



www.snno.com.br

SNNO

em Revista

Órgão oficial de comunicação da Sociedade Norte-Nordeste de Oftalmologia ano I nº 2 - 2013



Saúde.Gov

Ações do governo federal que interferem na oferta dos serviços de saúde

Giro pelos Estados

Trabalho em favor da Especialidade no estado do Ceará

Rumo ao Futuro

Estatística dos transplantes de córnea nos estados do Norte e Nordeste



SOCIEDADE NORTE-NORDESTE DE OFTALMOLOGIA (SNN0)

Conselho fiscal

Alan Teixeira Barbosa - AL (presidente)
Mário Ursolino - SE
Jorge Carlos Pessoa da Rocha - BA
Vasco Fernandes Torres Bravo - PE
Ivan Roque Urbano de Souza - PE

Conselho Deliberativo

Ex-presidente da SNN0: Roberto Lorens
Marback - BA

Presidentes Regionais do Norte

Acre: Eduardo Ovídio

Amapá: Maria Tereza Renó

Amazonas: Denis Ramos

Pará: Lauro José Barata de Lima

Rondônia: Aduino Borges

Roraima: Romualdo Roriz

Tocantins: Darcy Drumond

Presidentes Regionais do Nordeste

Alagoas: Mário Santos

Bahia: Jorge Gomes

Ceará: Dácio Costa

Maranhão: Romero Bertrand

Paraíba: Saulo Neiva

Piauí: André Santana

Pernambuco: João Pessoa de Souza Filho

Rio Grande do Norte: Ricardo Diniz

Sergipe: Bruno Campelo

Presidente do Conselho Deliberativo

João Pessoa de Souza Filho - Pernambuco

Comissão Científica:

Jorge Carlos Pessoa da Rocha - BA (presidente)
Afonso Medeiros - PE
Alan Teixeira Barbosa - AL
Carlos Alexandre Garcia - RN
David Lucena - CE
Francisco Cordeiro - PE
Ivan Roque Urbano de Souza - BA
Liana Ventura - PE
Marcelo Ventura - PE
Marco Rey - RN
Max Rolemberg - SE
Newton Kara José - SP
Paulo Augusto de Arruda Mello - SP
Remo Susanno - SP
Rubens Belfort Mattos Jr - SP
Roberto Marback - BA
Leiria de Andrade Neto - CE
Roberto Galvão - PE
Marcus Safady - RJ
João Orlando Ribeiro Gonçalves - PI

Expediente

Diretoria

Presidente: Francisco Cordeiro-Barbosa - PE

Vice-presidente: Carlos Alexandre do Amorim Garcia - RN

Secretário-geral: Teophilo José Freitas Neto - PE

Tesoureiro: Saulo Gorenstein - PE

Diretor científico: Jorge Carlos Pessoa da Rocha - BA

Diretor de publicações: Ronald Fonseca Cavalcanti - PE

Diretores de comunicação, ouvidoria e fundo de proteção
profissional: Epaminondas Castelo Branco Neto - BA e
Roberto Lorens Marback - BA.

Produzido por

Selles & Henning Comunicação Integrada

Projeto Gráfico

Bianca Andrade

Editoração Eletrônica

Luiz Felipe Beca

Jornalistas Responsáveis

Márcia Asevedo e Aline Ferreira
MTB: 34.423/RJ



Índice

04 - Editorial

05 - Palavra do Presidente

Investimento em competência na defesa de nossa Especialidade e em conteúdo para o Congresso 2014

06 - Saúde.Gov

Ações do governo federal que interferem na oferta de serviços de saúde

10 - Entrevista

A Oftalmologia brasileira no contexto pan-americano
Com Dr. Rubens Belfort Jr.

12 - Congresso 2014

Congresso versado na socialização de conhecimentos e nas inovações tecnológicas

13 - Artigo Científico

Biometria ultrassônica de não contato com interface de metilcelulose
Lucena Martins Ferreira; Karine Costa Lima;
Descartes Rolim de Lucena; Rafaelle Costa Lima

Complicações das lentes de contato
Dr. Dácio Carvalho Costa

19 - Defesa Profissional

O exercício da Oftalmologia no Brasil
Com Dr. Elisabete Ribeiro Gonçalves

Relatório das ações combativas à prática da Optometria no Norte e Nordeste
Dr. Frederico Cox

23 - Rumo ao futuro

Estatísticas de transplantes de córnea nos estados do Norte e Nordeste

24 - Giro pelos Estados

Sociedade Cearense de Oftalmologia: Trabalho em favor da Especialidade no estado do Ceará

26 - Por Dentro da SNN

Prestação de contas do XIX Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia

27 - Agenda

Eventos de Oftalmologia

Você tem em mãos a segunda edição da SNNO em Revista, uma publicação que reafirma o compromisso da SNNO em fazer circular informações de acontecimentos relativos a esta Especialidade, que, como um canal de comunicação direcionado, tem grande potencial de esclarecimento.

Preparamos este número abordando alguns assuntos que estão circulando em diversos veículos de comunicação, como a importação de médicos estrangeiros e suas implicações à classe médica. Procuramos saber o que realmente representa o programa “Mais Médicos” e em que circunstâncias ele se apresenta. A união da classe médica pode ser fomentada pela informação bem apurada, e configura uma forma de potencializar a representação diante do poder público. A contratação do escritório Cox e Advogados, capitaneado pelo Dr. Frederico Cox, representa uma força a mais na luta contra a prática não médica da Optometria e expressa o empenho da SNNO na defesa profissional dos especialistas. Nesta edição, o Dr.

Frederico apresenta um relatório das ações realizadas em nome da SNNO e da regional de Pernambuco, na seção “Defesa Profissional”.

Em entrevista, o Dr. David Lucena, presidente do XX Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia, nos conta quais serão as novidades do encontro; além de falar um pouco sobre a programação científica do evento e quem serão os homenageados. Para falar sobre a Oftalmologia brasileira, no contexto pan-americano, conversamos com o Dr. Rubens Belfort de Matos Jr., ex-presidente da Associação Pan-Americana de Oftalmologia e atual presidente da Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina. Também preparamos um espaço para mostrar um pouco sobre os acontecimentos de cada regional; neste número, faremos um panorama da regional do Ceará.

Esses são alguns dos assuntos que preparamos para mantê-lo bem informado.

Fique à vontade!

Investimento em competência na defesa de nossa Especialidade e em conteúdo para o Congresso 2014



Francisco Cordeiro
Presidente

“... nossa Sociedade reafirma seu principal foco: a defesa profissional.”

Em tempos nos quais a luta pelo reconhecimento do Ato Médico está cada vez mais voraz, nossa Sociedade reafirma seu principal foco de atuação: a defesa profissional. Como é de conhecimento dos colegas, recentemente, a presidente Dilma Rousseff vetou parcialmente o projeto de lei do Ato Médico. Diante disto, ratifico o compromisso da SNN0 em resguardar a saúde e segurança ocular dos brasileiros, garantindo que apenas o oftalmologista (com competência) possa cuidar delas.

Para aumentar nosso poder de atuação, diante do poder público, contratamos o escritório do Dr. Frederico Cox, advogado que tem se empenhado na defesa das causas de nossa Especialidade, principalmente no combate à Optometria não médica, resguardando a premissa de que somente nós, oftalmologistas, podemos diagnosticar e tratar doenças oculares. Todo seu empenho, no amparo aos interesses da Oftalmologia, tem produzido resultados muito satisfatórios no estado de Pernambuco. Agora fazendo parte do nosso arsenal, o competente advogado atuará, também, em prol dos oftalmologistas dos demais estados do Norte e Nordeste que sofrerem qualquer ação dos optometristas não médicos.

Em relatório, que pode ser lido nesta edição, o Dr. Frederico enumera

algumas das atividades realizadas em favor do exercício legal da Oftalmologia no estado, descrevendo as providências tomadas para coibir a prática de atividades médicas por optometristas, nas regiões Norte e Nordeste. Inclusive, no texto da seção “Defesa Profissional” é ressaltada a atuação da SNN0 em defesa de nossa Sociedade.

Já falamos da importante criação do fundo Norte e Nordeste de defesa profissional. A boa notícia é que já podemos contar com, aproximadamente, R\$ 300 mil em caixa, para questões em prol da SNN0 e realização de atividades que nos possibilitem ser muito mais do que uma Sociedade que realiza eventos científicos. Falando nisso, vale ressaltar a importância da presença de cada especialista em Fortaleza, para participar do nosso Congresso de 2014. O foco principal, deste importante encontro, será a refratometria e o olho diabético. Serão apresentados, também, os grandes avanços da Oftalmologia, nas áreas de retina e vítreo, catarata, glaucoma, oculoplástica, neurooftalmologia, córnea e doenças externas, cirurgias refrativas, estrabismo, oftalmopediatria e administração hospitalar.

Um abraço aos colegas!

Francisco Cordeiro

Ações do governo federal que interferem na oferta de serviços de saúde

Por Márcia Asevedo

“... o Brasil precisa de mais médicos com qualidade e mais perto da população.”
(Alexandre Padilha, médico e ministro da Saúde)

O Pacto Nacional pela Saúde – Mais Hospitais e Unidades de Saúde, Mais Médicos e Mais Formação – foi anunciado pela presidente Dilma Rousseff, no dia 08 de julho, e está causando grande polêmica na classe médica; principalmente por prever a contratação de médicos estrangeiros, sem revalidação de diplomas e propor aos brasileiros o deslocamento para as periferias das grandes cidades e interior, como solução para os problemas de saúde enfrentados no país.

Segundo a Medida Provisória 621/2013, especificamente o programa “Mais Médicos”, parte do pacote do governo para melhoria do sistema de saúde pública do país considera a necessidade de garantir atenção à saúde da população que vive em áreas de difícil acesso e/ou de maior vulnerabilidade, além da dificuldade de alocar profissionais da saúde nestas áreas. Segundo a agência de notícias *Reuters* Brasil, levar os profissionais para as periferias das grandes cidades e municípios das regiões Norte e Nordeste, do país, é a prioridade do Programa.

OS EIXOS DO PROGRAMA ANUNCIADO SÃO:

- 1** Mudar a formação dos futuros médicos a partir de 2015. O atendimento básico de saúde pelo SUS será obrigatório por dois anos, aumentando o tempo de formação de seis para oito anos⁽¹⁾.
- 2** Investir um total de 15 bilhões de reais em hospitais e unidades de saúde, com ampliação do número de médicos até 2014. Do montante, investimentos para infraestrutura de saúde; 7,4 bilhões de reais já estão contratados para construção de 818 hospitais, 601 unidades de pronto atendimento e de 15.977 unidades básicas.
- 3** Levar médicos brasileiros e estrangeiros para municípios com média inferior à nacional de 1,8 médicos por grupo de mil habitantes.

(1) Em 31 de julho, o governo decidiu acatar a proposta da comissão de especialistas e desistiu de incluir os dois anos a mais na graduação de Medicina; transformando este tempo em residência médica, que atualmente não é obrigatória.
Fonte: G1, em Brasília.

A CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS ESTRANGEIROS

Dados do Ministério da Saúde apontam para a falta de médicos no Brasil, com 1,8 médicos para cada mil brasileiros - 22 estados têm média inferior à nacional, como Maranhão (0,58), Amapá (0,76) e Pará (0,77) -, índice abaixo de outros países latino-americanos como Argentina (3,2) e México (2). Para atingir a média de 2,7 médicos por mil habitantes, registrada no Reino Unido, que também possui um sistema de saúde público de caráter universal, o Brasil precisaria ter hoje mais 168.424 médicos.

O Ministério da Saúde calcula um déficit de 160 mil médicos, que será suprimido apenas em 2035 se mantida a presente situação. A presidenta Dilma disse ainda que a relação do número de médicos para a população brasileira “deixa a desejar quando comparados com indicadores de países avançados”.

Fonte: Frente Nacional de Prefeitos

As medidas tomadas pelo governo para ampliar o atendimento e levar mais médicos para perto da população, foram motivadas, principalmente, por causa do *déficit* apontado. Para suprir tal carência, diversas ações foram desenvolvidas como a concessão de desconto na dívida do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), para o médico que atuar na atenção básica de municípios prioritários; e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab).

A proposta de contratar médicos formados no exterior é uma das medidas imediatas e emergenciais. O secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Mozart Sales, e o secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Sérgio Cortês, explicam que a chegada de médicos estrangeiros representa benefício para o atendimento público de saúde em regiões carentes e periferias do Brasil. Segundo o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, a decisão de atrair médicos estrangeiros foi baseada nas experiências bem-sucedidas de outros países, para ajudar no atendimento à atenção básica.

Segundo fonte do Ministério da Saúde, para selecionar e levar os profissionais às regiões prioritárias, foram lançados três editais: um para atração de médicos, outro para adesão dos municípios que desejam recebê-los e um último para selecionar as instituições supervisoras. Será aceita a participação de médicos formados no Brasil, prioritariamente, e também os graduados em outros países, que só serão chamados para as vagas não ocupadas pelos diplomados brasileiros.

O REVALIDA

Com o objetivo de padronizar a revalidação de diplomas médicos estrangeiros, o governo federal instituiu em 2010 o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Até então a validação era realizada por universidades públicas que adotavam suas próprias regras para isso. Antes, na década de 1970, os médicos formados em países latinos e caribenhos tinham seus diplomas reconhecidos pelo Brasil, de maneira automática. Os candidatos consideraram o nível do exame rigoroso. Na edição de 2012, dos 884 candidatos inscritos apenas 77 foram aprovados. Segundo dados do Inep, o percentual de aprovação (8,71%) é inferior ao verificado na primeira edição do exame (2011), quando 9,6% dos candidatos conseguiram a revalidação.

Com o programa “Mais Médicos” o profissional com diploma estrangeiro, que vier trabalhar no país, só vai atuar na região indicada previamente pelo governo federal, a partir da necessidade dos municípios participantes. Segundo a assessoria do Ministério da Saúde, este médico não precisará fazer o Revalida. “Se o exame fosse realizado não poderíamos determinar onde esse profissional poderia atuar, o que possivelmente não resolveria o problema instalado de falta de médicos nas regiões carentes do país”, declara Priscila Costa e Silva, assessora de imprensa do MS. Na seleção dos profissionais será avaliado se a emissão do diploma estrangeiro foi por instituição reconhecida no país de origem; após sua chegada, o médico será submetido a um treinamento de três semanas e, durante o período de sua estadia no

país, terá seu trabalho monitorado por uma universidade federal e secretarias estaduais e municipais de saúde. O prazo de atuação terá no máximo três anos, prorrogáveis por mais três. Caso ele queira continuar no país, deverá revalidar seu diploma de forma permanente e plena.

Segundo o Ministério da Saúde, só serão contratados médicos com diplomas estrangeiros caso o número de candidatos à vaga no Programa não seja suficiente para suprir as demandas por médicos que se formaram no país. Até o momento (19/07), 13.857 já fizeram suas inscrições e 1.221 municípios aderiram ao “Mais Médicos”. O MS salienta ainda que, só receberão médicos os municípios que estão estruturando suas unidades de saúde com recursos federais.



Dr. Roberto D'Ávila
Presidente do CFM

POSIÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Em entrevista sobre a proposta do governo em importar médicos – sem revalidação de diploma – para atender às demandas no interior e nas periferias das grandes cidades, o Dr. Roberto D'Ávila, presidente do CFM, discorda de que haja falta de médicos para estes atendimentos e declara: “Não faltam médicos. O Brasil tem médicos o suficiente, só que eles estão concentrados nas grandes cidades, no sul e sudeste, porque não há uma política de interiorização da assistência; ou seja, não há infraestrutura, não há equipamentos, não há materiais, não há medicamentos e não há uma carreira essencial do estado brasileiro que é o que definitivamente resolveria o problema da fixação do médico no interior do país e nas áreas mais carentes”. Segundo o presidente do CFM, o Programa vai promover a divisão da população em duas categorias: uma onde as pessoas, consideradas na primeira categoria, terão médicos brasileiros ou médicos estrangeiros que tiveram a revalidação do seu diploma; e a outra em que as pessoas na segunda categoria terão médicos de segunda categoria. Uma vez que estes não vão ser submetidos a uma prova para avaliar seus conhecimentos e terão, segundo este Programa, um CRM provisório que limitaria o médico a uma determinada região.

O Conselho Federal de Medicina entrou com uma ação civil pública pedindo a suspensão do programa “Mais Médicos”, baseado na desigualdade que vai promover entre a população brasileira, e pela não revalidação do diploma, que ofende a lei das diretrizes e bases da educação e cria um CRM provisório; passando por cima da regulamentação da lei dos conselhos, que não fala em médicos provisórios, com CRMs provisórios. “Além disso, tem uma ação indireta de inconstitucionalidade que nós vamos entrar, as três entidades juntas (CFM, AMB, Fenam e a OAB). E estamos aguardando somente a decisão da OAB, para que ela entre junto conosco”, finaliza Dr. Roberto D'Ávila.

Planilha Nacionalidade do Candidato responde quantos candidatos fizeram o Revalida em 2011 e 2012

Nacionalidade do Candidato						
País	Inscritos		Aprovados		Percentual de aprovação	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Brasil	393	560	31	42	7,89	7,50
Bolívia	119	156	04	10	3,36	6,41
Peru	46	39	03	05	6,52	12,82
Colômbia	22	30	06	03	27,27	10,00
Argentina	20	10	06	02	30,00	20,00
Cuba	16	16	03	04	18,75	25,00
Venezuela	07	11	03	03	42,86	27,27
Diversos A. Latina	35	38	06	04	17,14	10,53
Diversos Europa	13	20	02	04	15,38	20,00
Diversos Ásia	03	01			0,00	0,00
Diversos África	02	02	01		50,00	0,00
América do Norte	01	01			0,00	0,00

Resultados dos exames em 2011 2012 expressos em percentual

Origem do Diploma						
País	Inscritos		Aprovados		Percentual de aprovação	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Bolívia	304	411	14	15	4,61	3,65
Cuba	140	182	15	20	10,71	10,99
Argentina	56	69	13	14	23,21	20,29
Peru	45	33	05	05	11,11	15,15
Colômbia	19	28	06	03	31,58	10,71
Paraguai	17	50	01	02	5,88	4,00
Espanha	16	26	00	05	0,00	19,23
Venezuela	16	15	04	04	25,00	26,67
Portugal		08		03		37,50
Diversos A. Latina (9)	42	37	05	01	11,90	2,70
Diversos Europa (10)	18	21	02	05	11,11	23,81
Diversos Ásia (03)	02	01	00	00	0,00	0,00
Diversos África (02)		02		00		0,00
América do Norte (01)	02	01	00	00	0,00	0,00

Resumo da origem dos diplomas dos brasileiros

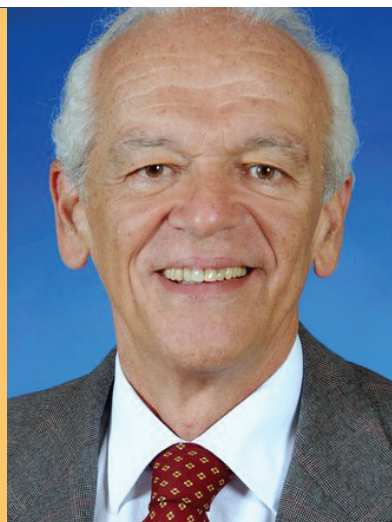
Brasileiros				
País	Inscritos		Aprovados	
	2011	2012	2011	2012
Argentina	35	58	06	13
Bolívia	180	244	09	05
Cuba	115	141	12	12
Espanha	14	25		05
Outros	49	92	04	07
Total	393	560	31	42

Fonte: Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

A Oftalmologia brasileira no contexto pan-americano

Por Aline Ferreira

Foto: Divulgação



Dr. Rubens Belfort Jr.

Médico, pesquisador, líder à frente da Oftalmologia da UNIFESP, ex-presidente da Associação Pan-Americana de Oftalmologia e atual presidente da Associação Paulistana para Desenvolvimento da Medicina

1 - SENDO EX-PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PAN-AMERICANA DE OFTALMOLOGIA, COMO PERCEBE A EXPRESSÃO DA OFTALMOLOGIA BRASILEIRA NO CONTEXTO PAN-AMERICANO?

Acredito que a nossa Oftalmologia no contexto pan-americano está muito bem em termos de lideranças, mas temos ainda muito a melhorar em relação ao conhecimento e, principalmente, à prestação do atendimento oftalmológico para a população. Comparada com a de países de maior eficiência, ela ainda apresenta uma relação de custos, exames e tratamentos desproporcional. Em resumo, temos muitos recursos despendidos em exames subsidiários e complementares, muitas vezes desnecessários, principalmente para aqueles que têm bom conhecimento clínico. Desta maneira, termina, com frequência, faltando recursos para procedimentos terapêuticos. Isto é um problema comum em todas as áreas da Medicina e, principalmente, em países menos desenvolvidos. A quantidade enorme de exames solicitados que trazem resultados normais ou de nenhuma relevância à doença do paciente é um fator a ser considerado, e melhorado. Um número fortemente positivo em nossa Oftalmologia é a existência de grande quantidade de oftalmologistas com pós-graduação e título de doutorado, mostrando maturidade científica e boa capaci-

dade de formação de recursos humanos na nova geração. Também é muito positivo o fato de que muitos jovens egressos estão atuando no Norte e Nordeste do Brasil, onde, nos últimos anos, verifica-se um acréscimo qualitativo grande no patamar da Oftalmologia. Essa melhoria de qualidade na região do Norte Nordeste foi maior do que em outras regiões. Também devo ressaltar que, felizmente, o número de oftalmologistas (ou seja, médicos com título de especialista em Oftalmologia registrados no Conselho Federal de Medicina) é cada vez maior; e esta deve ser a nossa grande ênfase: a Oftalmologia praticada por médicos oftalmologistas.

2 - E QUANTO AO CENÁRIO ATUAL DA OFTALMOLOGIA MUNDIAL, COMO AVALIA?

Parecido com o do Brasil. Faltam recursos, que não dependem apenas da vontade política dos governantes. Os recursos para a saúde vão continuar proporcionalmente diminuindo, portanto, é necessária uma reorganização da estrutura médica, inclusive oftalmológica, para conseguir cada vez mais suprir a demanda crescente do problema visual. A maior longevidade da população explica por si só essa questão. Nós, oftalmologistas, somos quase que geriatras focados no olho. Claro que as doenças em outras faixas etárias são importantes, mas catarata, glaucoma, maculopatia relacionada

à idade, neuropatia e muitas outras doenças acometem cada vez mais os idosos. Temos de aprender, cada vez mais, a atender bem um número maior de pacientes, cuidando das doenças sem excesso de subespecialidades.

3 - EM SUA OPINIÃO, QUAL A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DE CONGRESSOS INTERNACIONAIS NO BRASIL PARA O DESENVOLVIMENTO E AUMENTO DA VISIBILIDADE DA OFTALMOLOGIA BRASILEIRA?

A realização de congressos internacionais no Brasil é muito importante pelas oportunidades de conhecimento de aparelhos, instrumentos e técnicas; principalmente para os jovens. É também uma grande oportunidade para mostrarmos aos visitantes a maturidade e a quali-

dade da nossa Oftalmologia. Os congressos internacionais têm de ser a oportunidade de compararmos o que é feito, e de mostrarmos o que vem sendo realizado em nossa cultura com os recursos que dispomos.

“É também uma grande oportunidade para mostrarmos aos visitantes a maturidade e a qualidade da nossa Oftalmologia.”

(Sobre a realização de congressos internacionais no Brasil)



Drs. Rubens Belfort Jr. e a equipe de Oftalmologia EPM-Hospital São Paulo

Foto: Celina Germer

Congresso versado na socialização de conhecimentos e nas inovações tecnológicas

Por Aline Ferreira

Foto: Divulgação



Dr. David Lucena
Presidente do Congresso
Norte e Nordeste
de Oftalmologia

Em 2014, acontecerá o XX Congresso Norte Nordeste de Oftalmologia, que será realizado em Fortaleza. Em entrevista, o presidente do Congresso, Dr. David Lucena, adiantou algumas das novidades que aguardam os congressistas.

Segundo ele, a programação científica do Evento terá como foco a socialização do conhecimento e as inovações tecnológicas em Oftalmologia, abordando como temas centrais: a refratometria e o olho diabético. Na ocasião, serão discutidos os maiores avanços em retina e vítreo, catarata, glaucoma, oculoplástica, neurooftalmologia, córnea e doenças externas, cirurgias refrativas, estrabismo, oftalmopediatria e administração hospitalar.

Segundo o presidente, os convidados e as palestras oferecidas foram pensados para aliar a programação científica à prática dos oftalmologistas. “A programação científica será de alto nível, com simpósios nacionais e internacionais, cursos para oftalmologista e para enfermagem em oftalmologia; além de discussão de casos clínicos”, enfatizou.

Além da presença de renomados palestrantes nacionais, estão confirmados também os seguintes convidados internacionais: Wolfgang Haigis (autor da única fórmula para cálculo de lentes intraoculares); Herbert Jagle (neurooftalmologista da Universidade de Regensburg-Alemanha); Florian Gekeler (retinólogo da Universidade de Turbigan-Alemanha, e um dos coordenadores do projeto do olho biônico); Katrin Petermeier

(coordenadora do principal estudo multicêntrico sobre lentes intraoculares multifocais, da Europa) e Rohit Varma (chefe do serviço de Glaucoma da Universidade de Illinois - Chicago College of Medicine).

“A programação científica do Evento terá como foco a socialização do conhecimento e as inovações tecnológicas em Oftalmologia, abordando como temas centrais: a refratometria e o olho diabético.”

No Evento, serão condecorados nordestinos expoentes da Oftalmologia nacional que trouxeram grandes benefícios para a Especialidade. Os homenageados serão os Drs.: Valter Justa (CE), que também será o presidente de honra do Congresso, Cristiano Barsante(MG), Elisabeto Ribeiro Gonçalves (MG) e João Alberto Holanda de Freitas (SP).

Quanto à expectativa com o Evento, o Dr. David Lucena informou ser a melhor possível. “Temos o objetivo de ter um grande recorde em participantes. Espero um retorno científico e social que agrade a todos os presentes, tornando o Congresso inesquecível”, concluiu.

NOVIDADES

Durante o Congresso ocorrerá uma campanha direcionada à defesa da saúde ocular da população, como forma de abranger o conhecimento da importância no tratamento preventivo e curativo. Na ocasião haverá um amplo atendimento da população carente, da periferia de Fortaleza, para esclarecimento da importância da visita anual ao médico oftalmologista. Num momento de descontração haverá também um sorteio de um kit (cadeira e coluna) e de um carro 0 km, entre os congressistas participantes.

Artigo Científico premiado no XIX Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia, em Porto de Galinhas.

Biometria ultrassônica de não contato com interface de metilcelulose

Abrahão da Rocha Lucena⁽¹⁾; Daniel da Rocha Lucena⁽²⁾; Sabine Lucena Martins Ferreira⁽³⁾; Karine Costa Lima⁽³⁾; Descartes Rolim de Lucena⁽⁴⁾; Rafaelle Costa Lima⁽⁴⁾.

1. Diretor da Escola Cearense de Oftalmologia. Chefe setor Catarata e Refrativa do Núcleo de Referência de Oftalmologia. Mestre e doutor em Oftalmologia - USP/FMRP.
2. Coordenador do curso da Escola Cearense de Oftalmologia. Chefe setor Retina Cirúrgica, Ultrassom e Uveítes do Núcleo de Referência em Oftalmologia. Doutor em Oftalmologia - USP/FMRP.
3. Médica, estagiária do terceiro ano da Escola Cearense de Oftalmologia.
4. Médico (a), estagiário (a) do segundo ano da Escola Cearense de Oftalmologia.

INTRODUÇÃO

A medida do valor da lente intraocular (LIO) no pré-operatório da cirurgia de catarata é um passo fundamental para um bom resultado refracional. Na biometria de contato por ultrassom A-Scan (ecobiometria), 54,0% dos erros de medida das LIOs são causados por medidas equivocadas do comprimento axial (AL)¹. O contato direto da sonda de ultrassom com a córnea, pode ocasionar aplanamento corneano, levando a erros nas medidas do AL. A cada 0,1mm de erro no AL resulta em 0,28 dioptria na refração final².

Uma evolução na ecobiometria de contato foi a técnica por imersão, onde é colocado um arcação plástico entre as pálpebras, preenchendo-o com solução salina ou metilcelulose, emergindo a sonda dentro desse fluido, impedindo o contato da sonda com a córnea, evitando abrasões corneanas e alteração do AL por compressão³. Assim, esse método se tornou mais preciso que o de contato⁴.

A biometria óptica foi o mais recente método para medida da LIO, trazendo grande precisão e comodidade para medidas. Utiliza a interferometria por coerência parcial, empregando-se um feixe infravermelho de 780 nanômetros⁵. Além das vantagens do não contato com a córnea, a biometria óptica traz uma menor dependência do examinador, com captações automáticas das medidas⁶ e um número que representa um índice de confiabilidade por cada exame⁷. Quando comparada com a ecobiometria por imersão, não há diferença estatisticamente significativas entre as medidas das LIOs⁸. Possui a desvan-

tagem das impossibilidades nas medidas em indivíduos com baixa da acuidade visual ou em casos de pacientes especiais, por perda de fixação, além de não ser possível sua realização em cataratas muito densas, por impedir a passagem do feixe de luz⁹.

A literatura relata que a formação do menisco lacrimal entre a sonda de ultrassom e o globo ocular afere um comprimento axial falsamente maior¹⁰. Mas o fato de não haver contato da sonda com a córnea pode ser vantajosa, desde que se consiga medidas mais homogêneas (desvio padrão pequeno) do que as medidas de contato, aplicando-se ao final um fator de correção. Assim se evita, além das desepitelizações corneanas, a imprecisão gerada pelo aplanamento corneano inadvertido.

OBJETIVO

Verificar homogeneidade das medida ecobiométrias do comprimento axial do olho utilizando uma interface de 0,05 ml de metilcelulose entre a sonda e a córnea e comparar com a medida tradicional de contato sonda córnea.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de acurácia observacional prospectivo, para comparar a ecobiometria tradicional de contato corneano com a medida ecobiométrica com metilcelulose na interface sonda / córnea.

Avaliou-se 180 olhos de 90 indivíduos, onde 47 (52,2%) eram do sexo feminino e 43 (47,8%) masculino. Na amostra, a idade mínima foi de 49 anos e máxima de 88 anos (figura 1).

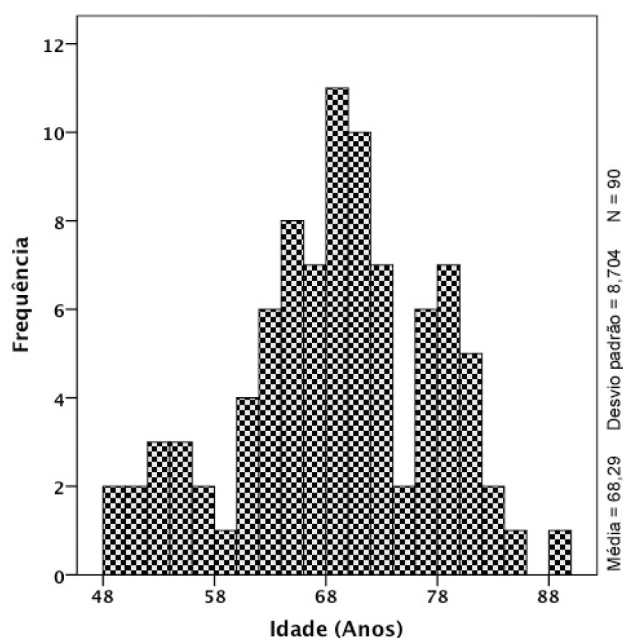


Figura 1: Distribuição da idade da amostra de indivíduos submetidos a ecobiometria pelo método de contato corneano *versus* com interface de metilcelulose.

Além dos dados de sexo e idade, foram coletados dados referentes a ceratometria, AL e a medida da LIO em dioptrias (D) pela fórmula de SRK/T. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que procuraram o serviço para realizar facectomia em ambos os olhos pelo sistema único de saúde. Foram excluídos os indivíduos facectomizados ou que possuíssem óleo de silicone por eventual cirurgia vitreoretiniana.

Além dos dados de sexo e idade, foram coletados dados referentes a ceratometria, AL e a medida da LIO em dioptrias (D) pela fórmula de SRK/T. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que procuraram o serviço para realizar facectomia em ambos os olhos pelo sistema único de saúde. Foram excluídos os indivíduos facectomizados ou que possuíssem óleo de silicone por eventual cirurgia vitreoretiniana.

As medidas foram tomadas por um mesmo examinador, sendo utilizado aparelho de ecobiometria da Tomey® no padrão automático seriado de ondas tipo A com ganho médio de 6db. O exame era precedido de anestesia tópica com cloridrato de proximetacaína

1,0%. O indivíduo adotava a posição sentada, em seguida era tomadas as medidas de contato orientando a fixação do olhar para luz vermelha da sonda. Após as medidas de contato, utilizava-se uma seringa de insulina para colocação de 0,05ml de metilcelulose 2,0% (Oftvision®) na extremidade da sonda para em seguida serem tomadas as medidas de não-contato. Após seis medidas pelos os dois métodos era retirada a média, assim como o desvio padrão para cada olho. Ao final era feita a média das médias de todas as medidas, além da média dos desvios padrões.

A pesquisa foi previamente autorizada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará. Os dados foram registrados em planilha e avaliados pelo programa pacote estatístico para ciências sociais (SPSS), versão 21.0. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva para avaliar os parâmetros dos dados contínuos com distribuição normal ou não. O teste “t” de *student* foi utilizado para comparar os dados que apresentaram distribuição normal, caso contrário o teste de Wilcoxon foi utilizado. A correlação de Pearson foi aplicada para os dados contínuos com distribuição normal e a correlação de Tau de Kendall para os não normais com alta taxa de repetição. O erro padrão da média foi utilizado como medida de dispersão para médias de médias. O índice de significância de 5,0% foi adotado para o teste “t” de *student/wilcoxon* e de 1,0% para verificar a correlação.

RESULTADOS

A ceratometria média dos olhos examinados foi de $43,42 \pm 1,61$. No cálculo da LIO pela medida ecobiométrica de contato corneano se observou uma média de $+22,88 \pm 2,71D$, já com a interface de metilcelulose a média foi de $21,01 \pm 2,95D$, observando-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,00$; $t=10,074$) entre os dois métodos (figura 2). Houve uma boa correlação ($r=0,626$) nas medidas do número das LIOs pelos dois métodos, com uma diminuição média de 1,87D em seu poder na medida com a interface de metilcelulose.

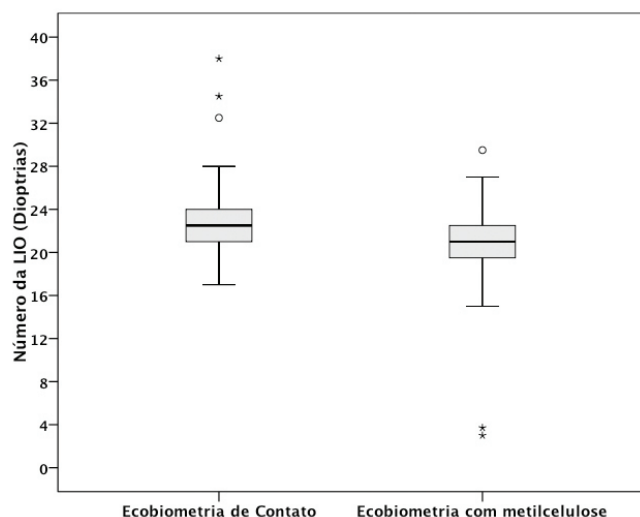


Figura 2: Medida da lente intraocular da amostra de indivíduos submetidos a ecobiometria pelo método de contato sonda/córnea *versus* com interface de metilcelulose.

O AL na ecobiometria de contato corneano apresentou uma média de 22,78 com erro padrão de $\pm 0,97$ mm, já com a interface de metilcelulose a média foi de 23,27 com erro padrão de $\pm 0,91$ mm (figura 3), havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$; $t=-8,383$) nas medidas pelo dois métodos.

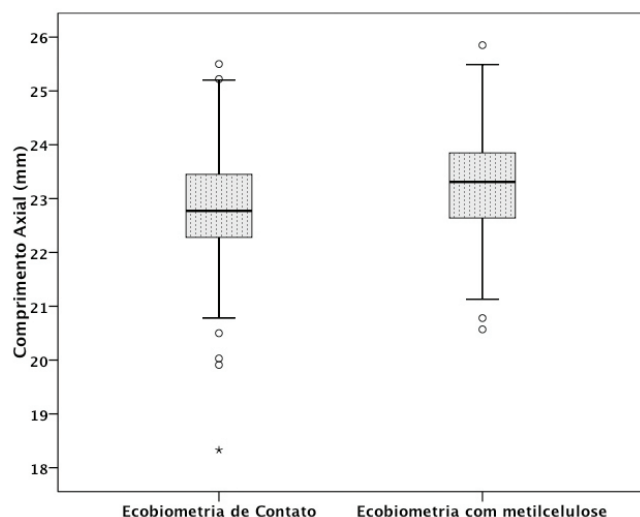


Figura 3: Comprimento axial dos olhos de indivíduos submetidos a ecobiometria pelo método de contato sonda/córnea *versus* com interface de metilcelulose.

Quanto ao desvio padrão do AL, parâmetro que verifica a homogeneidade das medidas, observou-se no método de contato corneano média de 0,063mm com erro

padrão de 0,078mm e para medidas com interface de metilcelulose 0,076mm com erro padrão de 0,105mm, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,061$; $Z=-1,871$) na reprodutibilidade dos dois métodos (figura 4). Avaliando se houve correlação entre os dois métodos de medida do AL se percebeu que aconteceu de maneira fraca ($0,115$; $p=0,025$).

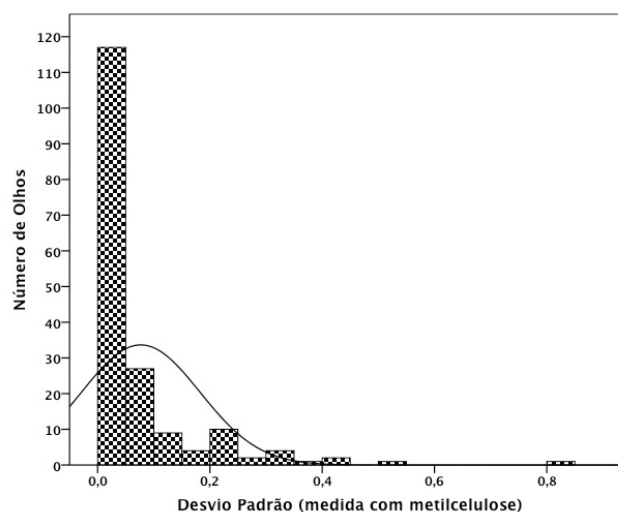
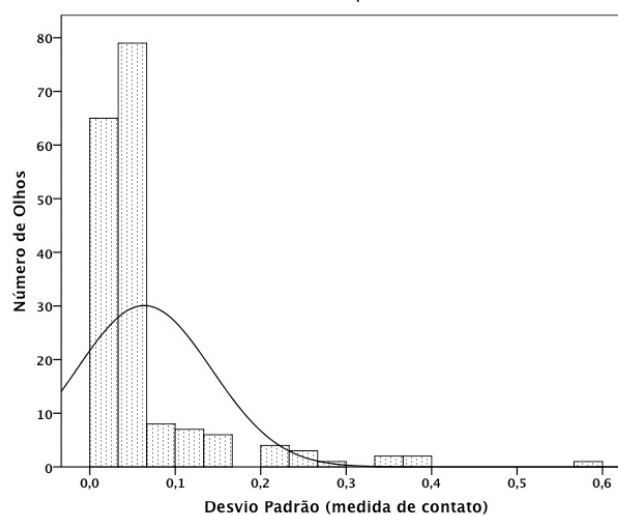


Figura 4: Desvio padrão do comprimento axial dos olhos de indivíduos submetidos a ecobiometria pelo método de contato sonda/córnea *versus* com interface de metilcelulose.

DISCUSSÃO

Com esse estudo, tentou-se aproveitar as vantagens do método de contato tais como a praticidade, conforto e rapidez, associado a maior reprodutibilidade da imersão^{11,12}.

A ceratometria média dos olhos estudados seguiu aproximadamente a média de outros estudos^{13,14} com $43,42 \pm 1,61D$. Notadamente, a ceratometria pode contribuir com os erros finais no cálculo da LIO, devendo-se fazer rotineiramente a calibragem dos aparelhos de medida¹⁵.

Mudanças pequenas do AL levam a alterações significativas no número final da LIO2. O método de imersão apresenta um AL maior do que o de contato, variando de 0,1-0,3mm¹⁶.

Tal como na imersão¹⁶, em nosso estudo, a ecobiometria utilizando a interface de metilcelulose apresentou AL maior ($23,27 \pm 0,91mm$) do que pela técnica de contato corneano ($22,78 \pm 0,97mm$) com diferença média de 0,49mm. Esse aumento médio de 0,49mm do AL na medida com metilcelulose repercutiu em uma diminuição média de 1,87 dioptrias no número final da LIO (relação AL 0,1mm = 0,38D no poder da LIO), podendo acarretar grande insatisfação do paciente, interferindo negativamente na sua relação com seu médico.

Apesar da média não ter sido a medida de tendência central mais representativa para as distribuições de desvio padrão das medidas de comprimento axial, pois a distri-

buição não se apresentou em curva de normalidade, é importante observar seu erro padrão, pois quanto menor esse parâmetro mais homogêneas são as medidas.

No método de contato corneano se observou um erro padrão da média de 0,005mm (média = 0,063; mediana = 0,038), já no método com interface de metilcelulose se encontrou 0,007mm (média = 0,076; mediana = 0,036). Mesmo não havendo uma diferença estatisticamente significativa na medida de homogeneidade entre os dois métodos ($p = 0,061$), observou-se uma tendência a medidas mais confiáveis pelo método de contato (figura 4).

Mesmo com comprimento axial se mostrando maior nas medidas com metilcelulose, caso esse método estivesse demonstrado mais preciso (homogêneo), poderia ser desenvolvido uma fator de correção para aprimorar o resultado final do poder da LIO e assim, eliminar o erro biométrico por aplanção corneana.

CONCLUSÃO

Não houve diferença na homogeneidade das medias ecobiométricas com uma interface de metilcelulose entre a sonda e a córnea *versus* com contato direto sonda/córnea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - Olsen T. Sources of error in intraocular lens power calculation. J. Cataract Refract Surg. 1992; 18 (2): 125-46.
- 2 - Mundt GH Jr, Hughes WF Jr. Ultrasonics in ocular diagnosis. Am J Ophthalmol. 1956; 41(3): 488-98.
- 3 - Dibernardo C, Schachat AP, Fekrat S. Ophthalmic ultrasound a diagnostic atlas. New York: Theme, 1998; Shroff NM, Ray S, Dutta R, Kumur K, Delh N. A practical device to aid in immersion-scan biometry. J. Cataract Refract Surg, 2004; 30: 1388-7.
- 4 - Shammas HJ: A comparison of immersion and contact techniques for axial length measurement. J Am Intraocular Soc, 1984 Fall; 10(4): 444-7.
- 5 - Leal EB, Lacava AC, Caballero JC, Centurion V. Biometria: interferometria vs ultra-som por aplanção. Rev Bras Oftal, 2003; 62 (12): 872-7.
- 6 - Vogel A, Burkhard D, Krummeauer F. Reproducibility of optical biometry using partial coherence interferometry: intraobserver and interobserver reliability. J. Cataract Refract Surg, 2001; 27 (12): 1961-8.
- 7 - Tehrani M, Krummenauer F, Blom E, Dick HB. Evaluation of the practicality of optical biometry and applanation ultrasound in 253 eyes. J. Cataract Refract Surg, 2003; 29: 741-6.
- 8 - Packer M, Fine IH, Hoffman RS, Coffman PG, Brown LK. Immersion A-scan compared with partial coherence interferometry: outcomes analysis. J Cataract Refract Surg, 2002; 28 (2): 239-42.
- 9 - Monteiro E, Allemann N. Biometria óptica- Revisão. Atualização continuada. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, 2001; 64 (4).
- 10 - Martins FCR, Miyaji ME, Lima VD, Rehder JRCL. Biometria ultrassônica no cálculo do poder dióptrico de lentes intraoculares: estudo comparativo dos métodos de contato e de imersão. Rev Bras Oftalmol. 2009; 68 (4): 212-5.
- 11 - Tehrani M, Krummenauer F, Blom E, Dick HB. Evaluation of the practicality of optical biometry and applanation ultrasound in 253 eyes. J Cataract Refract Surg. 2003; 29(4): 741-6. 14.
- 12 - Velazquez-Estades LJ, Wanger A, Kellaway J, Hardten DR, Prager TC. Micro-bial contamination of immersion biometry ultrasound equipment. Ophthalmology. 2005; 112(5): e13-8.
- 13 - Gonçalves FP, Rodrigues ACL. Facoemulsificação por córnea clara no meridiano mais curvo. Arq. Bras. Oftalmol. 2007; 70 (2):...
- 14 - Mérula RV, Cronemberger S, Calixto N. Incidência de glaucoma agudo primário no serviço de glaucoma do Hospital São Geraldo. Arq. Bras. Oftalmol. 2008; 71 (3):...
- 15 - Pierro L, Modorati G, Brancato R. Clinical variability in keratometry, ultrasound biometry measurements, and emmetropic intraocular-lens power calculation. J Cataract Refract Surg. 1991; 17 (1): 91-4.
- 16 - Shammas HJ. Comparison of immersion and contact techniques for axial length measurement. J AM Intraocul Implant Soc. 1984 Fall; 10 (4): 444-7.

Complicações das lentes de contato

Dácio Carvalho Costa⁽¹⁾

1. Residência e doutorado em Oftalmologia pela Unicamp, coordenador da residência médica do Hospital Geral de Fortaleza, presidente da Sociedade Cearense de Oftalmologia.

As lentes de contato (LC) são um dos grandes avanços da Oftalmologia moderna: permitem excelente estética, ganho no campo de visão quando comparadas aos óculos e minimizam problemas como anisometropias e correção em nistagmos e afaçais. Além disso, avanços como materiais de silicone hidrogel têm permitido melhor oxigenação coreana e desenhos asféricos maior conforto e menores aberrações esféricas.

Além dos avanços das LC em si, houve simplificação dos sistemas de manutenção. Hoje, há predomínio das soluções multipropósito que proporcionam limpeza, desproteinização, desinfecção em um único produto. Com isso a aderência aos cuidados das LC têm aumentando.

Apesar de todos esses avanços, a incidência de complicações não tem diminuído. A ocorrência de complicações pode causar a descontinuação do seu uso e, ainda pior, pode causar danos visuais irreversíveis aos usuários. As complicações conhecidas das LC são: olho seco, erosões corneanas, epitelopatia ponteada, ceratoconjuntivite seca, ptose palpebral, hipóxia crônica e aguda, alterações endoteliais, infiltrados estéreis, infiltrados infecciosos (ceratites infecciosas) e conjuntivite papilar gigante.

Pela sua frequência e gravidade, os três últimos serão abordados mais detalhadamente a seguir.

INFILTRADOS ESTÉREIS

Os infiltrados estéreis se devem a reação imune na qual há acúmulo de células inflamatórias no epitélio corneano formando infiltrado com as seguintes características: periféricos, pequenos, com epitélio íntegro inicialmente, com pouca dor ou desconforto e sem uveíte.

Estes infiltrados decorrem do acúmulo de proteínas e outros materiais nas lentes de contato que aos poucos vão sensibilizando a córnea a ponto de desencadarem processo imunoalérgico. Vários fatores estão implicados

como predisponentes para os infiltrados estéreis: descarte prolongado das lentes, assepsia inadequada, interação entre o material da lente de contato e a córnea, entre a solução de limpeza das lentes e a córnea ou até mesmo uma interação entre o material da lente e a solução de limpeza.

O tratamento da fase aguda consiste da suspensão das lentes de contato e introdução de corticoide tópico. Normalmente corticoides de baixa potência ou fluorados são suficientes para o controlar o quadro. Se o epitélio estiver íntegro não há necessidade de associar antibióticos, porém havendo perda da integridade epitelial deve-se considerar a lesão potencialmente infectada e sempre associar antibióticos. Pode-se ainda utilizar lubrificantes oculares para amenizar o desconforto.

O tratamento tardio é baseado na orientação ao usuário para que descarte as lentes com a frequência adequada, trocar o material ou solução das lentes de contato até encontrar a situação de melhor controle da condição. Por vezes é necessário, no caso de alergia a todos as soluções de lentes de contato, o uso de limpeza com peróxido de hidrogênio ou a adaptação de lentes de contato de descarte diário.

CERATITE INFECCIOSA

As ceratites infecciosas são as complicações mais temidas dos usuários das lentes de contato, pois podem levar a perda irreversível da visão. A incidência de ceratites infecciosas para usuários de lentes de contato é aproximadamente de 4 casos para 10.000 usuários/ano para uso diário, 20 casos para 10.000 usuários/ano para uso flexível. Os usuários que dormem com as lentes de contato aumentam o risco em torno de 10 vezes e os fumantes de 3 a 8 vezes. Os outros fatores de risco para ceratites infecciosas são descarte prolongado, assepsia inadequada e gênero masculino.

A principal característica das ceratites infecciosas é tam-

bém a presença de infiltrados. Estes possuem características diferentes dos estéreis: costumam ter o epitélio aberto desde o princípio, são centrais, maiores dos que 1,5mm, com dor intensa e associados à celularidade na câmara anterior.

Os principais micro-organismos relacionados às ceratites infecciosas, relacionadas às lentes de contato, são bactérias Gram + e pseudomonas além da temida acantameba.

O tratamento das ceratites infecciosas é com antibióticos. Diante da suspeita de uma ceratite bacteriana devemos julgar seu aspecto para iniciar a antibioticoterapia apropriada. Se a ceratite for periférica, menor do que 3mm, sem acometer eixo visual, podemos iniciar antibioticoterapia empírica com uma quinolona de 4a. geração.

Se a úlcera for central, maior do que 3 mm ou ameaçar o eixo visual, dou preferência a antibioticoterapia fortificada com uma cefazolina e um aminoglicosídeo. Nesses casos, realizo cultura da úlcera, do estojo e das lentes de contato se disponíveis. A depender da evolução do tratamento e do resultado da cultura vou ajustando os antibióticos.

CONJUNTIVITE PAPILAR GIGANTE

A conjuntivite papilar gigante é uma condição imunoalérgica em que há sensibilização da ceratoconjuntiva, particularmente da conjuntiva tarsal superior formando caracteristicamente papilas gigantes nesta conjuntiva.

O processo de formação das papilas gigantes deve-se a trauma repetido da lente de contato na conjuntiva tarsal superior e a processo alérgico no qual a conjuntiva vai lentamente se sensibilizando ao material, solução de limpeza e especialmente às proteínas que vão se aderindo à substância da lente.

O quadro clínico é de intolerância à lente de contato, inicialmente após longas horas de uso e, progressivamente, o tempo de conforto vai diminuindo. Além disso há hiperemia conjuntiva, prurido que tipicamente se agrava ao serem retiradas as lentes, formação de muco e filamentos, proxe, sensação de corpo estranho e secura obrigando o usuário a fazer uso de gotas umidificantes com frequência.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de CPG são o descarte, além do tempo recomendado pelo fabricante, limpeza da lente de contato com soro fisiológico ou soluções que não promovem a efetiva desproteinização, falta de fricção ao limpar as lentes de contato, reutilização da solução de limpeza no estojo, conjuntivite alérgica prévia ou outras atopias.

O tratamento da CPG é baseado na compreensão de sua fisiopatogenia e dos fatores de risco. Em primeiro lugar, se orienta o paciente a descartar as lentes em um período apropriado e a realizar a limpeza e assepsia de maneira correta, e usando fricção com soluções adequadas. Além disso podemos tentar trocar o material da lente de contato bem como a solução habitualmente utilizada, caso se suspeite que tenham participação neste processo. Outra medida eficaz em relação ao manuseio das LC na CPG é a utilização de limpadores enzimáticos. Estes, muitas vezes, são responsáveis pelo controle da CPG no longo prazo.

Em relação ao tratamento farmacológico, normalmente utilizo um corticoide fluorado ou de baixa penetração nos primeiros dias, além de orientar a suspensão imediata das lentes de contato. Além disso, introduzo um anti-histamínico dito de ação dupla como a olopatadina ou epinastina. Estes anti-histamínicos tem rápida ação na sensação de prurido com as lentes de contato, porém sua ação na estabilização da membrana de mastócitos é mais lenta. Este é um dos motivos porque gosto de associar corticoide no início do tratamento. O anti-histamínico é deixado muitas vezes por tempo indeterminado, sendo esta a única maneira de controlar adequadamente o quadro.

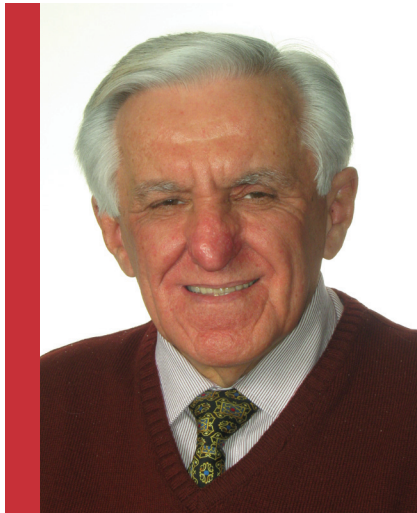
Quando essas medidas farmacológicas e de uso adequado da lente de contato não conseguem controlar o quadro podemos ainda tentar a adaptação de LC rígida ou ainda, porém com menos sucesso, LC de descarte diário.

O exercício da Oftalmologia no Brasil

Por Aline Ferreira

Em entrevista exclusiva para a SNNO em Revista, o oftalmologista Elisabeto Ribeiro Gonçalves fez um panorama do cenário da Oftalmologia no Brasil e no mundo, pontuando os maiores obstáculos e estratégias, a serem traçadas, na busca por uma prática médica oftalmológica plena e eficaz.

Foto: Divulgação



Dr. Elisabeto Ribeiro Gonçalves

Presidente do CBO - gestão 2003/2005; membro vitalício do Conselho de Diretrizes e Gestão do CBO; chefe dos departamentos de Retina e Vítreo, do Serviço de Eletrofisiologia Ocular e diretor Clínico do Instituto de Olhos de Belo Horizonte.

1-COMO AVALIA A OFTALMOLOGIA REALIZADA NO BRASIL?

Do ponto de vista técnico e científico, muito bem. Eu sempre tenho dito que a Oftalmologia brasileira está entre as melhores do mundo. Quando eu ouço alguém dizer, para ressaltar a excelência da nossa Oftalmologia, que ela é tão boa quanto a do primeiro mundo, eu corrijo dizendo que a Oftalmologia do primeiro mundo é tão boa quanto a nossa. Quanto a isso não temos dúvidas. Em todo o território nacional pontificam colegas competentes e de especial sensibilidade ética. Nossas sociedades, como a Norte-Nordeste, dão uma notável e eficiente contribuição para o aprimoramento qualitativo da nossa Especialidade. Até aqui, nenhuma queixa. Agora, enfrentamos diariamente a cupidez de elementos sem formação médica, e muitos menos oftalmológica convencidos que têm preparo para o exercício da Oftalmologia. Em outras palavras, insistem na prática ilegal da Especialidade. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia sempre obteve o aval do Congresso Nacional para derrotar projetos, propondo a legalização

e regulamentação da Optometria não médica desde 1999; de lá para cá eles nunca tiveram sucesso. De modo que é preciso deixar bem claro que a Optometria não médica, é ilegal! Não consta no rol de profissões legalizadas e regulamentadas na área da saúde. Existem apenas 15 profissões legalizadas (Medicina, Psicologia, Odontologia, Fonoaudiologia, Enfermagem, Agente de Saúde, Biomédico, Veterinária, entre outras), e nesta lista não se encontra a Optometria. Eles alegam que é reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o que é uma falácia. A CBO apenas lista, para fins estatísticos, "atividades" e não profissões, mesmo porque ela não dispõe da prerrogativa legal para reconhecê-las. Então, a luta de nossas entidades prossegue. Recentemente com uma dificuldade a mais, o veto presidencial aos incisos VIII e IX do Art. 4º do Projeto de Lei 268/02 que preceitua como atividade privativa do médico a indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário (inciso VIII) e prescrição de órteses e próteses oftalmológicas (inciso IX). Infeliz-

mente, o Ministério da Saúde e a presidência não levaram em conta os trabalhos, os acordos e as discussões de 11 anos, pois desde 2002 a chamada “Lei do Ato Médico” vem sendo discutida no congresso, reunindo todos os demais profissionais da área de saúde. O que chegou à presidência foi um projeto consensual, acordado, no qual em nenhum momento o médico invade a área de competência alheia. É claro que essas discussões não incluíram os “*soi disant*” optometristas não médicos, pois oficialmente não existem. Mas a luta continua, e sou muito otimista quanto ao resultado final. Mas vejam bem, esses vetos não legalizam a Optometria não médica apenas darão a eles motivo para insistirem na legalização no Congresso Nacional.

2- QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS OBSTÁCULOS NO BRASIL PARA UMA BOA PRÁTICA MÉDICA? O QUE IMPEDE O ACESSO DO PACIENTE A UM ATENDIMENTO MÉDICO PLENO E EFICAZ?

No Brasil, temos médicos em número suficiente e de excelente qualidade para atender toda a população brasileira. Falta a infraestrutura para que o médico possa instalar-se e exercer uma boa Medicina no interior, distante dos grandes centros. Agora a moda é importar médicos, como se isso resolvesse o problema. Ora, todos sabemos que o correto, ético e produtivo exercício da Medicina requer profissionais com boa for-

mação (não temos razões para crer que os importados sejam melhores que os nossos), infraestrutura técnica satisfatória, salários dignos, equipe multidisciplinar de apoio (enfermeiros, técnicos auxiliares, psicólogos, entre outros), possibilidade de ascensão profissional, e – condições “*sine quibus*” - a empatia, o conhecimento geográfico, histórico, cultural e da língua, das condições de vida, aspirações, frustrações, desejos e sonhos do cliente e da comunidade são requisitos que um estrangeiro, para quem o Brasil é apenas uma fonte de emprego e renda, jamais terá. O exercício da Medicina exige muito mais que jaleco e estetoscópio. Tenho para mim que o governo quer fazer uma casa começando pelo telhado, o que é uma impossibilidade arquitetônica e física.

3- ENQUANTO COORDENADOR DA COMISSÃO DE ASSUNTOS JURÍDICOS DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, QUAIS SÃO AS MEDIDAS E AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS NO COMBATE A OPTOMETRIA NÃO MÉDICA, NAS VÁRIAS REGIÕES DO PAÍS?

O CBO, através de sua Comissão de Defesa Profissional, sempre agiu no sentido de barrar a Optometria não médica. Isso tem sido conseguido no aspecto mais importante: a não legalização dessa Optometria. Mas as coisas não são fáceis, porque o nosso país não tem tradição de respeito as leis. Como uma

“profissão” que não existe pode atuar com a desenvoltura desses optometristas? Alguns órgãos da esfera jurídica se apegam à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para fundamentar suas decisões, argumentando que a CBO reconhece a Optometria não médica como legal. Isso não é verdade, já o vimos e nos surpreende que o próprio Poder Judiciário possa embarcar nessa ficção. O Departamento Jurídico do CBO tem estado atento, sempre em contato com o CBO-Estados, além de vigiar de perto as instâncias jurídicas, principalmente em Brasília. Podemos até admitir que a situação atual não seja a ideal, mas estaria bem pior, muito pior, se não fora a atuação firme e constante do CBO. Todas as diretorias têm se empenhado na resolução desse problema e o atual presidente, Dr. Marco Rey, não tem deixado por menos. No início deste ano, o CBO, conseguiu arquivar mais um projeto de legalização da Optometria não médica na Câmara Federal.

“Quando eu ouço alguém dizer, para ressaltar a excelência da nossa Oftalmologia, que ela é tão boa quando a do primeiro mundo, eu corrijo dizendo que a Oftalmologia do primeiro mundo é tão boa quanto a nossa.”

4 - O QUE REPRESENTA PARA A CLASSE MÉDICA, E PARA OS PACIENTES, A INVASÃO DE PROFISSIONAIS NÃO HABILITADOS NAS ÁREAS DA MEDICINA, COMO EXEMPLO DOS OPTOMETRISTAS?

A resposta a essa questão é simples: para os pacientes, riscos e danos à sua saúde, pois o “exame” feito pelo optometrista não médico deixa de contemplar vários aspectos indispensáveis ao diagnóstico exato e o tratamento correto e eficaz. Para ter uma ideia, o olho, não obstante a sua pequena dimensão física, pode sediar 3.872 doenças! Como o optometrista não médico poderá, pelo menos, suspeitar da existência de doenças que não só podem comprometer definitivamente a visão do paciente como sua própria vida? Há a necessidade imperiosa de ser médico, pois só o médico tem uma visão holística de todo nosso corpo, e o oftalmologista, como tal, sabe que o olho não é um órgão estanque, isolado dos demais, mas que ele os influencia e é influenciado por eles. O exame oftalmológico, conduzido pelo oftalmologista, tem condições de orientar com acerto o paciente não só quanto às doenças do olho, mas também quanto às doenças sistêmicas com manifestações oculares. A classe médica só tem a lamentar que o cidadão brasileiro, principalmente o menos informado, venha sofrer as consequências de uma Oftalmologia canhestra, executada por leigos desprovidos de formação científica e ética.

“No Brasil temos médicos em número suficiente e de excelente qualidade para atender toda a população brasileira. Falta a infraestrutura para que o médico possa instalar-se e exercer uma boa Medicina.”

5- PARA O DOUTOR, QUAIS OS PERIGOS PARA A SAÚDE PÚBLICA DE UMA REVALIDAÇÃO, NO BRASIL, DOS DIPLOMAS DE MÉDICOS FORMADOS EM OUTROS PAÍSES?

Nós não precisamos importar médicos, nem mesmo com diplomas revalidados. Um médico de fora, por mais preparado que seja, vai encontrar um obstáculo intransponível no país estrangeiro: o desconhecimento da língua e a impossibilidade de comunicação. Isso pode parecer desimportante, mas não é. A consulta médica começa com a história do paciente e se ele não entende a narrativa dos sintomas e sinais, ou se a entende pela metade, como vai poder formular o diagnóstico ou, pelo menos, suspeitar do que está acontecendo? O General Medical Council⁽¹⁾ alerta que médicos não fluentes no idioma do paciente podem “ter seu desempenho profissional afetado e colocar a vida do paciente em risco”. Precisamos dizer mais? Como é que um médico estrangeiro, sem entender nosso idioma e muito menos suas peculiaridades regionais, vai comunicar-se com um paciente nordestino, por exemplo, que o informa estar “com uma flor na rodela”, com “a espinhela caída” ou com uma “já começa na perseguida”?

Ao final quero cumprimentar o meu colega e querido amigo, professor Francisco Cordeiro, pela presidência altamente produtiva e rica da Sociedade Norte-Nordeste de Oftalmologia e outro colega, também de minha estima, o professor Roberto Marback, pelo sucesso científico e de confraternização que foi o XIX Congresso da SNN, presidido por ele.

(1) O General Medical Council do Reino Unido corresponde ao Conselho Federal de Medicina do Brasil.

Relatório das ações combativas à prática da Optometria no Norte-Nordeste

Dr. Frederico Cox

Advogado da Sociedade Norte e Nordeste de Oftalmologia e da Sociedade de Oftalmologia do estado de Pernambuco.

As ações realizadas, em nome da Sociedade Norte-Nordeste de Oftalmologia e da Sociedade de Oftalmologia do estado de Pernambuco, visam combater a prática optométrica, exercida fora dos limites estabelecidos no art. 9º do Decreto nº 24.492/34.

Para tanto, trabalhamos perante os órgãos que detêm as atribuições legais para ingressar em Juízo na defesa de direitos difusos e coletivos, fornecendo subsídios e cópia de toda a documentação necessária para ingressarem com a competente medida e, uma vez proposta a ação pelo Ministério Público, ingressamos com pedido de Assistência simples ou qualificada, contribuindo e atuando no processo para que o interesse público prevaleça em prol da saúde ocular e pública de todos os cidadãos. Igualmente, defendemos a SNNNO e a Sociedade de Oftalmologia de Pernambuco nas ações contra elas aforada pelos optometristas e aforamos, contra os optometristas, as ações necessárias e apropriadas, quando necessário.

Nesta esteira, há todo trabalho administrativo perante os membros do Poder Judiciário, bem como junto a promotores e procuradores de Justiça, no intuito de demonstrar a real atribuição dos optometristas e, igualmente, para que compreendam o que vem a ser Optometria; notadamente aquela praticada pelos que, sem ser médicos, adentram a seara médica, trabalho esse que tem produzido excelentes frutos e proporcionando vitórias sucessivas no estado de Pernambuco. Trata-se de um “trabalho de campo” que, corretamente feito, é o alicerce de trabalhos jurídicos futuros a serem realizados perante as autoridades referidas, sempre com o objetivo de coibir o funcionamento das casas *mater* dos optometristas.

Registre-se que, a Sociedade Norte-Nordeste de Oftalmologia teve relevante importância no combate às ações dos optometristas, eis que enviou a Brasília um dos advogados que compõe o nosso escritório, a fim de requerer a habilitação da SNNNO, como assistente da parte da Ré, o estado de Pernambuco, no processo que chegou ao Superior Tribunal de Justiça, por via de Recurso Especial, em virtude de decisão prolatada pelo Tribunal Regional Federal, em sede de ação rescisória movida pelo CROO-PE, buscando desconstruir uma decisão judicial transitada em julgado, que lhe foi adversa.

Na ocasião, como o recurso estava na Procuradoria Geral da República para parecer do Ministério Público Federal, o advogado enviado protocolou petição direcionada ao procurador encarregado de emitir o parecer no feito, fundamentando toda a tese de defesa da classe médica oftalmológica, e que foi reforçada, mediante reunião entre o advogado enviado pela SNNNO, o representante do ministério Público e o procurador-chefe da Procuradoria do estado de Pernambuco em Brasília, tendo em vista que Pernambuco também é Réu no caso. Após o encontro, o Procurador da República, incumbido de emitir parecer no sobredito recurso, o patrono enviado pela SNNNO reuniu-se com o ministro relator do recurso, Dr. Herman Benjamin, com o intuito de assentar a tese defendida, mediante discussão acerca de pontos juridicamente fundamentais, bem como a apresentação de documentos imprescindíveis ao julgamento do recurso, em prol dos interesses da classe médica oftalmológica e da saúde pública.

É o que nos cumpre relatar.

Estatísticas de transplantes de córnea nos estados do Norte e Nordeste

Por Márcia Asevedo

Ao longo de 49 anos, início das atividades de transplante de órgãos e tecidos no país, o Brasil conquistou o segundo lugar, no quesito quantidade, em todo o mundo, considerando que possui um dos maiores programas públicos de transplantes. Esta evolução é em termos técnicos, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados.

O transplante de córnea é o mais comum entre os de tecidos realizados no país (68%, em 2011); e o estado de São Paulo foi responsável por 40% dos transplantes de córnea. Os números mostram a desigualdade entre os estados, o que representa um grande problema em relação ao procedimento. Isso porque alguns estados estão mais bem preparados do que outros.

TOTAL DE TRANSPLANTES REALIZADOS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2011:

- Região Sudeste 54%
- Região Sul 19%
- Região Nordeste 16%
- Centro-Oeste 9,3%
- Região Norte 1,7%

SITUAÇÃO DOS BANCOS DE OLHOS DO NORTE E NORDESTE, REGISTRADOS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Segundo dados do relatório “Condições de Saúde Ocular 2012”, publicado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, na maioria dos estados do Norte e Nordeste do país a fila de espera por uma córnea é superior a dois anos. Nestas regiões, apenas alguns estados possuem banco de olhos: Maranhão, Sergipe, Ceará, Pará e Rio Grande do Norte. Com maior concentração no Nordeste (04).

Os avanços no processo de captação e transplante de córneas são consideráveis, mas as dificuldades enfrentadas pelos Bancos de Tecidos Oculares no Brasil ainda são muitos. Dentre eles: a falta de recursos financeiros para infraestrutura necessária; insuficiência de recursos humanos especializado e a falta de orientação específica relacionada ao processo de doação de córneas; e a obrigatoriedade do funcionamento dos bancos de olhos dentro de hospitais que, segundo pesquisa, gera limitação da autonomia gerencial destes órgãos.

Bancos de Tecidos Oculares no Norte-Nordeste

- BTOC do Hospital Universitário do Maranhão
- Hospital Universitário da Univ. Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra
- Hospital de Urgências de Sergipe – Governador João Alves Filho
- Hospital Geral de Fortaleza
- Hospital Ofir Loyola - Belém (PA)
- Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal (RN)

Fonte: Dados da Central Nacional de Notificação de Transplantes (MS) - Relatório Condições de Saúde Ocular 2012.

Pelas Sociedades...

Por Márcia Asevedo

SOCIEDADE CEARENSE DE OFTALMOLOGIA: TRABALHO EM FAVOR DA ESPECIALIDADE NO ESTADO DO CEARÁ

Foto: Divulgação



Dr. Dácio Carvalho Costa
Presidente - Ceará

Há 50 anos um grupo de médicos cearenses, sob a liderança de Leiria de Andrade Junior, identificou a necessidade de criar uma entidade que os representasse e lutasse por seus interesses. Assim nasceu a Sociedade Cearense de Oftalmologia, com foco, também,

em atividades científicas, sediou o Congresso Brasileiro de Oftalmologia em 1975 e 2005; dois congressos de Retina e Vítreo (2001 e 2009), três congressos Norte-Nordeste, o IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo (2009) e eventos ligados à SO-BLEC.

A sede própria foi comprada em 1997 e, atualmente, conta com mais de 400 associados. Diante da importante missão que têm os especialistas em Oftalmologia, a SCO realiza campanhas anuais com consultas gratuitas visando à saúde ocular da população.

“NATAL CRISTALINO”, um mutirão de cirurgias de catarata que acontece entre os meses de dezembro e janeiro, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com clínicas oftalmológicas credenciadas pelo SUS. A campanha tem o apoio da Sociedade Cearense de Oftalmologia e o objetivo é reduzir a fila para cirurgias de catarata.

“CEARÁ CONTRA O GLAUCOMA”, acontece em maio com exames para deter o glaucoma, e orientação à população com atividades educativas. Estima-se que 50% dos portadores da doença desconhecem que tem o problema. Tal fato motiva a realização do Programa, que

acontece na capital e no interior do estado alcançando pessoas que fazem parte do grupo de risco da doença: idade acima de 40 anos, miopia elevada, diabéticos, com casos de glaucoma na família, dentre outros.

“DE OLHO NO OLHO DO DIABÉTICO” é uma campanha de conscientização à população diabética sobre a importância da prevenção de doenças que, com o tempo, prejudicam várias estruturas do olho levando a complicações crônicas, como a retinopatia diabética, o glaucoma e a catarata. O evento marca o Dia Mundial do Diabetes e acontece em parceria entre a SCO e a Sociedade Brasileira de Diabetes, regional Ceará. São realizadas palestras, cursos, mutirão de atendimento e exames.

“CEARENSE, UM POVO DE VISÃO” tem o intuito de alertar a respeito do perigo de exames oferecidos gratuitamente para medição de grau sem equipamentos adequados, indicando o uso de lentes de contato ou óculos. É importante frisar, para a população, que estas são atribuições do especialista que, durante um exame de rotina, pode detectar diversos problemas oculares que não apresentam sintomas.

“AÇÃO VERDES MARES”, um projeto de atendimento comunitário, gratuito, em parceria com a afiliada local da Rede Globo, TV Verdes Mares. Além dos atendimentos, há a possibilidade de encaminhamentos para cirurgia de catarata e glaucoma.

Para congregar os especialistas, a SCO realiza o Congresso Cearense de Oftalmologia (novembro) e a Jornada Interiorana de Oftalmologia (meio do ano). Além do investimento em iniciativas de apoio à educação continuada, orientação e ensino junto às residências médicas como o PEC - Programa de Educação Continuada,



com aulas bimestrais para todos os oftalmologistas do Ceará; e o PIO - Programa Integrado de Oftalmologia, curso de formação das residências de Oftalmologia do Ceará (apresentação de três casos clínicos e uma aula) aberto para todos os sócios da SCO.

A entidade luta por melhor remuneração da classe, junto com a COESO-CE, e denuncia o exercício ilegal da Medicina. Como forma de comunicação, produz o jornal Ceará Oftalmológico (circulação nacional) e o

Visão em Foco, sobre a saúde ocular. Expandir as atividades científicas e aumentar o prestígio do Ceará, como polo regional da Especialidade, é a meta atual. "Esperamos tornar o Congresso Cearense de Oftalmologia um evento regional, atraindo oftalmologistas dos estados vizinhos. Além disto, Fortaleza sediará o Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia (2014)", relata o Dr. Dácio Carvalho Costa, atual presidente da SCO.

www.portalspo.com.br

AGENDA

22 de Agosto: **Programa de Educação Continuada - Glaucoma**

13 e 14 de Setembro: **Programa de Educação Continuada - Mácula**

01 e 02 de novembro: **XXXIV Congresso Cearense de Oftalmologia**

13 de dezembro: **Natal da Sociedade Cearense de Oftalmologia**

Programa Integrado de Oftalmologia - PIO

27 de agosto: **Módulo Glaucomas - Serviço HUWC - 19h30 às 21h**

24 de setembro: **Módulo Lentes de Contato e Refrativa - Serviço HUWC - 19h30 às 21h**

29 de outubro: **Módulo Retina e Vítreo - Serviço Oftalmolaser - 19h30 às 21h**

26 de novembro: **Módulo Estrabismo e Oftalmopediatria - Serviço Funcipe/HGF - 19h20 às 21h**

Para **saber**
mais sobre
a **SNNNO**,
acesse o site
www.snnno.com.br

www.snnno.com.br



www.snnno.com.br



Prestação de contas do XIX Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia



Fontes de Recursos	
Especificação	Valor R\$
EMPRÉSTIMO INICIAL - SALDO BANCÁRIO	147,70
INSCRIÇÕES	211.230,80
ESTANDES E PATROCÍNIOS	393.430,00
CORTESIAS	9.174,00
RENDIMENTO APLICAÇÃO CDB	1.850,20
TOTAL DE RECURSOS UTILIZADOS	615.832,70

Demonstrativo das Despesas	
Especificação	Valor R\$
IMPRESSOS	22.470,00
EQUIPAMENTOS	40.800,00
CENTRO DE CONVENÇÕES - ENOTEL	60.000,00
PASSAGENS, HOSPEDAGENS E TRASLADO	72.304,61
DIVERSOS	44.088,16
TARIFAS BANCÁRIAS	2.011,03
RECURSOS HUMANOS/SECRETARIA	108.726,67
FESTAS E ALIMENTOS E BEBIDAS	62.592,50
MONTAGEM E SINALIZAÇÃO	25.885,25
SITE, SISTEMA LOCAL, EMAIL	12.260,00
TOTAL DE DESPESAS REALIZADAS	451.138,22

SOBRAS PARA INTEGRALIZAR A SNNO	164.694,48
--	-------------------

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA			
MOVIMENTAÇÃO		Banco: 001	Agência: Ilha do Leite
Nome do Banco: BANCO DO BRASIL		Conta: 88.888-5	
			VALOR EM R\$
Saldo conforme extrato bancário em 31 /07 /2013			7.156,28
Aplicação em CDB			181.850,20
Mais depósito a realizar - cheques pré-datados			1.600,00
Menos documentos não compensados conforme relação abaixo:			25.912,00
Saldo conciliado :			164.694,48
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NÃO COMPENSADOS			
Cheque / Outros	Data Emissão	Favorecidos	Valor em R\$
Cheque numero 850089	05/07/2013	Monte e Assunção Prom. e Eventos	6.165,00
cheque numero 850090	30/07/2013	SNNO - Reposição ao Fundo	19.747,00
TOTAL			25.912,00
Recife, 31 de julho de 2013			
Presidente do Congresso: Dr. Vasco Bravo		Presidente da SNNO: Dr. Francisco Cordeiro	
Contador: José Maurino de A. Filho CRC 11.637/1-0 PE		Tesoureiro- SNNO: Dr. Saulo Gorenstein	

Agenda de eventos de Oftalmologia

VI Congresso Baiano de Oftalmologia e VII Congresso da Sociedade de Oftalmologia Feira de Santana

Data: 10 a 12 de outubro de 2013
Local: Canabrava Resort - Ilhéus (BA)
Contato: www.sofba2013.com.br/

Simpósio Internacional de Córnea

Local: Banco de Olhos de Sorocaba
Dias: 24 a 26 de outubro de 2013
Informações: (15) 3212-7077
Email: sinbos@bos.org.br

Encontro Anual da Academia Americana de Oftalmologia

Data: 16 a 19 de novembro de 2013
Local: Nova Orleans, Louisiana, EUA
Contato: www.aao.org

XVI CONGRESSO DE OFTALMOLOGIA USP E XV CONGRESSO DE AUXILIAR DE OFTALMOLOGIA

Data: 29 e 30 de novembro de 2013
Local: Centro de Convenções Rebouças - São Paulo - SP
Contato: www.oftamologiausp.com.br

Fonte: www.cbo.com.br



DE QUANTOS MOTIVOS VOCÊ PRECISA PARA IR A FORTALEZA EM 2014?

A melhor culinária regional | As melhores praias | As melhores bebidas

O melhor Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia



27, 28 e 29 de março de 2014
Fábrica de Negócios - Fortaleza - CE

Faça a sua Pré-inscrição durante o XIX Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia, em Porto de Galinhas e concorra a **01 Kit Oftalmológico** (cadeira e coluna). Concorra também a **01 carro 0km** durante o Congresso de Fortaleza, em 2014.

Precisa de mais algum motivo
para ir a Fortaleza em 2014?

Informações: (85) 8891.7171 | (85) 9616.2806