹³ Existem mais de 40 tipos de adenovírus que causam condições, inclusive resfriados, doenças gastrointestinais, conjuntivite ou condições oculares mais sérias. As manifestações oculares das infecções por adenovírus incluem febre faringoconjuntival, ceratoconjuntivite epidêmica, conjuntivite folicular aguda não específica e ceratoconjuntivite crônica. Outros vírus conhecidos por causar conjuntivite incluem o vírus da imunodeficiência humana, o vírus varicela-zóster e o vírus Epstein-Barr.^{12,13}

Outro vírus que foi objeto de grande debate público no ano passado é o Zika vírus.¹⁴ O Zika é um vírus RNA transmitido por mosquito, relacionado aos vírus associados à dengue, à febre amarela e ao vírus do Nilo Ocidental. O vírus atraiu a atenção pública durante os Jogos Olímpicos do Brasil devido à sua associação com anormalidades congênitas em bebês de mães infectadas. Os pacientes infectados com Zika são em sua maioria assintomáticos, mas aqueles infectados que apresentam características da doença manifestam vários sintomas, incluindo conjuntivite, febre, erupção maculopapular e dor nas articulações.¹⁴ Embora a doença

ainda seja rara nos Estados Unidos, as taxas aumentadas de incidência do Zika em alguns Estados do sul sugerem que a infecção pelo Zika pode precisar ser considerada como uma possível causa de casos de conjuntivite de etiologia desconhecida que ocorrem naquelas regiões.

Além de sua associação com a conjuntivite, um modelo do Zika em camundongo demonstrou que o vírus estava presente nas lágrimas, sugerindo que o Zika pode ser secretado pela glândula lacrimal ou excretado pela córnea.¹⁵ Além disso, foi demonstrado que o Zika infectava a íris, a retina e o nervo óptico, levando a pan-uveíte e neurorretinite, além de conjuntivite. Essas observações são uma reminiscência de outra epidemia viral recente, o surto do Ebola na África Ocidental em 2014. Obviamente, o Ebola é muito diferente do Zika: é um vírus que



Embora muitos pacientes visitem um médico com a esperança de receber tratamento para uma rápida recuperação, não há atualmente nenhum tratamento específico para a forma viral da conjuntivite infecciosa

causa febre hemorrágica que se dissemina sem um inseto vetor, afetando principalmente o sistema gastrointestinal, onde frequentemente é fatal sem cuidados de suporte significativos. Apesar dessas diferenças, um caso bem documentado de um sobrevivente do Ebola relatou que um paciente convalescente apresentou uveíte;¹⁶ subsequente a isto, o acompanhamento identificou 57 sobreviventes do Ebola com uveíte, sugerindo que o vírus infeccioso ou RNA viral no olho pode ter desencadeado esta complicação.¹⁷ Talvez alguns aspectos da fisiologia ocular deixem o olho suscetível à infiltração e/ou retenção virais e, portanto, qualquer conjuntivite viral pode envolver este mesmo risco.

O ciclo de vida dos vírus envolve uma fase de crescimento e montagem intracelular e uma fase de lise celular, onde os vírus recém-formados são liberados para infectar outras células. Este tipo de ciclo de vida significa que é mais difícil eliminar uma infecção viral, uma vez introduzido o vírus; alguns vírus permanecem latentes em um estágio não proliferativo dentro da célula hospedeira, prolongando ainda mais seu período de habitação. Essas interações hospedeiro-patógeno, juntamente com o grupo alta e geneticamente diverso de vírus que podem induzir conjuntivite, complicaram a descoberta de terapias eficientes para as infecções virais.

Uma nova e promissora abordagem terapêutica para o tratamento da conjuntivite viral é representada pelo OKG-0301 (Okogen, Encinitas, CA). Enquanto a maioria dos fármacos antivirais age por meio da inibição da biossíntese do ácido nucleico, o OKG-0301 é uma ribonuclease que age inibindo a replicação viral, interferindo na síntese de proteínas virais. O OKG-0301 também interfere na resposta inflamatória inibindo o NF- κ B, um regulador da transcrição que constitui um sinalizador importante no processo inflamatório.

Outro produto novo em desenvolvimento, o APD-209 (Adenovir Pharma, Helsingborg, Suécia), está sendo desenvolvido para o tratamento da ceratoconjuntivite epidêmica, impedindo a ligação adenoviral e a entrada nas células. Esses exemplos de novas terapias são particularmente estimulantes, uma vez que representam novas estratégias mecanicistas na concepção de fármacos antivirais.

Por outro lado, essas epidemias virais recentes reestimulam os esforços experimentais, proporcionando um reforço muito necessário à pesquisa de novas terapias antivirais. Espera-se que este interesse renovado leve a maneiras mais eficazes de tratar e eliminar todas as condições virais, inclusive as infecções oculares virais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rietveld RP, G. ter Riet, Bindels PJ et al. The treatment of acute infectious conjunctivitis with fusidic acid: A randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2015;55:521:924-930.
2. Collin HB, Abelson MB. Herpes simplex virus in human cornea, retro-corneal fibrous membrane, and vitreous. *Arch Ophthalmol*. 1976 Oct;94:10:1726-9.
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs382/en/> Acessado em 2 dez 2016.
4. Rose PW, Harnden A, Brueggemann AB et al. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet*. 2005;366:9479:37-43.
5. Patel PB, Diaz MC, Bennett JE and Attia MW. Clinical features of bacterial conjunctivitis in children. *Acad Emerg Med*. 2007;14:1:1-5.
6. <http://www.aoa.org/documents/CPG-11.pdf>. acessado em 18Nov2016
7. Azari AA and Barney NP. Conjunctivitis: A systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA* 2013;310:16:1721-1729.
8. Jackson WB. Differentiating conjunctivitis of diverse origins. *Surv Ophthalmol* 1993;38:591.
9. Morrow GL, Abbot RL. Conjunctivitis. *AM Fam Physician* 1998;57:4735-46.
10. Jhanji V, Chan TC, Li EY, Agarwal K, Vajpayee RB. Adenoviral Keratoconjunctivitis. *Surv Ophthalmol*. 2015;60:5:435-43.
11. Kam KY, Ong HS, Bunce C, Ogunbowale L, Verma S. Sensitivity and specificity of the AdenoPlus point-of-care system in detecting adenovirus in conjunctivitis patients at an ophthalmic emergency department: A diagnostic accuracy study. *Br J Ophthalmol*. 2015;99:9:1186-9.
12. <https://www.aoa.org/preferred-practice-pattern/conjunctivitis-ppp--2013> acessado em 18 Nov 2016.
13. Newman H and Gooding C. Viral ocular manifestations: A broad overview. *Rev Med Virol* 2013;23:281-294.
14. Murray JS. Understanding Zika virus. *J Spec Pediatr Nurs*. 2016 Nov 9. [Epub no prelo]
15. Miner JJ, Sene A, Richner J et al. Zika virus infection in mice causes panuveitis with shedding of virus in tears. *Cell Reports* 2016;16:12:3208-3218.
16. Varkey JB, Shantha JG, Crozier I et al. Persistence of Ebola virus in ocular fluid during convalescence. *N Engl J Med* 2015;372:2423-2427.
17. Tiffany A, Vetter P, Mattia J et al. Ebola virus disease complications as experienced by survivors in Sierra Leone. *Clin Infect Dis* 2016;62:1360-1366. ■

Série de casos: cirurgia de catarata em pacientes com uveítes

Sergio Canabrava, Letícia Bernardino, Gabriella Lopes,
Thais Batisteli, Wagner Duarte Batista e Wilton Feitosa

Departamento de Glaucoma e Catarata da Santa de Casa de Belo Horizonte

A catarata é uma das complicações mais comuns das diversas formas de uveíte. O aparecimento precoce da catarata nos portadores dessa patologia é atribuído principalmente à inflamação ocular e à corticoterapia utilizada para realizar seu controle. A cirurgia nesse contexto continua sendo um grande desafio aos oftalmologistas. A existência de ceratopatia em faixa, edema corneano, sinéquias posteriores, pupila pequena e membrana pupilar limita a visualização e o acesso cirúrgico em muitos casos. Geralmente há exuberante resposta inflamatória no pós-operatório, sendo comum encontrar sinéquias posteriores, glaucoma agudo por bloqueio pupilar, opacidade de cápsula posterior, edema macular cistoide, entre outras complicações.

O melhor entendimento da fisiopatologia das uveítes, o desenvolvimento de melhores técnicas microcirúrgicas e o aumento da habilidade de controle da inflamação intra e pós-operatória imediata proporcionaram melhores resultados cirúrgicos na atualidade. Ainda assim, o resultado final é dependente do tipo e extensão da uveíte, da escolha do momento cirúrgico, dos cuidados pré e pós-operatórios e da técnica cirúrgica eleita.

Frente a não existência de um consenso sobre o melhor manejo pré, intra e pós-operatórios ou sobre a técnica cirúrgica, apresentaremos resultados preli-

minares e sugestão de condução desses pacientes. As informações são balizadas por uma série de casos de 20 olhos de pacientes portadores de uveítes e submetidos à cirurgia de catarata na Clínica de Olhos da Santa Casa de Belo Horizonte e acompanhados pelo Departamento de Uveítes desse mesmo serviço. Foram incluídos pacientes com síndrome de Vogh-Koyanagi-Harada (VKH), sarcoidose, toxoplasmose, tuberculose, uveíte intermediária e uveíte idiopática.

Em nossa experiência, os pacientes portadores de síndrome de VKH e os pacientes mais jovens, principalmente AIJ, apresentaram resposta inflamatória aumentada em relação aos pacientes portadores de sarcoidose, tuberculose ou uveíte idiopática. A experiência no manejo desses pacientes no pré, intra e pós-operatório proporcionou o estabelecimento de condutas em cirurgia de catarata e uveíte adotadas pela equipe do Ambulatório de Casos Complicados do Departamento de Glaucoma e Catarata da Santa Casa de Belo Horizonte. Este artigo foi dividido em: tópicos relevantes, conduta pré-operatória, conduta intraoperatória, conduta pós-operatória e relato de caso.

TÓPICOS RELEVANTES

Existem tópicos que são considerados determinantes no planejamento da cirurgia com uveíte. São eles o pe-

RESULTADOS PRELIMINARES

TOTAL DE OLHOS OPERADOS	20	
IMPLANTES EM SACO CAPSULAR	15	VKH, toxoplasmose, uveíte idiopática,
IMPLANTES DE LIO EM SULCO CILIAR COM CAPTURA DE ZONA ÓPTICA PÓS-ROTURA DE CÁPSULA POSTERIOR	2	Uveíte idiopática e VKH
PACIENTE AFÁCICO COM SACO CAPSULAR PRESERVADO	1	VKH
PACIENTE AFÁCICO SUBMETIDO A FACECTOMIA INTRACAPSULAR	2	VKH e uveíte idiopática

CONDUTA PRÉ-OPERATÓRIA ATUAL DO AMBULATÓRIO DE CASOS COMPLICADOS DO DEPARTAMENTO DE GLAUCOMA E CATARATA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

PERÍODO DE INATIVIDADE DA UVEÍTE	Três meses
IMPLANTES EM SACO CAPSULAR	VKH, toxoplasmose, uveíte idiopática, sarcoidose e uveíte intermediária
CORTICOIDE PRÉ-OPERATÓRIO	Aproximadamente de 1 mg/kg entre 7 a 10 dias antes da cirurgia
IMPLANTE DE LIO	Em todos os casos, exceto em uveíte por artrite idiopática juvenil, que ainda é controverso, devendo ser avaliado caso a caso

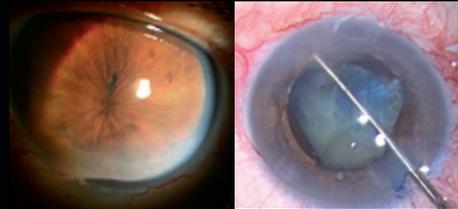


Figura 1: Pacientes em que foi possível utilização de anel expansor Canabrava Ring®. O paciente não apresentava fibrose entre íris-cápsula-cristalino. Após estiramento pupilar, o esfíncter estava preservado.



Figura 2: Neste caso é possível observar claramente a massa brancacenta no centro da pupila, que indica o grande tecido fibrótico unindo íris, cápsula e cristalino. Não foi possível preservar a anatomia do esfíncter iriano.



Figura 3: Imagem exemplificando o manejo de sinéquias anteriores com espátula de íris.



Figura 4: Imagem da esquerda exemplificando uma crise hipertensiva, secundária a bloqueio pupilar, no 1º DPO de um paciente de 12 anos com uveíte intermediária que não havia sido submetido à iridectomia intraoperatória. A imagem da direita mostra a sua recuperação imediata após realização da iridotomia com Yag laser, inclusive com recuperação da transparência corneana.



Figura 5: Biomicroscopia OE
- Sinéquias posteriores e membrana pupilar AO



Figura 6: Imagem apresentando os principais passos da cirurgia. Observe como o Canabrava Ring® permite uma ótima exposição, facilitando a facoemulsificação e preservando a anatomia do esfíncter no pós-operatório.

ríodo de inatividade da doença, o uso de corticoterapia pré-operatória e o implante da LIO.

A escolha do momento cirúrgico ideal pode ser crucial para o sucesso da cirurgia. Recomendam-se no mínimo três meses de inatividade da doença previamente ao ato cirúrgico.

Sete a dez dias antes da cirurgia deve-se iniciar corticosteroides sistêmicos em doses imunossupressoras (aproximadamente de 1 mg/kg) em todos os pacientes com quadro autoimune.

O implante da LIO é um ponto controverso. Alguns especialistas em uveíte não o recomendam, enquanto outros, sim. Os estudos atuais mostram bons resultados com implante da LIO, desde que realizado em pacientes selecionados com uveíte bem controlada por no mínimo três meses. Entretanto, é importante ressaltar que ainda é controverso o implante de LIO em pacientes com artrite reumatoide juvenil, apesar de surgirem cada vez mais trabalhos indicando a implantação. Essa série de casos não contempla pacientes com essa patologia.

CONDUTA NO INTRAOPERATÓRIO

O cirurgião deve contar com um arsenal de instrumentos cirúrgicos à disposição para manejo de qualquer dificuldade ou complicação cirúrgica intraoperatória. Retratores, anéis expansores, tesoura de Vannas, tesoura de retina são alguns deles. Os pontos de maior importância no intraoperatório são: manejo da pupila pequena, sinéquias anteriores e realização de iridectomia.

Com relação ao manejo da pupila pequena, a nossa escolha é sempre pelo uso de anel expensor de íris, pois esses pacientes apresentam íris atróficas, flácidas e com sinéquias. Esses são fatores que aumentam a chance de lesão iriana e de hérnia intraoperatória ou ao final da cirurgia, pois para a inserção dos retratores irianos é necessária a realização de quatro paracenteses extras, além do maior trauma causado no esfíncter da íris.

Os dois principais fatos que impedem o uso de anel expensor de íris são: perda da anatomia do esfíncter iriando secundário à inflamação ou fibrose e grande sinéquia-fibrose entre íris - cápsula anterior - cristalino.

As sinéquias anteriores pré-operatórias devem sempre ser retiradas no início do procedimento. Esse procedimento diminui o risco de descompensação corneana durante a cirurgia. Recomendamos a utilização de uma simples espátula de íris.

Por fim, estamos realizando iridectomia intraoperatória com o intuito de prevenção de bloqueio pupilar

PACIENTES COM USO DE ANEL EXPANSOR DE ÍRIS - CANABRAVA RING®	16
PACIENTES COM USO DE RETRATORES IRIANOS	4

CONDUTA INTRAOPERATÓRIA ATUAL DO AMBULATÓRIO DE CASOS COMPLICADOS DO DEPARTAMENTO DE GLAUCOMA E CATARATA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

MANEJO DA PUPILA PEQUENA	Preferência para anel expansor de íris
SINÉQUIAS ANTERIORES	Sempre o primeiro passo que deve ser realizado
IRIDECTOMIA INTRAOPERATÓRIA	Realizada de rotina nos últimos casos

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA ATUAL DO AMBULATÓRIO DE CASOS COMPLICADOS DO DEPARTAMENTO DE GLAUCOMA E CATARATA DA SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

REDUÇÃO DO CORTICOIDE	0,1 mg/kg/semana
RETORNOS	Devem ser frequentes, muitas vezes acontecendo diariamente na primeira semana, devido
IRIDECTOMIA INTRAOPERATÓRIA	Realizado de rotina nos últimos casos

inflamatório no pós-operatório, que estava ocorrendo com uma frequência relevante nos primeiros casos desta série.

CONDUTA NO PÓS-OPERATÓRIO

Um ponto de grande importância no pós-operatório é a redução do corticoide. Ela deve ser realizada lentamente, cerca de 0,1 mg/kg/semana. Os retornos

devem ser frequentes e em curto espaço de tempo para acompanhamento da inflamação e da pressão intraocular. A formação de sinéquias posteriores é frequente, podendo causar seclusão pupilar, íris em bombé e glaucoma agudo. Nesses casos, a iridotomia com Yag laser deve ser prontamente realizada, caso a iridectomia intraoperatória não tenha sido realizada ou não esteja pérvia.

Por fim, outro ponto importante é a variação da acuidade visual no pós-operatório. Ela é relatada frequentemente pelo paciente, por se tratar muitas vezes de uma característica inerente à uveíte. Deve-se, portanto, sempre orientá-los sobre esta possível variação.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 56 anos, portadora de síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada em acompanhamento no Departamento de Uveítes da Clínica de Olhos da Santa Casa de Belo Horizonte. Em uso atual de prednisona 5 mg e ciclosporina 100 mg, mantendo bom controle nos últimos seis meses. Acuidade visual com correção: OD: 0,1/OE: conta dedos.

A cirurgia transcorreu de forma adequada. Foi realizada uma incisão “clear cornea” de 2,75 mm. A cápsula anterior apresentava uma fibrose, típica destes pacientes, o que inviabilizava a capsulorrexe contínua. Ela foi finalizada com tesoura de Vannas. Todos os passos cirúrgicos subsequentes (facoemulsificação, aspiração de massas e implante da LIO) transcorreram habitualmente. Na última imagem, podemos observar ainda o 4º DPO com córnea clara e LIO tópica.

É de suma importância que o Departamento de Catarata caminhe junto com o Departamento de Uveítes do serviço. Este deve ser um trabalho conjunto, para obtenção do melhor resultado para o paciente. No momento da edição deste artigo, o paciente estava sob acompanhamento por seis meses. Ele evoluiu com uma AVCC em OE de 0,8 no 15º DPO, mas variou bastante, atingindo até AVCC de 0,1, que ocorreu no dia do pico de aumento da PIO. Na última revisão, encontrava-se sem sinais de atividade da doença, mas com AVCC de 0,4, ou seja, típica variação deste tipo de paciente.

É importante ressaltar que essa série de casos continua em evolução. Além disso, ainda não foi realizado um estudo comparativo com diferentes condutas para reforçar nosso manejo atual. Ela tem sido baseada na avaliação dos resultados e, portanto, poderá ser alterada ao término do estudo. ■

Qualidade de vida no glaucoma



Ricardo Yuji Abe

*Chefe do Setor de Glaucoma – Hospital Oftalmológico de Brasília (HOB)
Research Fellow – University of California San Diego – UCSD
Doutorando - Departamento de Oftalmologia – Universidade Estadual de
Campinas - UNICAMP*

Em 2010, cerca de 60 milhões de pessoas no mundo todo tinham glaucoma.¹ De acordo com estimativas, este número poderá chegar a mais de 100 milhões em 2040.² A importância disso é que parte desses pacientes apresentará baixa de visão com restrição significativa do campo visual, o que poderá comprometer diretamente a qualidade de vida dos pacientes. A maioria das pessoas busca uma vida feliz, ou seja, uma boa qualidade de vida. Porém, os componentes que formam a qualidade de vida de um indivíduo variam de pessoa para pessoa.³

Durante a nossa rotina de atendimentos, muitas vezes nos fixamos no valor da pressão intraocular, acometimento de campo visual e aspecto do disco óptico, por serem métodos objetivos de avaliação da doença. Porém, às vezes esquecemos de perguntar para os nossos pacientes o impacto que a doença está tendo na vida deles, em sua rotina. Por exemplo, o simples diagnóstico de glaucoma pode afetar a qualidade de vida do paciente, pelo estigma que as pessoas carregam de que o glaucoma pode levar à cegueira. Além disso, o uso diário de colírios, com seus respectivos efeitos colaterais, também pode prejudicar a qualidade de vida dos pacientes. Não temos também uma ideia precisa se aquela perda de campo pode ter algum impacto do dia a dia do paciente ou não. A pesquisa científica pode ajudar a esclarecer alguns desses questionamentos.

Quando falamos de qualidade de vida em pacientes com glaucoma, é preciso ressaltar que existiam no passado duas grandes limitações na interpretação dos estudos sobre este tema. A primeira limitação é que os estudos eram transversais, ou seja, o mesmo paciente não era seguido ao longo do tempo, de uma maneira longitudinal. Dessa forma, não tínhamos a noção do impacto da perda de acuidade visual e de campo visual na qualidade de vida do paciente. A segunda limitação é que a medida de qualidade de vida era feita por meio de questionários, tais como o National Eye Institute - Visual Functioning Questionnaire (NEI VFQ-25), Glaucoma Quality of Life-15, entre outros. A utilização destes questionários, sem a devida aplicação de métodos que possam reduzir a subjetividade nas respostas das questões que formam o questionário, pode comprometer os achados de qualquer estudo. Por exemplo, o NEI VFQ-25, um dos questionários mais utilizados para avaliar qualidade de vida na oftalmologia, não consegue avaliar diretamente a qualidade de vida associada à função visual.⁴ Dessa forma, pacientes mais pessimistas, com a mesma acuidade visual e o mesmo acometimento de campo visual que um paciente mais otimista, podem responder às mesmas perguntas sobre a função visual de uma maneira diferente, simplesmente pela subjetividade na interpretação das questões, por influência de um componente socioemocional.

Medeiros e colegas conseguiram superar essas duas limi-

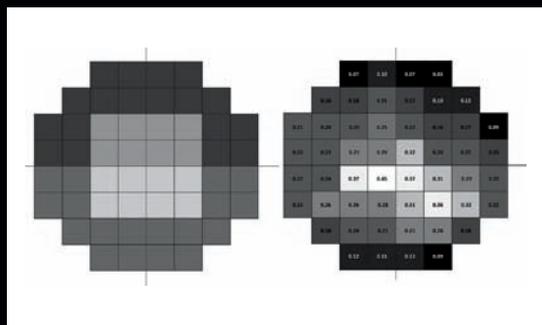


Figura 1: Campo visual dividido em quatro regiões (figura à esquerda) e valores da correlação entre valores da sensibilidade retiniana do campo visual e escores de qualidade de vida (figura à direita), com os pontos mais claros demonstrando maiores valores de correlação.



Figura 2: Paciente com glaucoma fazendo o teste de equilíbrio postural sobre a plataforma de força, utilizando os óculos de realidade virtual com transmissão de estímulos visuais.

tações através de um estudo longitudinal (com seguimento dos pacientes ao longo do tempo) e com a aplicação de um método da psicometria (Análise de Rasch), para reduzir a subjetividade do questionário NEI VFQ-25, focando apenas nas questões pertinentes à função visual, eliminando dessa maneira o componente socioemocional individual.⁵ Neste estudo, 161 pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto foram seguidos por cerca de 3,5 anos. Esses pacientes fizeram exames de perimetria computadorizada a cada 6 meses e preencheram o NEI VFQ-25 anualmente. O estudo mostrou que três parâmetros do campo visual foram preditivos na queda da qualidade de vida. A severidade da doença no baseline, a quantidade de perda de campo visual ao longo do tempo e também a velocidade da perda estavam associadas diretamente com a queda na qualidade de vida. Por exemplo, um paciente com glaucoma moderado e mean deviation (MD) no melhor olho de -10dB no baseline, que apresente uma perda de 1dB por ano por 5 anos (total de 5dB), apresenta uma queda na qualidade de vida de 15% em 5 anos. No entanto, um paciente com glaucoma inicial de MD de -2dB no baseline que apresente a mesma perda de campo visual em 5 anos (5dB), perde apenas 4% no escore de qualidade de vida medido através do NEI VFQ-25.

Um outro estudo investigou ainda quais regiões do campo visual estariam mais associadas a uma queda na qualidade de vida.⁶ Nesse estudo, 236 pacientes com glaucoma

foram seguidos por uma média de 4,3 anos, com exames de perimetria computadorizada a cada 6 meses e NEI VFQ-25 anualmente. Nesse estudo, o campo visual foi dividido em quatro regiões (região central superior, central inferior, periférica superior e periférica inferior), conforme mostrado na Figura 1 à esquerda. Podemos ver que as áreas mais claras apresentaram maior correlação (valor de R) com os escores de qualidade de vida, de acordo com a Figura 1 à direita. Dentre as quatro regiões, a região central inferior apresentou maior correlação com a queda na qualidade de vida, o que poderia estar relacionado com atividades como leitura, caminhar, descer escadas, entre outras. Ou seja, a perda de sensibilidade retiniana nos pontos da região central inferior levam a um maior impacto na qualidade de vida dos pacientes, sugerindo que o acometimento de pontos dessa região implica maior cuidado no manejo do paciente.

Além da qualidade de vida nos pacientes com glaucoma estar relacionada com métodos funcionais, como demonstrado nos estudos citados, Gracitelli e colegas mostraram uma associação também com medidas da tomografia de coerência óptica (OCT).⁷ Nesse estudo longitudinal, o afinamento progressivo da camada de fibras nervosas medido pelo OCT estava associado a uma queda na qualidade de vida, mesmo ajustando para a perda na sensibilidade retiniana da perimetria computadorizada. Dessa forma,

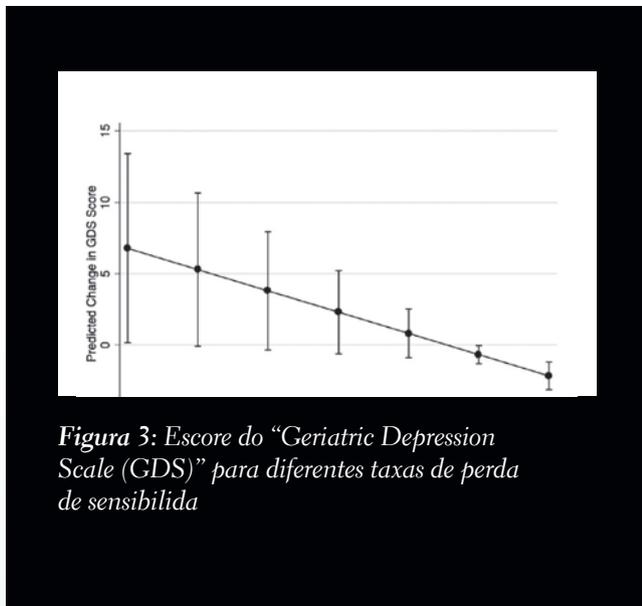


Figura 3: Escore do “Geriatric Depression Scale (GDS)” para diferentes taxas de perda de sensibilidade

métodos estruturais e funcionais estão correlacionados com medidas da qualidade de vida no glaucoma.

Pacientes com glaucoma apresentam maior risco de queda da própria altura, o que implica grande morbidade e mortalidade, pelo fato do glaucoma primário de ângulo aberto ser mais comum em pacientes idosos e também pela importância da função visual no controle do equilíbrio postural. Diniz-Filho e colegas investigaram num estudo caso-controle o equilíbrio postural nos pacientes com glaucoma utilizando uma plataforma de força, juntamente com um óculos de realidade virtual com apresentação de estímulos estáticos e dinâmicos, conforme mostrado na Figura 2.⁸

Eles chegaram à conclusão de que pacientes com glaucoma apresentam menor equilíbrio postural em comparação com o grupo controle, corroborando estudos prévios que mostraram que o glaucoma é um fator de risco para quedas. Esses achados são importantes para podermos orientar os nossos pacientes em relação ao risco de quedas.

Diniz-Filho e colegas também investigaram a associação entre transtorno depressivo e glaucoma.⁹ Nesse estudo foi utilizado o “Geriatric Depression Scale”, que consiste num questionário para avaliar sintomas depressivos em idosos. Foram incluídos 102 pacientes com glaucoma, seguidos por uma média de 2,2 anos. Houve uma correlação significativa entre a mudança nos escores de depressão e a perda de campo visual, medida através da perimetria computadorizada ao longo do tempo. Conforme podemos ver na Figura 3, quanto mais rápida ocorre a perda na sensibilidade retiniana (medida pela perimetria computadorizada), maior

é a mudança nos escores de sintomas de depressão. Em algumas situações é importante o encaminhamento para o psiquiatra ou psicólogo nos casos em que suspeitamos de sintomas depressivos, pois o transtorno depressivo pode comprometer a compliance do paciente ao tratamento e consequentemente agravar a doença glaucomatosa.

Como podemos ver nos estudos descritos, a perda de campo visual no baseline, a quantidade e a velocidade de perda de campo estão relacionadas a uma queda na qualidade de vida. Além disso, a localização da perda no campo visual e o afinamento da camada de fibras nervosas medido pelo OCT também mostraram associação com queda na qualidade de vida. Além disso, o glaucoma implica menor equilíbrio postural com maiores chances de queda e maior prevalência de sintomas depressivos. Todos esses achados são importantes para mostrar que o glaucoma pode piorar a qualidade de vida dos nossos pacientes e o tratamento e seguimento adequado são fundamentais para preservar a qualidade de vida de nossos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol.* 2006;90(3):262-267.
2. Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology.* Published online: June 26 2014.
3. Spaeth G, Walt J, Keener J. Evaluation of quality of life for patients with glaucoma. *Am J Ophthalmol.* 2006;141(1 Suppl):S3-14.
4. Pesudovs K, Gothwal VK, Wright T, Lamoureux EL. Remediating serious flaws in the National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *J Cataract Refract Surg.* 2010;36(5):718-732.
5. Medeiros FA, Gracitelli CP, Boer ER, Weinreb RN, Zangwill LM, Rosen PN. Longitudinal changes in quality of life and rates of progressive visual field loss in glaucoma patients. *Ophthalmology.* 2015;122(2):293-301.
6. Abe RY, Diniz-Filho A, Costa VP, Gracitelli CP, Baig S, Medeiros FA. The impact of location of progressive visual field loss on longitudinal changes in quality of life of patients with glaucoma. *Ophthalmology.* 2016;123(3):552-557.
7. Gracitelli CP, Abe RY, Tatham AJ et al. Association between progressive retinal nerve fiber layer loss and longitudinal change in quality of life in glaucoma. *JAMA Ophthalmol.* 2015.
8. Diniz-Filho A, Boer ER, Gracitelli CP et al. Evaluation of postural control in patients with glaucoma using a virtual reality environment. *Ophthalmology.* 2015;122(6):1131-1138.
9. Diniz-Filho A, Abe RY, Cho HJ, Baig S, Gracitelli CP, Medeiros FA. Fast visual field progression is associated with depressive symptoms in patients with glaucoma. *Ophthalmology.* 2016.. ■

Encontro da especialidade

Realizado em Abril no Rio de Janeiro, o evento também conhecido como Retina 2017, reuniu especialistas de todo o país que puderam acompanhar palestras de mais 30 oftalmologistas estrangeiros

O que: 42º Congresso da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo
Quando: De 06 a 08 de Abril
Onde: Rio de Janeiro



1



2



3

Fotos: Jéssica Borges



4



5



6



7



8



9



10



11

1 Equipe Zeiss; **2** Equipe Oda Brasil; **3** Equipe Adapt, Marcos Ávila e Marcelo Ventura; **4** Leonardo Castro, William Paulino, Anderson Teixeira e Hercules Siconello (Allergan); **5** Walter Takahashi; **6** Ademir Carreira, Vanessa Conceição e Coen van der Steur (Dorc); **7** Equipe Legrand; **8** Equipe Bausch+Lomb; **9** Ezequiel Feldman e Daniel Feldman (Cultura Médica); **10** Equipe Medvision; **11** Ulysses Daólio, Wes Elden e Cleiton Silva (Alcon)

Novidade no tratamento cirúrgico do glaucoma

A Glaukos Produtos Médicos Ltda iniciou suas operações no Brasil e no mês de maio lança aos especialistas de glaucoma o *iStent® - Trabecular Micro By-pass* - que é conhecido como o menor dispositivo médico existente no mundo e também considerado uma revolução no tratamento cirúrgico do glaucoma, sendo o primeiro MIGS (*micro-invasive glaucoma surgery*) aprovado pelo FDA. Foi desenhado e pesquisado por mais de uma década para restabelecer a habilidade natural do olho em drenar o humor aquoso que causa o aumento da PIO, mantendo a pressão normal e auxiliando os médicos a garantir uma melhor aderência dos pacientes ao tratamento e também reduzindo ou eliminando o uso de colírios. O *iStent® - Trabecular Micro By-pass* está aprovado pela ANVISA desde outubro de 2016 e está indicado para uso isolado ou combinado com cirurgia de catarata para redução da PIO em pacientes adultos com glaucoma primário de ângulo aberto leve e moderado sendo tratados com medicações hipotensoras oculares. Trata-se de um stent de titânio revestido com heparina, pré-carregado em um injetor estéril de uso único para procedimento ab interno sem necessidade de uso da conjuntiva, o que lhe confere um excelente perfil de segurança.

Com *iStent® - Trabecular Micro By-pass*, a maioria dos pacientes estão aptos a manter suas PIOs em níveis normais após o procedimento, considerado rápido, simples e seguro. O *iStent®* é o MIGS mais estudado no mundo, com mais de 60 artigos publicados em renomadas revistas internacionais nos últimos anos, sendo os resultados sustentados em estudos de longo prazo.



Imagens: divulgação

OUTONO E A CONJUNTIVITE



Imagem: Getty Images / unsplash.com

Nesta época do ano, quando manhãs e noites são frias e contrastam com o calor do meio-dia, é muito comum aumentar a ocorrência de duas doenças: gripe e conjuntivite - sendo que não necessariamente uma está relacionada à outra. Olhos avermelhados, irritados e ‘colados’ logo pela manhã dão sinal de que algo não está indo bem com a saúde.

De acordo com o médico oftalmologista Renato Neves, diretor presidente do Eye Care Hospital de Olhos, todo tipo de virose muito comum nos dias frios pode provocar irritação ocular. Da mesma forma que a pessoa pode vir a sentir congestão nasal, dor de garganta e tosse, pode também perceber que a conjuntiva está ficando congestionada, irritada. Se o quadro de conjuntivite surge na sequência de uma gripe ou resfriado, é quase certo que é do tipo viral e vai passar em uma ou duas semanas sem necessidade de antibióticos.

Entretanto, é altamente contagiosa e sua propagação se dá por contato físico com pessoas ou objetos de uso comum.

Já a conjuntivite provocada por bactéria apresenta um quadro mais sério, que deve ser investigado e tratado o quanto antes. A infecção pode ser resultado do uso abusivo de lentes de contato e se transformar numa úlcera de córnea, por exemplo. “Nesse caso, a dor é algo constante e os olhos apresentam uma secreção cinza-amarelada. Colírios antibióticos devem ser prescritos o quanto antes pelo oftalmologista, a fim de conter o avanço da doença. É importante alertar para os riscos da automedicação - que pode elevar as chances de complicações”, diz Neves.

Tanto a conjuntivite bacteriana quanto a viral podem acometer apenas um olho ou ambos. São contagiosas e atingem tanto crianças quanto adultos. As crianças, entretanto, são mais suscetíveis ao tipo bacteriano.

Gravidez e a visão

Vida de mãe não é fácil. Se você usa óculos, lente de contato ou tem alguma doença ocular, vai experimentar uma piora visual durante a gravidez. Segundo o oftalmologista Leôncio Queiroz Neto, do Instituto Penido Burnier, em Campinas (SP), toda gestante deve dar maior atenção à saúde ocular. Isso porque as mudanças metabólicas, da circulação e nível hormonal provocam desde alterações temporárias na visão, que desaparecem após a gestação, até a piora de doenças oculares e sistêmicas preexistentes.

Uma dessas alterações temporárias é a síndrome do olho seco, uma variação na quantidade ou qualidade da lágrima causada pelas mudanças hormonais. Os sintomas são: ardência, coceira, queimação, olhos vermelhos e irritados, visão borrada que melhora com o piscar, lacrimejamento excessivo, sensibilidade à luz, desconforto após ver televisão, ler ou trabalhar ao computador. O médico diz que a síndrome pode ser tratada com colírio lubrificante, lágrima artificial. Existem muitos tipos de lágrima artificial e nem todos são adequados para gestantes, por isso ele recomenda consultar um oftalmologista antes de instilar qualquer colírio nos olhos. Para reduzir o desconforto, principalmente em mulheres que usam lente de contato, o oftalmologista afirma que também são indicadas cápsulas de semente de linhaça, que diminuem a evaporação da lágrima, reforçando a camada oleosa.



Queiroz Neto também afirma que a maior circulação de hormônios provoca um inchaço generalizado, inclusive na córnea, lente externa do olho, que em conjunto com o cristalino focaliza as imagens na retina. Este inchaço, explica, altera a curvatura da córnea e o grau dos óculos, que pode voltar ao que era após o parto.

Já as mulheres que têm ceratocone, doença que afina e deforma a córnea, podem experimentar piora da doença na gestação por conta da retenção de água pelo organismo. Para evitar que a doença evolua para transplante de córnea, o especialista recomenda aplicação de crosslink. A terapia, explica, interrompe a evolução do ceratocone, associando radiação UV e vitamina B2 para fortalecer as ligações das fibras de colágeno da córnea em até três vezes.

Entre gestantes com mais de 40 anos, ressalta, o glaucoma também se agrava na gestação por causa da dificuldade de circulação do humor aquoso decorrente do edema nos tecidos oculares.

COMBINAÇÃO FIXA PARA O TRATAMENTO DO GLAUCOMA

Durante o XVIII Simpósio Internacional da Sociedade Brasileira de Glaucoma, a Novartis fará o evento de lançamento do Simbrinza, uma nova combinação fixa para o tratamento do glaucoma. Simbrinza é a combinação de duas consagradas drogas hipotensoras oculares: cloridrato de brinzolamida a 1% e dextrotartarato de brimonidina 0,2%, oferecendo uma eficácia de até 37,6% de redução da PIO em relação à medida basal. Chega ao Brasil com a posologia de duas vezes ao dia e em frascos de 5 mL e 8 mL, e com previsão de estar disponível nas farmácias em julho de 2017.

O que o Simbrinza traz de novo? É a primeira combinação fixa para o tratamento do glaucoma sem betabloqueador, dando aos oftalmologistas mais uma possibilidade de tratamento para pacientes que tenham contraindicação ao uso de betabloqueadores, como, por exemplo, doenças respiratórias ou certos tipos de arritmias cardíacas. Além disso, com o Simbrinza os pacientes com glaucoma que necessitam de terapia máxima com quatro classes terapêuticas terão a praticidade de utilizá-las instilando três gotas por dia, com apenas dois frascos, quando associado a outra combinação fixa de prostaglandina e beta-bloqueador, como o Duo-Travatan.

Com todas estas vantagens, os oftalmologistas têm grandes expectativas de que os pacientes tenham uma maior adesão ao tratamento e um melhor controle da pressão intraocular e do glaucoma, reduzindo assim os casos de cegueira por glaucoma no Brasil.



Doce sossego

VILA BARRACUDA

O Vila Barracuda é um pequeno e aconchegante Hotel Boutique no coração de Itacaré, localizado de frente para o Rio de Contas e para o Oceano Atlântico. A poucos passos da rua principal, você pode conhecer os deliciosos restaurantes, lojas locais e os melhores lugares para curtir noites incríveis. Além da maravilhosa natureza de Itacaré, com praias, rio e a inigualável Mata Atlântica.

Dica SUL Hotels: Não deixe de aproveitar a área da piscina. Dê um mergulho enquanto curte a bela vista para o rio e o mar azul!





CASA DOS ARANDIS

Na Casa dos Arandis, o casal de proprietários Nana e Cacau abrem as portas para você como se recebesse um grande amigo. Com uma recepção dessas, você se sente completamente à vontade. Localizado na Península de Maraú, sul da Bahia, o clima caseiro se reflete na comida, ponto forte do hotel, onde uma experiente chef baiana prepara suas refeições, indo desde as simples e saborosas tapiocas até pratos sofisticados como frutos do mar. O clima de paz e conforto aumenta por causa do local, uma praia praticamente deserta. Se estiver procurando algo mais, não faltarão atividades para se conectar com a natureza!

Dica SUL Hotels: Um dos diferenciais da Casa Dos Arandis é a sua exclusividade: com apenas 4 bangalôs, é perfeito para reunir um pequeno grupo de amigos ou familiares e ter o hotel apenas para vocês.

SUL HOTELS www.sulhotels.com.br



Fotos: Divulgação

	EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
MAIO/JUNHO	IX Congresso Brasileiro de Catarata e Cirurgia Refrativa	31/5 a 03/6	Foz do Iguaçu/PR	www.brascrs2017.com.br
	VII Congresso Brasileiro de Administração em Oftalmologia			
JUNHO	VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal	09 e 10	Sede do Instituto Benjamin Constant - Rio de Janeiro/RJ	www.visaosubnormal.org.br
	24º Congresso Internacional de Atualização em Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo	21 a 24	Clube A Hebraica São Paulo/SP	www.santacasasimposio.com.br
	XVII Congresso da Sociedade caipira de Oftalmologia/ XVI Simpósio da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Oftalmologia	29 e 30	Centro de Convenções de Ribeirão Preto Ribeirão Preto/SP	www.cenacon.com.br
JULHO	IX Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Oftalmologia	06 a 08	Reserva do Paiva Hotel & Convention Center - Recife/PE	www.sbo2017.com.br
AGOSTO	XXXIII Congresso Pan-Americano de Oftalmologia	09 a 12	Centro de Convenciones de Lima Lima/Peru	www.paaolima2017.com
OUTUBRO	Simpósio Internacional do banco de Olhos de Sorocaba	26 a 28	Hospital Oftalmológico de Sorocaba	simbos@bos.org.br

anunciantes desta edição

Alcon

Alcon
SAC 0800 707 7993
Fax (11) 3732 4004
Páginas 30 e 31

BAUSCH + LOMB

Bausch & Lomb
Tel. 0800 702 6464
Meia capa e 4ª capa e página 9

CBO 2017 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE
OFTALMOLOGIA

Congresso CBO
www.cbo2017.com.br
Página 27

 **CooperVision™**

Cooper Vision
Tel. 0800 600 9097
3ª capa

LOOK Vision®
Soluções inteligentes para a saúde

Look Vision
Tel. (11) 5565 4233
Página 29



Optolentes
Tel. (51) 3358 1700
Fax (51) 3358 1701
Página 5

3D soluções tecnológicas
Lentes personalizadas

3D Precision
Tel. (11) 3333 5858
Página 33



Zeiss
Tel. 0800 770 5556
2ª capa

O upgrade sem esforço



Avaira Vitality®



Mudar seus pacientes de Avaira® para Avaira Vitality® não requer nenhum esforço¹. Avaira Vitality® é uma lente de contato mais avançada que proporciona:

- maior conforto ao longo do dia¹² - 55% de hidratação
- melhor qualidade de visão¹² - novo material³
- mais saúde ocular¹² - Dk/t 110
- mais segurança¹² - bloqueio de 99% da radiação UVB⁴

E tudo pelo mesmo preço de Avaira®

94% dos usuários que trocaram Avaira® por Avaira Vitality® relataram que estão muito satisfeitos com a mudança¹



CooperVision®

Uma evolução na fórmula da
marca número 1 em vitaminas
na oftalmologia

Neovite[®] Max

Inovação em suplementação antioxidante



10 mg
LUTEÍNA

2 mg
ZEAXANTINA

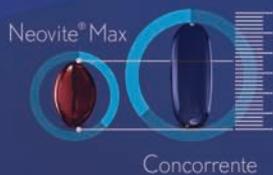
Vit. C

Vit. E

Zinco

Cobre

Cápsulas gelatinosas,
pequenas e de fácil
deglutição.



Concorrente

10mg de Luteína
e 2mg de Zeaxantina,
carotenoides que filtram
a luz azul e combatem
os radicais livres.²

Luteína FloraGlo[®],
que proporciona
uma melhor
absorção.³



SAC 0800 702 6464
sac@bausch.com
www.bausch.com.br

BAUSCH+LOMB

Ver melhor. Viver melhor.

Referências Bibliográficas: 1. Close up - Abril/2015. 2. Alves-Rodrigues A, Shao A: The science behind lutein. Toxicol Lett 150:57-83, 2004. 3. Dick Roberts, PHD Why your lutein ingredient source matters: results from a bioavailability study on lutein from powder based matrices in healthy adults -Kemin foods, L.C 1 of 6 2013. ©2017 Bausch & Lomb Incorporated. Neovite é uma marca registrada da Bausch & Lomb Incorporated e suas afiliadas. Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização de BL Indústria Ótica Ltda. Material destinado a farmácias e distribuidores de medicamentos. Reg. ANVISA: 6.7222.0001.001-6. Cód. AEF0168. Abril/2017.