

JOTA ZERO

INFORMATIVO DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA | EDIÇÃO 158 - 2015

Mais Especialidades na
Oftalmologia deve contemplar
as principais causas de cegueira

O programa apresentado
ao Ministério

CBO entrega minuta de projeto de lei no
Senado que amplia o acesso à atenção
Oftalmológica Primária no âmbito do SUS

**PROGRAMA MAIS
ESPECIALIDADES EM
OFTALMOLOGIA**



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
Empresa Certificada
ISO 9001

NADA MELHOR QUE O NOVO

SAÚDE COM
CONFORTO
SENSAÇÃO DE
ESTAR SEM
LENTE.¹

SAÚDE COM
PRATICIDADE
DISPENSA
SOLUÇÃO
DE LIMPEZA
E ESTOJO.²

SAÚDE
PREVENTIVA
PROTEÇÃO
UV CLASSE I.³

SAÚDE VISUAL
OLHOS
BRANCOS
E SAUDÁVEIS.³



MUITAS COISAS NA VIDA SÃO MELHORES QUANDO NOVAS, NÃO PODERIA SER DIFERENTE COM AS LENTES DE CONTATO.

As lentes de contato de descarte diário **1-DAY ACUVUE TRUEYE®** oferecem a **saúde ocular com a conveniência e a praticidade** da modalidade de uso único.

Portanto, ao recomendar lentes de contato aos seus pacientes, lembre-se de que quanto mais frequente o descarte, **melhor. Considere 1-DAY ACUVUE TRUEYE® como a primeira opção.**



DESCARTE DIÁRIO

ÍNDICE

Muitas dúvidas e uma certeza: a Oftalmologia iniciará o Programa Mais Especialidades	06
As ações do CBO	09
Um ano de muita atividade pela ampliação do acesso da população à saúde ocular	13
Mais Especialidades na Oftalmologia deve contemplar as principais causas de cegueira	14
O programa apresentado ao Ministério	19
CBO apresenta suas propostas à nova dirigente da SAS	27
CBO entrega minuta de projeto de lei no Senado que amplia o acesso à atenção Oftalmológica Primária no âmbito do SUS	28
V Fórum Nacional de Saúde Ocular já tem data e programação	31
Calendário oftalmológico	34

Departamento de Oftalmologia da Associação Médica Brasileira

Reconhecido como entidade de Utilidade Pública
Federal pela Portaria 485 do Ministério da Justiça
Rua Casa do Ator, 1.117 - 2º andar
CEP: 04546-004 – São Paulo – SP
www.cbo.com.br

Diretoria do Conselho Brasileiro de Oftalmologia - Gestão 2013/2015

Presidente: Milton Ruiz Alves
Vice-Presidente: Renato Ambrósio Júnior
Secretária-geral: Keila Miriam Monteiro de Carvalho
1º Secretário: Leonardo Mariano Reis
Tesoureiro: Mauro Nishi
Jornal Oftalmológico Jota Zero: Órgão de Divulgação do CBO
Jornalista Responsável: José Vital Monteiro – MTB: 11.652 – E-mail: imprensa@cbo.com.br
Publicidade: Fabrício Lacerda – Tel.: (11) 3266.4000 – E-mail: assessoria@cbo.com.br
Projeto gráfico e diagramação: Luiz Felipe Beca
Produção: Selles & Henning Comunicação Integrada
Periodicidade: Bimestral
Jornal Oftalmológico Jota Zero - Edição 158



PATRONOS CBO 2015



A PALAVRA DO PRESIDENTE



MILTON RUIZ ALVES
PRESIDENTE DO CBO - GESTÃO 2013/2015

O Brasil está na vanguarda das reformas em saúde enfrentando enormes desafios de gestão e financiamento para aprimorar o seu Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio da hierarquização do SUS procura garantir ao cidadão o acesso aos serviços do sistema público de saúde, desde o mais simples até o mais complexo. Mas para que o sistema público de saúde funcione, o acesso à Atenção Básica deve ser mais amplo, se comparado aos outros níveis mais complexos de atenção, e ter resolutividade. As políticas desenvolvidas na área da saúde colocam o serviço oftalmológico na Atenção Especializada, ou seja, em níveis secundário e terciário de complexidade, focados na resolução de enfermidades prevalentes, deixando de lado a promoção da saúde ocular, que é a vocação da Atenção Básica.

É preciso ressaltar que Atenção Básica à saúde não se trata de "cuidado básico" para pessoas pobres. Nem tampouco se refere ao "nível primário ou cuidado de primeiro cuidado". A Atenção Básica engloba todos esses conceitos, significando também acesso aos serviços de saúde de maneira universal, abrangente e bem administrado.

A inserção dos serviços oftalmológicos (e do médico oftalmologista) na Atenção Básica do SUS configura uma oportunidade ímpar para a implementação da prevenção e controle de condições que possam afetar a saúde ocular da população brasileira. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o CBO é a primeira sociedade de especialidade a apresentar uma proposta que abrange o conteúdo do cuidado, fazendo a aproximação na Atenção Básica. Insistindo nesta lógica, o CBO está propondo ao MS que no "Mais Especialidades - Oftalmologia" estejam implementadas ações propostas no projeto "Mais Acesso à Saúde Ocular". O CBO acredita que dessa forma seja possível reorganizar com racionalidade a Saúde Ocular como bem público do sistema, reduzir iniquidades e custos e, finalmente, construir um modelo assistencial inclusivo, coordenado e integrado, com linhas de cuidados continuados oferecidas por redes assistenciais integradas entre setores público e privado, com foco no paciente e na continuidade dos cuidados. O CBO entende que este é o principal caminho para acolher a população brasileira em um dos seus mais fundamentais direitos constitucionais, a saúde.



[...] O ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA DEVE SER MAIS AMPLO, SE COMPARADO AOS OUTROS NÍVEIS MAIS COMPLEXOS DE ATENÇÃO E TER RESOLUTIVIDADE.”

MUITAS DÚVIDAS E UMA CERTEZA: A OFTALMOLOGIA INICIARÁ O PROGRAMA MAIS ESPECIALIDADES

JOSÉ VITAL MONTEIRO

Vamos iniciar a implantação do (Programa) Mais Especialidades, que vai cuidar de atendimento especializado de qualidade e realização de exames.

As três primeiras especialidades serão as mais procuradas: Cardiologia, Ortopedia e Oftalmologia". Foi o que garantiu a presidenta Dilma Rousseff em 25 de fevereiro, durante discurso na entrega de 920 unidades do programa Minha Casa Minha Vida, em Feira de Santana (BA), de acordo com notícias publicadas na imprensa baiana no dia seguinte.

Apesar da recente manifestação da presidenta e de entrevistas e de declarações do ministro da Saúde, Arthur Chioro, de que estaria entrando em sua fase de execução, o Programa Mais Especialidades ainda provoca muitas dúvidas e apreensões em entidades médicas e, uma das poucas certezas, manifestada continuamente pelas autoridades, é que a Oftalmologia fará parte do programa desde seu início, o que significa que a assistência oftalmológica se constitui em objeto de grande preocupação por parte do governo.

Apresentado como complemento e continuação do Programa Mais Médicos, o chamado Programa Mais Especialidades foi destaque na campanha publicitária pela reeleição de Dilma Rousseff. Na ocasião, as estratégias de marketing tiveram ampla predominância sobre qualquer intenção de esclarecimento ou debate. O objetivo do programa seria disponibilizar exames e procedimentos médicos especializados à população de forma mais rápida.



Ministro da Saúde Arthur Chioro

“ O CHAMADO PROGRAMA MAIS ESPECIALIDADES FOI DESTAQUE NA CAMPANHA PUBLICITÁRIA PELA REELEIÇÃO DE DILMA ROUSSEFF.”

A evolução da situação política bem como o crescimento das dificuldades econômicas criaram novo ambiente no qual o governo federal se movimenta em todas as áreas, entre as quais a Saúde que, nas manifestações de rua de 2013, foi um dos maiores alvos das reclamações e reivindicações.

Na área da saúde, o governo manteve o ministro Arthur Chioro em seu posto que, entre outras ações, passou a citar o Programa Mais Especialidades em entrevistas e intervenções públicas como algo que seria iniciado a curto prazo.

Assim, em entrevista publicada em 07 de janeiro pelo jornal O Estado de S. Paulo, Chioro anuncia que o programa seria apresentado à presidenta ainda no primeiro trimestre. Nes-



PARA O PRESIDENTE DO CBO, MILTON RUIZ ALVES, AS MANIFESTAÇÕES DAS AUTORIDADES FEDERAIS MOSTRAM UMA EVOLUÇÃO NAS POSIÇÕES GOVERNAMENTAIS EM DIREÇÃO AO DIÁLOGO COM A OFTALMOLOGIA BRASILEIRA.”

ta entrevista, cujo destaque maior foi para a proposta de criação de um novo tributo para financiamento da saúde, Chioro informou que “o programa terá uma lógica incremental, com lançamento gradual. A prioridade não será construção de prédios. Vamos usar o que está aí, na rede pública, filantrópica e privada. Há capacidade ociosa. Estamos fazendo um diagnóstico de todas as regiões. Já sabemos que o Mais Especialidades não terá a mesma cara em todas as regiões do País”.

Na mesma entrevista, Chioro declarou que as pesquisas do ministério apontavam para forte insatisfação dos usuários com o atendimento em Oftalmologia e Traumatologia-Ortopedia, especialidades que, por esta razão, deveriam ser as escolhidas para início do programa. Declarou também que haveria compromisso do governo com o fornecimento de recursos extras para o programa e que não havia a intenção de contratar profissionais estrangeiros.

Anteriormente, em nota publicada pelo jornal Valor Econômico de 01 de janeiro, Chioro informava que os entendimentos com os gestores estaduais e municipais para a implementa-

ção do programa seriam feitos nos primeiros seis meses do ano.

Semanas depois, em *hangout* (bate-papo com internautas) promovido pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e transmitido pelo portal iG em 05 de setembro, Chioro foi mais assertivo e declarou que “o levantamento (feito pelo ministério) mostra que as especialidades com maior procura e maior estrangulamento no atendimento são oftalmologia, ortopedia e cardiologia”.

No mesmo depoimento, o ministro afirmou que a lógica de contratação dos serviços credenciados mudaria com o Mais Especialidades, privilegiando o tratamento completo e não o pagamento de procedimentos separados.

Ao tratar do orçamento de sua pasta, Chioro calculou que ele será da ordem de 109 bilhões e 200 milhões de reais, dos quais 99,6 bilhões são destinados exclusivamente a ações e serviços de saúde. Reiterou que o Programa Mais Especialidades será implementado com recursos novos ao longo dos próximos quatro anos.

“Em primeiro lugar estamos melhorando a qualidade da Atenção Básica. É muito interessante porque nós temos um compromisso de garantir a resolutividade da atenção básica que resolve 80%, 85% dos problemas que levam uma pessoa a procurar um serviço de saúde, inclusive para a pessoa não ter que se deslocar para um especialista para fazer um exame que muitas vezes é desnecessário. Depois, estamos melhorando muito a conectividade: prontuário eletrônico, telessaúde, telemedicina, segunda opinião por meio da internet. Isto vai fazer com que muitos dos médicos que acompanham as pessoas, o médico generalista, o clínico, o pediatra, o obstetra, possam conversar com o médico especialista, esclarecer dúvidas e evitar pessoas que não precisam chegar ao encaminhamento cheguem”, declarou Chioro, concluindo o *hangout* com uma frase de efeito: “o Mais Médicos vai trabalhar muito próximo ao Mais Especialidades. O que a gente quer, efetivamente, é mais saúde”.

Para o presidente do CBO, Milton Ruiz Alves, as manifestações das autoridades federais mostram uma evolução nas posições governamentais em direção ao diálogo com a Oftalmologia brasileira.

Cetrolac[®] MD

trometamol ceterolaco
4mg/mL

**Eficácia
anti-inflamatória
com maior
conforto ocular¹**

Anti-inflamatório não esteroide (AINE) para uso tópico.¹

- Diminui a necessidade de analgésicos sistêmicos nas primeiras 48 horas pós-cirurgia refrativa.²
- Promove rápido alívio dos sintomas, nas primeiras 24 horas pós-cirurgia.²



**Posologia:¹ uma gota,
quatro vezes ao dia.**



Referências Bibliográficas: 1. CETROLAC-MD: Trometamol ceterolaco 0,4%. Bula para profissionais de saúde. União Química Farmacêutica Nacional S/A; 2014. 2. Solomon KD, Donnenfeld ED, Raizman M, Sandoval HP, Stern K, VanDenburgh A, Chhetam JK, Schiffman R: Safety and efficacy of ketorolac tromethamine 0.4% ophthalmic solution in postphotorefractive keratectomy patients. J Cataract Refract Surg 2004, 30(8):1653-1660.

CETROLAC[®] MD (trometamol ceterolaco). Solução oftálmica estéril. **INDICAÇÕES:** CETROLAC[®] MD é indicado no tratamento para redução da dor, sensação de corpo estranho nos olhos, fotofobia, ardência e lacrimejamento dos olhos após cirurgia refrativa da córnea. **CONTRAINDICAÇÕES:** CETROLAC[®] MD é contraindicado para pessoas que apresentam alergia a qualquer um dos componentes da sua fórmula. Este medicamento é contraindicado para menores de 3 anos de idade. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** Para não contaminar o colírio evite o contato do conta gotas com qualquer superfície. Não permita que a ponta do frasco entre em contato direto com os olhos. CETROLAC[®] MD é um medicamento de uso exclusivamente tópico ocular. Uso durante a gravidez e lactação: Gravidez: Não existem estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. CETROLAC[®] MD deve ser usado durante a gravidez somente se o benefício potencial para a mãe justificar o risco potencial para o feto. Efeitos não teratogênicos: em virtude dos reconhecidos efeitos dos fármacos inibidores de prostaglandina sobre o sistema cardiovascular fetal em ratos (fechamento do canal arterial), o uso de CETROLAC[®] MD deve ser evitado durante a gravidez avançada. Lactação: Muitas drogas são excretadas pelo leite humano, portanto, deve-se ter cautela ao administrar CETROLAC[®] MD a mulheres que estejam amamentando. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Uso em crianças: A segurança e eficácia de trometamol ceterolaco não foram estabelecidas em crianças menores de 3 anos de idade. Uso em idosos: Não foram observadas diferenças de eficácia e segurança entre pacientes idosos e de outras faixas etárias, de modo que não há recomendações especiais quanto ao uso em idosos. Pacientes que utilizam lentes de contato CETROLAC[®] MD não deve ser utilizado durante o uso de lentes de contato gelatinosas ou hidrofílicas. Tire as lentes antes de aplicar CETROLAC[®] MD em um ou ambos os olhos e aguarde pelo menos 15 minutos para recolocá-las. O cloreto de benzalcônio presente na fórmula pode ser absorvido pelas lentes de contato hidrofílicas e ocasionar a descoloração das mesmas. Pacientes que fazem uso de mais de um medicamento oftálmico. Se você for utilizar CETROLAC[®] MD com outros colírios, aguarde um intervalo de 5 minutos entre a aplicação de cada medicamento. Pacientes com insuficiência renal ou hepática: Não há dados de estudo suficientes para esta população e portanto, não podem ser feitas recomendações específicas de dosagem. Efeitos sobre a córnea: O uso de anti-inflamatórios não esteroidais tópicos (AINEs) pode resultar em ceratite. Em alguns pacientes suscetíveis, o uso continuado de AINEs tópicos pode resultar no rompimento do epitélio, estreitamento da córnea, erosão da córnea, ulceração da córnea ou perfuração da córnea. Estes eventos podem comprometer a visão. Os pacientes com evidência de rompimento de epitélio da córnea devem imediatamente interromper o uso dos AINEs e devem ser cuidadosamente monitorados quanto à integridade da córnea. AINEs tópicos devem ser usados com cautela em pacientes que passaram por cirurgias nos olhos complicadas ou repetidas em um curto intervalo de tempo, que possuem denervação da córnea, defeitos do epitélio da córnea, diabetes mellitus, doenças da superfície ocular (por exemplo, síndrome do olho seco) ou artrite reumatóide. Pacientes com estes quadros podem ter risco maior para apresentar eventos adversos na córnea que podem comprometer a visão. Experiências pós-comercialização com AINEs tópicos também sugerem que o uso por mais de 24 horas antes da cirurgia ou por mais de 14 dias após a cirurgia podem aumentar o risco do paciente para a ocorrência e severidade de eventos adversos na córnea. Interações medicamentosas: Não foram relatadas interações de ceterolaco trometamol 0,5% com drogas tóxicas ou injetáveis utilizadas em oftalmologia para pré, intra ou pós operatórios, incluindo antibióticos (por exemplo, gentamicina, tobramicina, neomicina, polimixina), sedativos (por exemplo, diazepam, hidroxizina, lorazepam, cloridrato de prometazina), mióticos, midríaticos, cicloplégicos (por exemplo, acetilcolina, atropina, epinefrina, fisoisigmina, fenilefrina, ma-leato de timolol), hialuronidase, anestésicos locais (por exemplo, cloridrato de bupivacaína, cloridrato de ciclopentolato, cloridrato de lidocaína, tetracaina) ou corticosteróides. Sensibilidade cruzada: Há potencial para sensibilidade cruzada com o ácido acetilsalicílico, derivados do ácido fenilacético e outros agentes anti-inflamatórios não esteróides. Recomenda-se cautela no uso de CETROLAC[®] MD se tiver sensibilidade anterior a esses fármacos. Foram relatados casos de broncoespasmo ou exacerbação da asma em pacientes que possuem conhecida hipersensibilidade à anti-inflamatórios não esteroidais ou histórico de asma associado ao uso de trometamol ceterolaco. Recomenda-se cautela no uso de CETROLAC[®] MD se tiver sensibilidade anterior a esses fármacos. Sangramento: Com algumas drogas anti-inflamatórias não esteroidais, há o potencial para aumento do tempo de sangramento devido à interferência com a agregação de trombócitos. Existem relatos que AINEs aplicados nos olhos podem causar aumento no sangramento de tecidos oculares (incluindo hifemas) em conjunto com cirurgias. É recomendável que CETROLAC[®] MD seja usado com cautela em pacientes com conhecida tendência de sangramento ou que estão recebendo outros medicamentos que prolongam o tempo de sangramento. Cicatrização: Todos os AINEs tópicos podem deixar mais lento ou retardar a cicatrização (restauração de integridade do tecido lesado). O uso simultâneo dos AINEs tópicos e dos esteróides tópicos pode aumentar o potencial para os problemas de cicatrização. Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento. Não use medicamento sem o conhecimento do seu médico. Pode ser perigoso para a sua saúde. **REAÇÕES ADVERSAS:** Assim como qualquer medicamento, podem ocorrer reações indesejáveis com a aplicação de CETROLAC[®] MD. Reação comum (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): hiperemia conjuntival (vermelhidão nos olhos), inflamação (inflamação) da córnea, inchaço dos olhos, dor nos olhos. Outras reações foram observadas durante a pós comercialização de CETROLAC[®] MD e podem potencialmente ocorrer: ceratite ulcerativa. Informe ao seu médico, cirurgião-dentista ou farmacêutico o aparecimento de reações indesejáveis pelo uso do medicamento. Informe também à empresa através do seu serviço de atendimento. **CUIDADOS DE ADMINISTRAÇÃO:** Manter o produto em sua embalagem original e conservar em temperatura ambiente (entre 15° e 30°C); proteger da luz. O prazo de validade é de 24 meses a partir da data de fabricação (vide cartucho). Após aberto, válido por 30 dias. Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem. Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original. Aspecto físico: solução límpida, incolor a levemente amarelada. Antes de usar, observe o aspecto do medicamento. Caso ele esteja no prazo de validade e você observe alguma mudança no aspecto, consulte o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo. Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças. **POSOLOGIA:** Você deve usar este medicamento exclusivamente nos olhos. Antes de usar o medicamento, confira o nome no rótulo para não haver enganos. Não utilize CETROLAC[®] MD caso haja sinais de violação e/ou danificações do frasco. A solução já vem pronta para uso. Não encoste a ponta do frasco nos olhos, nos dedos e nem em outra superfície qualquer para evitar a contaminação do frasco e do colírio. Você deve aplicar o número de gotas da dose recomendada pelo seu médico em um ou ambos os olhos. A dose usual é de 1 gota aplicada no(s) olho(s) afetado(s), quatro vezes ao dia por até quatro dias, ou a critério médico. Feche bem o frasco depois de usar. Siga a orientação de seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento. Não interrompa o tratamento sem o conhecimento do seu médico. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Registro MS – 1.0497.1286.

CONTRAINDICAÇÕES: CETROLAC[®] MD é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade anteriormente demonstrada a qualquer um dos componentes da fórmula. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** há potencial para sensibilidade cruzada com o ácido acetilsalicílico, derivados do ácido fenilacético e outros agentes anti-inflamatórios não-esteróides.

Material técnico-científico exclusivo à classe médico.

AS AÇÕES DO CBO

No início de 2014, durante reuniões de desenvolvimento do planejamento estratégico da gestão, ao analisar o cenário e as tendências para o setor, foi decidido que a Oftalmologia buscava apresentar ao governo federal propostas para ampliar o acesso da população à assistência oftalmológica. As propostas de dezessete ações foram protocoladas junto ao Ministério da Saúde em 07 de maio.

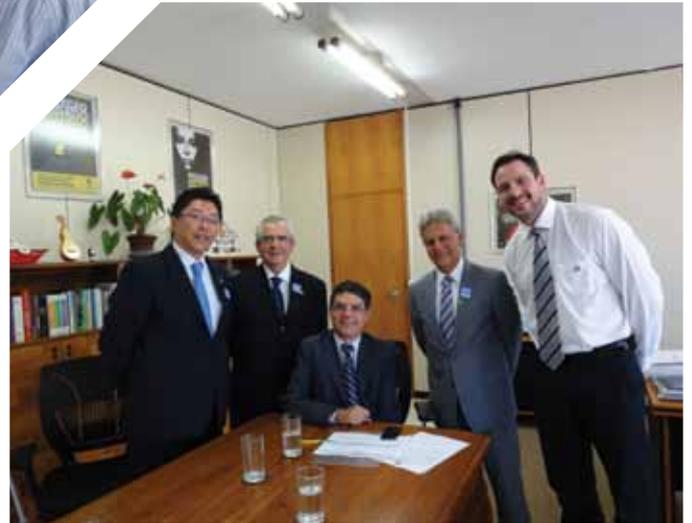
Diversas tentativas de discutir as propostas com o Ministério foram feitas ao longo do ano, sem que se lograsse êxito. Ao contrário: em reuniões de discussão sobre a reestruturação do SUS, representantes do CBO mais de uma vez ouviram que a Atenção Básica não é área da Oftalmologia, afirmativa que sinalizava claramente a intenção de utilizar outros profissionais – médicos ou não – para o atendimento primário.

A diretoria do CBO buscou outros interlocutores para discutir suas propostas quanto à ampliação do acesso da população ao atendimento oftalmológico: publicou um encarte no jornal Folha de São Paulo (jornal brasileiro com maior tiragem), e iniciou a realização de Seminários Regionais para discutir com os representantes da Oftalmologia o impacto de suas propostas nas diferentes realidades do território nacional.

O passo seguinte foi a realização do Seminário Nacional Mais Acesso à Saúde Ocular, no dia 03 de dezembro, no Senado Federal.

CONHEÇA AQUI AS PROPOSTAS DO MAIS ACESSO À SAÚDE OCULAR:

01. Atuação do oftalmologista nas ações de Atenção Básica: inserir o médico oftalmologista na equipe através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que hoje inclui 19 outros profissionais da saúde, como ginecologista obstetra, psiquiatra, geriatra, acupunturista, entre outros.
02. Programa de Oftalmologia Comunitária para atuar na Atenção Primária em Oftalmologia: oferecer ao médico recém-formado, ao médico da família, ou outro médico, capacitação para que ele possa atuar no atendimento primário de Oftalmologia. Para o residente e o aluno de especialização em Oftalmologia, propõe alterar o momento em que atuará, como prevê a Lei do Programa "Mais Médicos" (12.871/2013), para oferecer uma contribuição maior à sociedade, ocupando áreas prioritárias para o SUS, a fim de assegurar a universalização do acesso, como oftalmologista comunitário.
03. Contrato SUS desburocratizado com clínicas privadas: aproveitar a rede de atendimento oftalmológico instalada por todo o território nacional e disponibilizá-la aos usuários SUS. A remuneração poderia ser dada através de um "vale" para aqueles que já se beneficiam do Programa Bolsa Família trazendo muito pouco acréscimo financeiro para a União.
04. Capacitação das equipes do Programa de Saúde da Família: oferecer apoio didático e pedagógico, por ensino a distância pelo CBO, a profissionais da saúde que atuem em áreas de baixa oferta de oftalmologistas.
05. Consultórios móveis para a ampliação territorial da Atenção Primária em Oftalmologia: estruturar um serviço itinerante com objetivo de diminuir a falta de médicos locais e promover a saúde em cidades e localidades de menor porte, que naturalmente enfrentam dificuldades para fixar médicos especialistas.
06. Transporte sanitário: assistir ao cidadão atendido pela rede pública de saúde que, comprovadamente, necessita de atendimento médico especializado que não seja prestado no local de seu domicílio, tendo sido esgotadas todas as formas de tratamento de saúde em sua cidade.
07. Estímulo à instalação de centros oftalmológicos em áreas prioritárias para o SUS: instalar serviços de Atenção em Oftalmologia em locais sem oferta e com grande demanda por meio de convênios com o Estado (credenciamento) e de apoio financeiro para instalação e custeio inicial.
08. Estímulo à instalação de centros oftalmológicos de alto fluxo em áreas prioritárias para o SUS: ao invés de unidades móveis, pode-se utilizar estruturas fixas montadas para operacionalização com alto fluxo de atendimento.
09. Residências médicas ou cursos de especialização em localidades com baixa oferta de médicos oftalmologistas: formação de oftalmologistas, com ênfase na Atenção Primária, em cidades com carência de profissionais sem residências ou cursos de especialização tradicionais estabelecidos nas proximidades.
10. Estabelecer parceria entre CBO e Ministério da Saúde para elaboração de um novo censo oftalmológico: identificar localidades prioritárias para o SUS e construir ações para diminuir a carência de médicos oftalmologistas.
11. Plano de carreira federal para o médico oftalmologista comunitário em localidades prioritárias para o SUS: criar carreira de médico oftalmologista, com acesso por concurso público, realizado pelo Ministério da



Saúde. À semelhança de uma proposta do Conselho Federal de Medicina, o profissional teria jornada de trabalho de 40 horas semanais no atendimento ao SUS, com Plano de Cargos, Carreira e Salários, que lhe permitiria ascender.

12. Benefícios financeiros para a aquisição de equipamentos aos que se fixarem em localidades prioritárias: subsidiar a permanência do profissional médico nas áreas prioritárias para o SUS, um suporte financeiro por meio da renúncia fiscal e tributária na aquisição de equipamentos, de forma que ele possa obter a infraestrutura necessária para prestar atendimentos.
13. Tabela diferenciada de remuneração em localidades prioritárias para o SUS: estabelecer uma tabela de remuneração diferenciada ou outros estímulos financeiros para atuação em áreas prioritárias, em função da baixa oferta de serviços oftalmológicos.
14. Sistema de gerenciamento da assistência oftalmológica a um grupo populacional definido com remuneração per capita: ao invés de utilizar o sistema de pagamento atual por procedimento, o SUS remuneraria o médico/equipe médica credenciados para gerenciar a assistência de toda demanda oftalmológica dentro de uma complexidade acordada (Atenção Primária sempre presente) de um grupo populacional definido geograficamente.
15. Apoio didático e pedagógico — ensino a distância: capacitar equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) na realização de ações na Atenção Primária em Oftalmologia e oferecer apoio pedagógico aos programas de Oftalmologia Comunitária e Serviços de Especialização em Oftalmologia em áreas de interesse do SUS.
16. Apoio técnico e consultoria em Oftalmologia — telemedicina: dar voz aos profissionais que estão em locais distantes, levando atendimento aos locais mais longínquos do país, por meio de computador, *webcam* e *software* específico, criando uma rede de comunicação que promove conexões com centros de consultoria espalhados por todo o País. Um meio para promover e aumentar a qualidade do atendimento médico.
17. Remuneração para profissionais que atuem em educação a distância e telemedicina: oferecer subsídio para os especialistas que dão suporte didático em outras cidades expandindo a assistência na área médica.
18. Estágio para estudantes de cursos de especialização em áreas carentes: instituir horas de atividades complementares curriculares para os alunos dos cursos credenciados a serem cumpridas em áreas prioritárias do SUS.
19. Caravana da Saúde Ocular: mapeamento de áreas carentes e organização de mutirões com residentes para atendimento de crianças previamente triadas nas escolas.

TEMOS OFTALMOLOGISTAS SUFICIENTES E PROJETOS CAPAZES DE TRATAR ESTE BRASIL “CAOLHO”

O Brasil é o terceiro país do mundo com maior contingente de oftalmologistas, ficando atrás apenas da China e dos Estados Unidos, que apresentavam 28.338 e 25.152 oftalmologistas em 2010, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Internacional de Oftalmologia. O Censo CBO 2014 contabilizou 16.395 oftalmologistas, o que, comparado com outro Censo CBO de 2001, representava uma taxa de crescimento anual de 5,4%, três vezes maior que o próprio crescimento populacional brasileiro neste período. Se esta taxa de crescimento for mantida, dobraremos o número de oftalmologistas em 2030, enquanto a população brasileira passaria de cerca de 200 milhões para 250 milhões de habitantes (acréscimo de 25%). Mas esta taxa de crescimento forte deve aumentar pois o Conselho Brasileiro de Oftalmologia tem se empenhado em criar novos Cursos de Especialização em Oftalmologia, que hoje já são 78 por todo Brasil. Nos últimos 3 anos, o CBO credenciou 15 novos cursos em estados que não tinham nenhum, como Pará e Sergipe, além de mais 6 cursos no Nordeste e 7 em outras regiões. Temos, em média, uma boa relação de oftalmologista por grupo de habitantes, 1 para 12.261 habitantes, numa proporção bem favorável ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 1 oftalmologista para 17 mil habitantes, cuja marca atendida em 2001. Boa parte deste contingente de oftalmologistas está plenamente disponibilizado àqueles que se utilizam de Planos de Saúde, que compreende quase 25% da população.

E os outros 75% da população que depende do SUS? Números oficiais não são disponibilizados mas em torno de 5.000 oftalmologistas trabalhariam para o SUS com uma taxa estimada de um oftalmologista para cada 30 mil habitantes. A porta de entrada do sistema acontece através da Atenção Básica que não tem apoio de oftalmologistas, trazendo quase nenhuma resolutividade. Os que conseguem chegar aos Serviços Especializados de Oftalmologia são aqueles que serão submetidos a intervenções de alta complexidade, pois um cuidado integral oftalmológico não é considerado no sistema atual de remuneração baseado em procedimentos. No SUS, mais da metade do que se gasta em Oftalmologia é para remunerar apenas a cirurgia de catarata. Quase inexistente uma Atenção Primária Oftalmológica que poderia resolver 85% a 90% das principais causas de deficiência visual com um custo menor daquele dispendido apenas para os procedimentos mais complexos. Os gastos com procedimentos complexos devem ser mantidos mas uma ampliação estratégica sobre a Atenção Primária Oftalmológica certamente melhoraria a condição de saúde ocular de nossa população.



TEMOS UM ABISMO NA ASSISTÊNCIA OFTALMOLÓGICA ENTRE ESTES DOIS BRASIS, “UM QUE ENXERGA BEM E OUTRO MAL”.

Temos um abismo na assistência oftalmológica entre estes dois Brasis, “um que enxeraga bem e outro mal”. Contra esta exclusão social, o CBO, há um ano, lançou as propostas do Projeto “Mais Acesso à Saúde Ocular” com 19 propostas; das quais, podemos destacar:

1. Ampliação da Atenção Primária Oftalmológica com a disponibilização ao SUS da rede já instalada de clínicas privadas distribuídas pelo Brasil, não necessitando de grande investimento de infraestrutura;
2. Programa de Oftalmologia Comunitária com formação de médicos que atuariam próximos das equipes da Saúde da Família;
3. Centros Oftalmológicos de alto fluxo beneficiando-se do “*know-how*” desenvolvido pelo CBO nas diversas Campanhas como “Veja Bem Brasil”, “Olho no Olho”, Mutirões de Catarata, de Glaucoma e Retinopatia Diabética;
4. Participação do Oftalmologista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além de outras iniciativas de Teleconsultoria e Ensino a Distância aproximando a Atenção Especializada à Atenção Básica;
5. Estímulos de Carreira de Estado e outros subsídios para os oftalmologistas que atuarem em áreas desassistidas.

O médico generalista ou de qualquer outra especialidade no Brasil não tem formação para abordar casos oftalmológicos fazendo que as políticas de saúde pública que se desenvolverem devam incluir o profissional oftalmologista próximo da Atenção Básica para que alguma resolutividade ocorra e que um encaminhamento mais qualificado aconteça, diminuindo a sobrecarga sobre a atenção oftalmológica secundária e terciária. Pelo menos na área da Saúde Ocular, temos recurso humano para resolver o grande desafio de ampliar o seu acesso.

Ressecamento ocular.
É hora de virar esta página.

Systeme[®]
UL LUBRIFICANTE
OFTÁLMICO



Qualidade de visão que se mantém por mais tempo.¹

Maior comodidade durante as atividades diárias.²

Melhor lubrificação com proteção prolongada.^{2,3}



Alcon[®]
a Novartis company

Referências: 1. Torkildsen G, The effects of lubricant eye drops on visual function as measured by the Interblink interval Visual Acuity Decay test. Clin Ophthal. 2009;3 501-506. Poster presented at the Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO), May 3-7, 2009; Fort Lauderdale, FL. 2. Data on file. Alcon Laboratories, Inc. 3. Ketelson HA, Davis J, Meadows DL. Characterization of a novel polymeric artificial tear delivery system. Poster A139 presented at: ARVO; April 27, 2008; Fort Lauderdale, FL.

©2014 Novartis

AP3-295-PH-JUL/14

Reg. ANVISA nº 80147540163

UM ANO DE MUITA ATIVIDADE PELA AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO À SAÚDE OCULAR

JANEIRO DE 2014

São realizadas reuniões na sede do CBO para desenvolver o planejamento estratégico da gestão.

MAIO DE 2014

No dia 07, a diretoria protocola no Ministério da Saúde seu projeto com as propostas para melhorar o acesso da população aos cuidados com a saúde ocular.

SETEMBRO DE 2014

É divulgado o resultado do Censo CBO 2014, que corrobora a necessidade de repensar a distribuição dos oftalmologistas pelo território brasileiro.

NOVEMBRO DE 2014

No dia 20, é realizado o primeiro Seminário Regional para discutir as propostas CBO com as lideranças oftalmológicas do Centro-Oeste.

JANEIRO DE 2015

Durante uma das reuniões de planejamento estratégico do CBO, surge a proposta de buscar que um projeto de lei fosse desenvolvido corroborando as propostas do programa Mais Acesso à Saúde Ocular.

FEVEREIRO, MARÇO E ABRIL DE 2014

São elaboradas as propostas do programa "Mais Acesso à Saúde Ocular", com a participação da diretoria e de colaboradores de comissões CBO.

JULHO E AGOSTO DE 2014

Representantes do CBO participam de diversas reuniões com representantes do Ministério da Saúde com objetivo de discutir suas propostas.

OUTUBRO DE 2014

No dia 25, é publicado um encarte na Folha de São Paulo sobre as propostas CBO.

DEZEMBRO DE 2014

É realizado no Congresso Nacional o Seminário Mais Acesso à Saúde Ocular.

MARÇO DE 2015

A diretoria do CBO é convidada pela nova responsável pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) a apresentar suas propostas para ampliar o acesso da população aos cuidados com a saúde ocular no SUS.



MAIS ESPECIALIDADES NA OFTALMOLOGIA DEVE CONTEMPLAR AS PRINCIPAIS CAUSAS DE CEGUEIRA

Atendimento com equipe multidisciplinar da Atenção Básica pode reduzir a espera por atendimento no SUS. O modelo atual de atenção no Sistema Único de Saúde estabelece que o primeiro contato de atendimento oftalmológico ocorra nos ambulatórios de clínicas especializadas em Oftalmologia, pelo próprio médico oftalmologista (Atenção Especializada). Entretanto, é fato que parte desta demanda é composta por dúvidas e necessidade de orientações que poderiam ser oferecidas ainda nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pela equipe multidisciplinar da Saúde da Família, aumentando a resolutividade na Atenção Básica e evitando a sobrecarga de atendimentos na Atenção Especializada.

Estudo publicado na Revista APS (Atenção Primária à Saúde), em 2007, avaliou quais seriam os melhores métodos de exame de triagem das doenças oculares mais prevalentes, passíveis de serem realizados pela equipe em um ambulatório de Atenção Básica. Na sua conclusão, um exame de acuidade visual e um exame de fundo de olho (exames que teoricamente qualquer médico de família deveria

estar apto a realizar), associados a um questionário simples com cinco perguntas sobre os fatores de risco mais importantes para doenças oculares, obtiveram uma sensibilidade de 83% e especificidade de 76%.

Para Milton Ruiz Alves, presidente do CBO, é possível oferecer uma solução para as dificuldades econômicas que inviabilizam a aquisição de equipamentos sofisticados, capazes de auxiliar o médico oftalmologista no diagnóstico precoce de diversas patologias, por meio de uma ação integrada e ajustada entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. Ele defende que recursos tecnológicos podem ser empregados não apenas como suporte à formação de médicos oftalmologistas, como também na capacitação específica, focada na atenção à saúde ocular, dos integrantes das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família). O presidente do CBO também enfatiza a importância da inclusão do médico oftalmologista nas ações da Atenção Básica e defende outras formas de interação entre oftalmologistas e médicos de família e comunidade, que incluem a referência e a contrarreferência, a educação continuada e

a interconsulta: "É fundamental trabalhar em direção a uma integralidade de ações e garantia de acesso à população com determinado agravo ocular ao oftalmologista, o que seria possível através da criação de mecanismos facilitados de referência e contrarreferência nos sistemas municipais, e com o engajamento dos gestores de saúde". Quanto à educação continuada, Milton Ruiz afirma que ela deveria ser entendida como uma via de mão dupla, em que se promoveria o intercâmbio de conhecimentos e práticas entre os oftalmologistas e as equipes de saúde da família. Sobre a interconsulta, o presidente do CBO defende que o acompanhamento compartilhado entre o especialista e o profissional de saúde da família em determinados casos permitiria alcançar maior resolutividade e integralidade em nível de Atenção Básica, e lamenta que não se observe com maior frequência tal envolvimento no cuidado ao indivíduo.

A diretoria já colocou o CBO à disposição do Ministério da Saúde para auxiliar na construção de protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada.



A DIRETORIA JÁ COLOCOU O CBO À DISPOSIÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA AUXILIAR NA CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.”

CONHEÇA OS QUATRO MÓDULOS DA SAÚDE OCULAR

REFRAÇÃO:

É possível estimar que cerca de 14 milhões de brasileiros deixariam a condição de baixa visão apenas por meio da correção refracional. O CBO estima a prevalência dos erros refrativos com indicação para correção óptica como sendo de 12% das crianças nos primeiros anos escolares; 25% no final do ciclo básico; 25% aos 35 anos de idade; 40% aos 40 anos de idade; 75% aos 45 anos de idade; 85% aos 55 anos de idade e de 93% acima de 65 anos de idade.

Cerca de 20% dos municípios brasileiros contam com menos de cinco mil habitantes. Neles, o melhor custo-benefício é o uso de unidades móveis equipadas para exame refracional.

CATARATA:

A cegueira por catarata constitui grave problema de saúde pública no Brasil e deve se tornar ainda maior com o envelhecimento da população esperado nos próximos anos. Recomenda-se que os casos de baixa visão ou cegueira por catarata na população carente sejam detectados em nível primário de atenção à saúde (Atenção Básica), sendo referidos para nível secundário os que necessitarem de cirurgia.

A prevenção e o tratamento da cegueira infantil são específicos para cada doença. Para a identificação precoce de leucocoria (pupila branca), que ocorre em casos de catarata congênita, e ainda do retinoblastoma (tumor da retina) e da retinopatia da prematuridade, utiliza-se o teste do olhinho ou teste do reflexo vermelho.

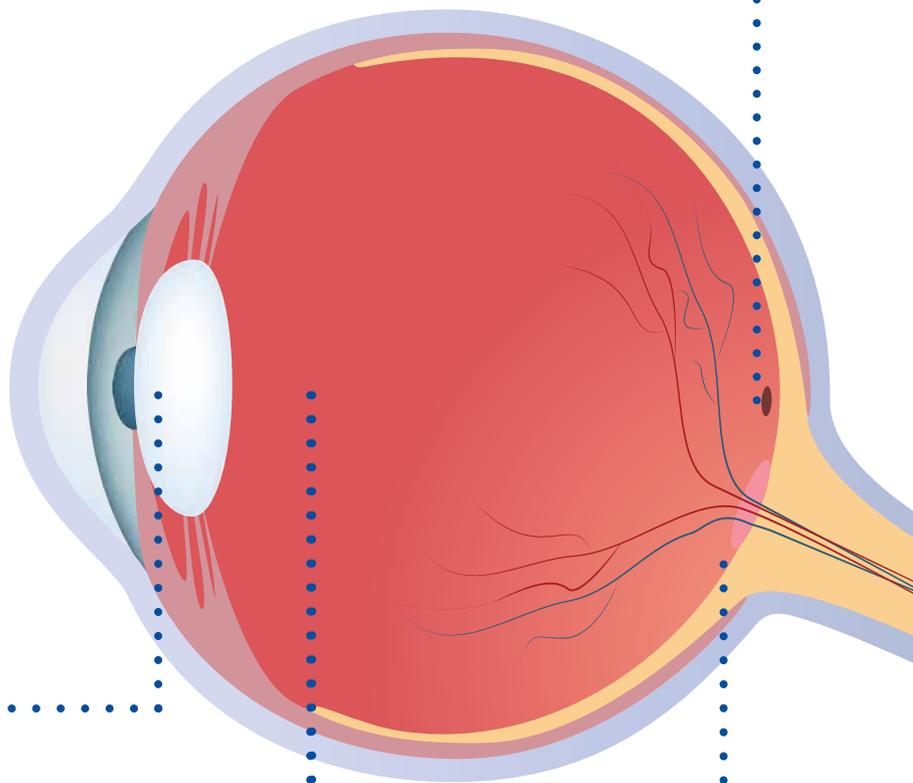
GLAUCOMA:

O glaucoma é a segunda maior causa de cegueira no mundo. No Brasil, estima-se que até 2-3% da população acima de 40 anos possa ter a doença, sendo que, em 50% a 60% destes, o diagnóstico é de glaucoma primário de ângulo aberto e em torno de 20% é de glaucoma primário de ângulo fechado. Em 2003, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia estimava que no país houvesse 900 mil portadores dessa doença e que, provavelmente, 720 mil estavam assintomáticos, ainda necessitando de diagnóstico.

DOENÇAS DA RETINA:

No Brasil, estima-se que o diabetes melito (DM) atinja ao redor de 8% da população entre as idades de 30 e 69 anos, aumentando para mais de 18% na população com mais de 70 anos de idade. Sabe-se que 25% dos pacientes insulino-dependentes irão desenvolver algum grau de retinopatia diabética (RD) após um período entre cinco e 10 anos de doença.

A RD é uma das maiores causas de cegueira irreversível na população adulta em quase todo o mundo. No Brasil, estima-se que a cegueira entre diabéticos pode alcançar a prevalência de 4,8%. A RD é a principal causa de cegueira ocorrendo em pessoas em idade laboral e produtiva (entre 16 e 64 anos).



1. MÓDULO DA REFRAÇÃO

Após o atendimento na Atenção Básica e identificação de queixas de dificuldades visuais, olho vermelho, desconforto ou dor ocular, lacrimejamento e medida de acuidade visual (criança), protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para exame oftalmológico com o médico oftalmologista.

EXAME CLÍNICO GERAL EM OFTALMOLOGIA

A consulta com o médico oftalmologista inclui medida da acuidade visual, avaliação da motilidade ocular extrínseca, exame de refração ocular, prescrição dos óculos quando necessários, biomicroscopia em lâmpada de fenda (avaliação da superfície ocular e dos segmentos anterior e posterior), gonioscopia, tonometria ocular, fundoscopia e mapeamento de retina.

Cerca de 20% dos municípios brasileiros contam com menos de cinco mil habitantes. Para essas pequenas cidades, o melhor custo-benefício é o uso de unidades móveis equipadas para o exame refracional.

2. MÓDULO DA CATARATA

Atendimento na Atenção Básica com identificação de queixas de turvação visual, “fantasmas nas imagens”, ofuscamento, diplopia monocular, redução da percepção de cores; teste do reflexo vermelho alterado – protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para exame oftalmológico com o médico oftalmologista.

EXAME CLÍNICO GERAL EM OFTALMOLOGIA

A consulta com o médico oftalmologista inclui medida da acuidade visual, avaliação da motilidade ocular extrínseca, exame de refração ocular, prescrição dos óculos quando necessários, biomicroscopia em lâmpada de fenda (avaliação da superfície ocular e dos segmentos anterior e posterior), gonioscopia, tonometria ocular, fundoscopia e mapeamento de retina.

Nos casos em que a presença de catarata aponte para tratamento cirúrgico, o paciente é submetido às seguintes ações para confirmação diagnóstica e pré-operatório: paquimetria, ceratometria, microscopia especular de córnea, ultrassonografia do bulbo ocular, biometria ultrassônica para cálculo do poder dióptrico da lente intraocular.

O tratamento cirúrgico poderá incluir uma das seguintes modalidades: capsulotomia com Yag Laser, capsulectomia posterior cirúrgica, cirurgia de catarata (facectomia com implante de lente intraocular ou facectomia sem implante de lente intraocular ou facoemulsificação com implante de lente intraocular rígida ou facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável), vitrectomia anterior, reposicionamento de lente intraocular ou cirurgia de catarata congênita.

DEFICIÊNCIA VISUAL EVITÁVEL NA INFÂNCIA

< 14 anos	→	46 milhões
20% problemas oculares	→	9,2 milhões
7% necessidade óculos	→	3,2 milhões
2-3% ambliopia	→	1.380.000



ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA COM IDENTIFICAÇÃO DE QUEIXAS DE TURVAÇÃO VISUAL, “FANTASMAS NAS IMAGENS”, OFUSCAMENTO, DIPLOPIA MONOCULAR, REDUÇÃO DA PERCEPÇÃO DE CORES.”

3. MÓDULO DO GLAUCOMA

Atendimento na Atenção Básica com identificação de fatores de risco associados, glaucoma agudo – dor ocular, aumento da digitopressão etc.; glaucoma crônico –, histórico familiar, perda de campo periférico; protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para exame oftalmológico com o médico oftalmologista.

EXAME CLÍNICO GERAL EM OFTALMOLOGIA

A consulta com o médico oftalmologista inclui medida da acuidade visual, avaliação da motilidade ocular extrínseca, exame de refração ocular, prescrição dos óculos quando necessários, biomicroscopia em lâmpada de fenda (avaliação da superfície ocular e dos segmentos anterior e posterior), gonioscopia, tonometria ocular, fundoscopia e mapeamento de retina.

Ações para confirmação diagnóstica e acompanhamento incluem, entre outras, tonometria, fundoscopia e campimetria. O tratamento poderá ser feito com colírios (1ª, 2ª e 3ª linhas), cirurgia (fototrabeculoplastia a laser ou implante de prótese anti-glaucomatosa ou trabeculectomia ou tratamento cirúrgico de glaucoma congênito). O acompanhamento pós-cirúrgico inclui tonometria, fundoscopia, campimetria, ultrassonografia e biometria ultrassônica.

4. MÓDULO DAS DOENÇAS DA RETINA

Atendimento e acompanhamento na Atenção Básica dos portadores de diabetes melito (educação e controle metabólico para evitar complicações), realizar diagnóstico precoce da RD (retinografia digital na UBS dos portadores de DM por meio de telediagnóstico); protocolo de encaminhamento da Atenção Básica para exame oftalmológico com o médico oftalmologista.

EXAME CLÍNICO GERAL EM OFTALMOLOGIA

A consulta com o médico oftalmologista inclui medida da acuidade visual, avaliação da motilidade ocular extrínseca, exame de refração ocular, prescrição dos óculos quando necessários, biomicroscopia em lâmpada de fenda (avaliação da superfície ocular e dos segmentos anterior e posterior), gonioscopia, tonometria ocular, fundoscopia e mapeamento de retina.

Ações para confirmação diagnóstica e acompanhamento incluem, entre outras, retinografia colorida binocular ou retinografia fluorescente binocular ou tomografia de coerência óptica bilateral, campimetria e eletrorretinografia. O tratamento clínico inclui fotocoagulação a laser ou panfotocoagulação. O tratamento cirúrgico inclui as seguintes modalidades: vitrectomia anterior ou vitrectomia posterior com infusão de perfluorocarbono e endolaser ou posterior com infusão de perfluorocarbono/ óleo de silicone/endolaser; retinopexia pneumática; além de injeção subconjuntival ou intravítrea. O acompanhamento pós-cirúrgico inclui ultrassonografia do globo ocular, retinografia fluorescente ou tomografia de coerência óptica.

CEGUEIRA EVITÁVEL POR GLAUCOMA NO BRASIL

- Povo (2007) 1.636 > 40 anos.
 - 3,4% todos os tipos de glaucoma.
 - Somente 10% sabiam da doença.
- Brasil 1.45 milhões glaucoma 2020.
- 220.000 cegos de 1 olho e não sabem que são glaucomatosos.

CEGUEIRA EVITÁVEL POR DIABETES NO BRASIL

BRASIL	%	TOTAL
População brasileira IBGE 2010		190.000.000
Diabéticos	6%	11.400.000
Tem conhecimento da doença	50%	5.700.000
Tem alto risco de cegueira	0,18%	342.000

MAIS ESPECIALIDADES OFTALMOLOGIA

DIRETORIA CBO

O impacto da perda visual na vida de uma pessoa é profundo, tanto no lado pessoal como no econômico e no social. As consequências da cegueira constituem um problema sério de saúde coletiva¹.

Os profissionais que trabalham com atenção básica apresentam um papel relevante na prevenção e no controle da deficiência visual, ao estarem em contato direto e estreito com a comunidade onde estão inseridos². No entanto, a disparidade e a iniquidade na disponibilidade dos serviços de saúde ocular, associadas ao despreparo de alguns profissionais de saúde, principalmente daqueles responsáveis pela Atenção Básica no seio da comunidade, levam a situações de falha na prevenção e controle de algumas causas evitáveis de cegueira e deficiência visual³.

A implementação do programa "Mais Especialidades", do governo federal, com a inserção dos serviços oftalmológicos (e do médico oftalmologista) na Atenção Básica do SUS configura uma oportunidade ímpar para a implementação da prevenção e controle de condições que possam afetar a saúde ocular da comunidade. O CBO é reconhecido pelo Ministério da Saúde como sendo a primeira sociedade de especialidade a apresentar propostas que abrangem o conteúdo do cuidado, fazendo a aproximação na Atenção Básica. Estas propostas (programa "Mais Acesso à Saúde Ocular") que foram debatidas no Senado Federal, em dezembro, permitem ao gestor público ampliar as possibilidades para a criação de uma efetiva Rede Estadual de Atenção à Saúde Ocular, como preconizado na Política Nacional de Atenção Oftalmológica em vigor, o que ainda não foi colocado em prática na maioria dos estados brasileiros. A organização dessas redes, com definição dos centros de referenciados, serviços de atenção especializada secundários e terciários, com hierarquização da referência e contrarreferências intra e intermunicipais, ordena e amplia o acesso à Oftalmologia e permite reorganizar com racionalidade a Saúde Ocular como bem público do sistema, reduzir iniquidades e custos e, finalmente, construir um modelo assistencial inclusivo, coordenado e integrado, com linhas de cuidados continuados oferecidas por redes assistenciais integradas entre setores público e privado, com foco no paciente e na continuidade dos cuidados.

O Conselho Brasileiro de Oftalmologia entende que este é o principal caminho para acolher a população brasileira em um dos seus mais fundamentais direitos constitucionais, a saúde.

REFERÊNCIAS

1. WEST, S.; SOMMER, A. Prevention of blindness and priorities for the future. Bull. World Health Org., Geneva, v. 79, n. 3, p. 244-48, 2001.
2. GOLDZWEIG, C.L. *et al.* Preventing and managing visual disabilities in primary care: clinical applications. JAMA, v. 291, n. 12, p. 1497-502, 2004.
3. GUEDES, R.A.P. As estratégias de prevenção em saúde ocular no âmbito da saúde coletiva e da Atenção Primária à Saúde - APS. Rev. APS, v.10, n.1, p. 66-73, 2007.

O PROGRAMA APRESENTADO AO MINISTÉRIO

No dia 06 de fevereiro, atendendo a uma solicitação do coordenador de Alta e Média Complexidade da SAS (Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde), José Eduardo Fogolin Passos, a diretoria do CBO enviou ao Ministério cinco estratégias dentro do Programa Mais Especialidades – Oftalmologia para a expansão do exame de refração ocular no SUS. Na elaboração das propostas, foi considerado que:

- Os erros de refração estão entre as cinco prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS) no combate à disfunção visual no mundo.
- No Brasil, os erros de refração são importante causa de deficiência visual. Além disso, o tratamento dos erros de refração é de alta eficácia e de relativo baixo custo, quando comparado com as perdas sociais e laborais deles decorrentes.
- A estratégia para pequenos municípios, considerando-se o melhor custo-benefício, é o uso de unidades móveis (ônibus ou barcos) equipadas para exame refracional, uma vez que a contratação de mão de obra e a aquisição dos consultórios oftalmológicos que ficam pouco utilizados representam custo desnecessário.
- No caso dos escolares, aumentar a abrangência do Programa Olhar Brasil com o exame realizado nas escolas é o melhor meio de atingir esta faixa etária.
- O universo que necessita correção óptica, segundo Ferraz (2013), é de cerca de 30% da população. Assim a quantidade de pessoas que necessitam de uma receita de óculos no Brasil seria de aproximadamente 60 milhões. Como a OMS preconiza uma avaliação oftalmológica a cada 2-3 anos, isto representaria 20 milhões de receitas de óculos por ano. Deste número, caberia ao SUS 3/4 ou 15 milhões de receitas de óculos por ano. A oferta de óculos padronizados, com a aproximação da correção óptica pelo equivalente esférico, é um meio de ter correção óptica de baixo custo em larga escala.
- Para as grandes cidades, a melhor estratégia é ter Unidades Fixas Oftalmológicas de alto fluxo para exame de refração, tendo em vista que a grande e maciça demanda em Oftalmologia é o exame refracional.



NO BRASIL, OS ERROS DE REFRAÇÃO SÃO IMPORTANTE CAUSA DE DEFICIÊNCIA VISUAL. ALÉM DISSO, O TRATAMENTO DOS ERROS DE REFRAÇÃO É DE ALTA EFICÁCIA E DE RELATIVO BAIXO CUSTO, QUANDO COMPARADO COM AS PERDAS SOCIAIS E LABORAIS DELES DECORRENTES.”

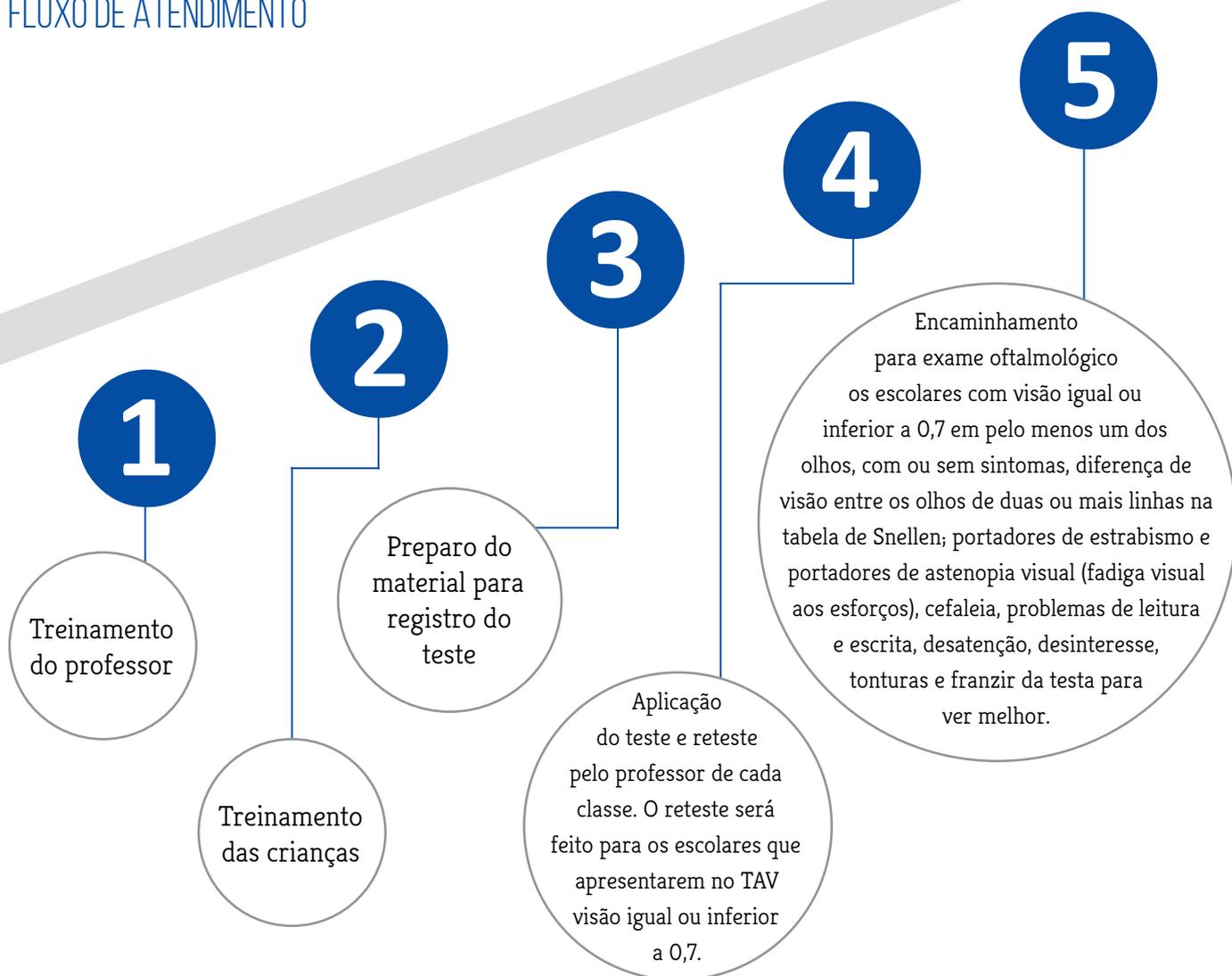
CONHEÇA AS PROPOSTAS:

MAIS SAÚDE OCULAR PARA O ESCOLAR

O Programa tem por objetivos prestar assistência oftalmológica aos alunos matriculados na rede pública de Ensino Fundamental (1ª a 8ª série) nas suas próprias escolas. Assim, os alunos previamente identificados nas suas escolas pelos seus professores com problemas visuais (TAV) constituem sua população-alvo. Uma vez identificada a necessidade de uso de óculos, a prescrição, o aviamento e o seu fornecimento ocorrerão no mesmo momento da consulta oftalmológica. Alunos identificados com outros problemas oftalmológicos terão a garantia de referência para serviços especializados em Oftalmologia, no âmbito do SUS.

Uma equipe multidisciplinar (médico oftalmologista, agente de saúde e óptico) com equipamento acomodado em mala ou mochilão percorrerá as escolas e nelas examinará os escolares, prescreverá e entregará os óculos prescritos sem demora. Assim, estará sendo construindo um Programa de Atenção Primária em Oftalmologia, com a missão de buscar o aprimoramento da saúde ocular da população. Este Programa aumentará a abrangência do Programa "Olhar Brasil", principalmente nas regiões carentes de infraestrutura e de profissionais.

FLUXO DE ATENDIMENTO



A triagem visual, o exame oftalmológico e o aviamento e entrega dos óculos subsequente à prescrição ocorrerão na própria escola evitando a necessidade de encaminhamento para consulta oftalmológica em outra data e local, poupando, portanto a necessidade de transporte. Com a prescrição, montagem e entrega dos óculos de imediato, evita-se a demora no recebimento dos óculos pelo escolar e a falta de sua conferência.

Os escolares que apresentarem erro de refração, cuja correção demandar lentes cilíndricas ou esferocilíndricas, receberão posteriormente os seus óculos. Estima-se que entre 70% e 80% dos alunos poderão receber os seus óculos no momento de sua prescrição.

PRESCRIÇÕES ÓPTICAS

A prescrição dos óculos, após exame de refração sob cicloplegia (instilação de 1 gota do colírio de ciclopentolato a 1%, exame de refração após 30 minutos), obedecerá aos seguintes critérios:

- a) $\geq +3,0$ DE hipermetropia;
- b) $\geq 0,75$ DE miopia;
- c) $\geq 0,75$ DC astigmatismo;
- d) Os parâmetros acima deverão ser utilizados como referência somente em crianças sem sintomatologia específica.

DADOS RELEVANTES

- 20% das crianças em idade escolar apresentam algum problema oftalmológico; em cada 1000 escolares, 100 são portadores de erro de refração - 5% delas apresentam redução da acuidade visual para menos de 50% de visão normal – 95% dos problemas oftalmológicos podem ser evitados ou minorados com promoção de saúde e assistência.
- Prevalência de erro de refração na faixa etária de 7-14 anos necessitando de correção óptica: 10%.
- Estimativa do número de atendimentos de escolares na escola: de cada 1000 escolares submetidos à TAV pelo professor, 150 escolares são triados para exame oftalmológico completo. A avaliação, prescrição dos óculos e aviamento dos óculos pelo óptico utilizando armações e lentes prontas (80% das prescrições poderão ser aviadas dessa forma) representarão o trabalho realizado por uma equipe em 1 dia.

EXAME DE REFRAÇÃO EM UNIDADES OFTALMOLÓGICAS MÓVEIS EM MUNICÍPIOS COM MENOS DE 50 MIL HABITANTES

Nenhum país do mundo dispõe de recursos suficientes para serem aplicados em todas as demandas da área de saúde. Um dos princípios básicos de economia em saúde pública é o de adotar medidas personalizadas que propiciem redução de custos sem que ocorram impactos negativos nos níveis de saúde.

Equipamentos oftalmológicos são caros. Não se pode ter e não há necessidade de se ter um consultório oftalmológico por Unidade Básica de Saúde. Levando em conta que o Brasil possui cerca de 5.500 municípios e que número de habitantes é variável, são necessárias soluções apropriadas para diferentes realidades.

Para municípios pequenos, em especial os menores que 20.000 habitantes (3.785 municípios), a assistência oftalmológica pode ser feita por Unidades Móveis equipadas para o atendimento de exame refracional. As unidades móveis já são utilizadas em diversos países. Na Itália, unidades móveis equipadas para fotodocumentação do fundo de olho e exame angiofluoresceinográfico, transmitindo as imagens via internet para centros onde estão retinólogos que analisam as imagens, fizeram com que o número de cegos por retinopatia diabética fosse reduzido.

OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE MÓVEL

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), sob a coordenação da professora Silvana Schellini, diretora da Faculdade de Medicina, instalou em seu serviço uma unidade móvel oftalmológica bem equipada, que possibilita diagnosticar e tratar os casos simples no local de moradia dos atendidos. No começo, a área de abrangência pretendida seria delimitada pelo próprio SUS. Mas o projeto acabou extrapolando tal delimitação, e atualmente atende, na medida em que é procurado, até municípios mais distantes. Na experiência de Botucatu, a maioria das pessoas que procuram espontaneamente a unidade móvel apresenta erros de refração (10 anos de ação na comunidade através da unidade móvel permitiram que o projeto reunisse dados de prevalência e fatores de risco de cegueira para Botucatu e região).

A experiência do uso de consultórios móveis do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu é muito bem sucedida em alto fluxo de atendimento.



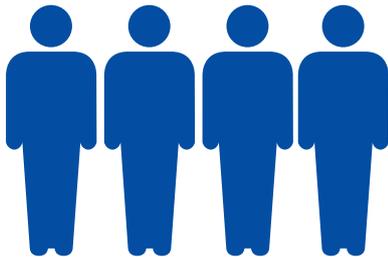
PARA MUNICÍPIOS PEQUENOS, EM ESPECIAL OS MENORES QUE 20.000 HABITANTES (3.785 MUNICÍPIOS), A ASSISTÊNCIA OFTALMOLÓGICA PODE SER FEITA POR UNIDADES MÓVEIS EQUIPADAS PARA O ATENDIMENTO DE EXAME REFRACTIONAL.”

A EQUIPE



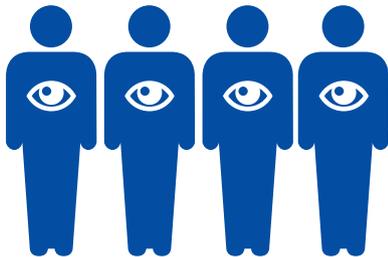
COORDENADORA

- responsável pelos contatos com os municípios;
- forma as equipes de trabalho para cada viagem;
- checa os equipamentos, os receituários e tudo o mais que for necessário.



SUPORTE

- Quatro ou cinco pessoas;
- Organizam a fila;
- Pingam colírios;
- Auxiliam na tomada da acuidade visual (TAV);
- Explicam o teor das receitas.



EQUIPE MÉDICA

- Três residentes ou alunos de especialização em Oftalmologia;
- Um professor de Oftalmologia.



MOBILIDADE

- Um motorista.

Os resultados obtidos em um consultório equipado e instalado em um veículo (ônibus) mostram que, com apenas dois dias de atendimento por semestre, é possível suprir a demanda por oftalmologistas de uma cidade com até 10 mil habitantes. Se ampliado o período para três dias a cada semestre, pode-se sanar a fila nos municípios com 15 mil moradores.

UNIDADES OFTALMOLÓGICAS PERMANENTES EM MUNICÍPIOS COM MAIS DE 50 MIL HABITANTES

As Unidades Oftalmológicas de alto fluxo devem incorporar o modelo de atendimento oftalmológicos dos mutirões, ou seja, uma linha de montagem com equipamentos alinhados para facilitar a realização das diversas etapas do exame ocular do paciente.

Estas Unidades podem ser inseridas em Unidades de Pronto Atendimento de Especialidades ou em Unidades do Poupa Tempo (aqui para lembrar o modelo de alto fluxo de atendimento destas unidades em que, por exemplo, as pessoas fazem a renovação da CNH). A estimativa é de 20 exames oftalmológicos por hora, por equipe, ou seja, 100 refrações no período de 5 horas por oftalmologista. Outras anormalidades oculares devem ser encaminhadas para atenção especializada.

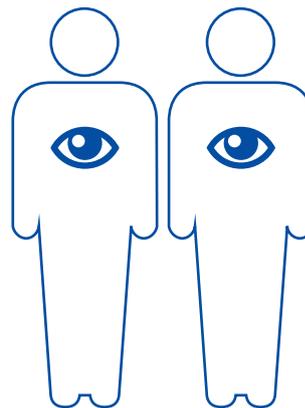
A planta física deve disponibilizar área de:

- Espera, com cadeiras;
- Sala para dilatação de pupila;
- Sala com os equipamentos alinhados, para facilitar a locomoção do paciente (por exemplo, do autorrefrator para o tonômetro pneumático, lâmpada de fenda, refrator manual de Greens e oftalmoscópio);
- Equipamentos: consultório oftalmológico básico: tabela AV, lensômetro, autorrefrator, tonômetro pneumático, lâmpada de fenda, esquiocópio, retinoscópio, oftalmoscópio, cadeira, coluna e refrator manual de Greens.

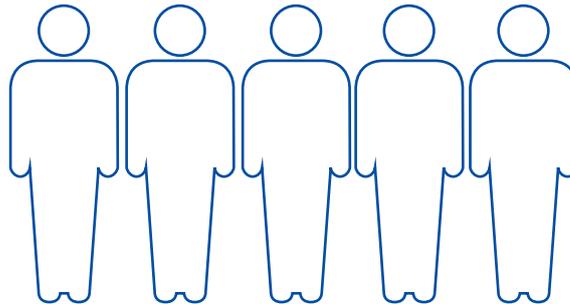


A ESTIMATIVA É DE 20 EXAMES OFTALMOLÓGICOS POR HORA, POR EQUIPE, OU SEJA, 100 REFRAÇÕES NO PERÍODO DE 5 HORAS POR OFTALMOLOGISTA. ”

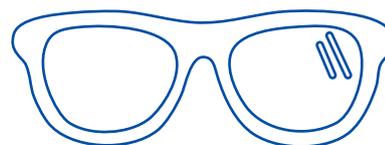
COMPOSIÇÃO DA EQUIPE



DOIS MÉDICOS OFTALMOLOGISTAS



CINCO AGENTES DE SAÚDE



UM ÓPTICO
(COM ARMAÇÕES E LENTES
PARA PRONTA ENTREGA)

CONTRATO SUS DESBUROCRATIZADO COM CLÍNICAS OFTALMOLÓGICAS PARA ATENDIMENTO AOS BENEFICIÁRIOS DOS PROGRAMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

A rede oftalmológica disponível para a Saúde Suplementar está amplamente distribuída no território nacional e atua principalmente na Atenção Primária em Oftalmologia. O sistema público poderia se beneficiar através de um sistema de contrato SUS desburocratizado com as clínicas privadas que estão disponíveis imediatamente, sem a necessidade de investimento do estado em infraestrutura e equipamento.

Desta forma, a Rede de Atenção Oftalmológica fica estruturada com uma ampla rede de Atenção Primária em Oftalmologia que se articularia com as já existentes Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e de Centros de Referência em Oftalmologia.

Ainda, esta Rede de Atenção Primária em Oftalmologia, além de ter uma distribuição territorial ampla, passa a ser altamente resolutive e de qualidade, diminuindo a demanda para as unidades de atenções mais complexas.

Este é um movimento em direção a um sistema realmente unificado, disponibilizando os recursos disponíveis para toda população, almejado a consolidação do SUS.

OPERACIONALIZAÇÃO

Trata-se de um projeto viável tanto financeira quanto operacionalmente, que revolucionaria o acesso e qualidade da saúde ocular. As várias iniciativas de proteção social implementadas pelo Estado, inclusive com transferência de renda para pessoas e famílias que vivem abaixo da linha de pobreza, já fazem parte há muito tempo da cultura política nacional.

O pagamento (apenas de consultas oftalmológicas básicas que incluiriam refração, biomicroscopia, tonometria, fundoscopia e avaliação de motilidade ocular) poderia se valer de um sistema de “Vale-Consulta Oftalmológica” beneficiando os inscritos no Programa Bolsa-Família.

Pacientes que necessitassem de atenção secundária e terciária em Oftalmologia seriam encaminhados para a rede de atenção mais complexa, nas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e nos Centros de Referência em Oftalmologia.



O SISTEMA PÚBLICO PODERIA SE BENEFICIAR ATRAVÉS DE UM SISTEMA DE CONTRATO SUS DESBUROCRATIZADO COM AS CLÍNICAS PRIVADAS QUE ESTÃO DISPONÍVEIS IMEDIATAMENTE, SEM A NECESSIDADE DE INVESTIMENTO DO ESTADO EM INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTO.”

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAREM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (SAÚDE OCULAR)

O governo brasileiro editou em 22 de outubro de 2013 a Lei 12871/13, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM). Para a consecução dos seus objetivos, entre outras ações, previu a reordenação da oferta de cursos de Medicina e vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente para os alunos, e promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

O CBO, fiel à sua missão de contribuir permanentemente com a melhoria da saúde pública ocular, especialmente focando em diminuir esse déficit social de desassistidos, tem levado ao governo sugestões de projetos que visam à interiorização do médico oftalmologista e melhorar o acesso público à Saúde Ocular de qualidade em áreas de interesse do SUS (Programa Mais Acesso à Saúde Ocular).

OPERACIONALIZAÇÃO

a) Apoio didático e pedagógico - ensino a distância

Ferramenta que o CBO disponibiliza para capacitar equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) na realização de ações na Atenção Primária em Oftalmologia. Ainda pode servir como apoio pedagógico dos Programas de Oftalmologia Comunitária e Serviços de Especialização em Oftalmologia nas áreas de interesse do SUS.

b) Apoio técnico e consultoria em Oftalmologia

Telemedicina - ferramenta que dá voz aos profissionais que estão em locais distantes, levando atendimento aos locais mais longínquos do país, por meio de computador, *webcam* e *software* específico, criando uma rede de comunicação que promove conexões com centros de consultoria espalhados por todo o País. Em regiões desassistidas, projetos sociais de rastreamento visual com profissionais de saúde treinados por médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) têm condições de captar imagens de vários segmentos oculares, inclusive da retina. As imagens produzidas são exportadas para centros de telemedicina espalhados pelo país



O CBO, FIEL À SUA
MISSÃO DE CONTRIBUIR
PERMANENTEMENTE
COM A MELHORIA DA
SAÚDE PÚBLICA OCULAR,
ESPECIALMENTE
FOCANDO EM DIMINUIR
ESSE DÉFICIT SOCIAL DE
DESASSISTIDOS (...) ”

onde um oftalmologista avalia os casos e dá supervisão ao médico do PSF. Este profissional de Atenção Básica nos locais onde há carência poderá oferecer melhor resolutividade através de uma consultoria a distância.

c) Remuneração para profissionais que atuem em educação a distância e telemedicina.

Essas propostas foram apresentadas à Secretária Lumela Furtado, titular da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, em audiência realizada em 04 de março, em Brasília, como poderá ser acompanhado na próxima página.

CBO APRESENTA SUAS PROPOSTAS À NOVA DIRIGENTE DA SAS

Em 04 de março, o presidente do CBO, Milton Ruiz Alves e o tesoureiro da entidade Mauro Nishi, foram recebidos por Lumela Furtado, que assumiu a Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, para apresentar as propostas que foram elaboradas a pedido do coordenador geral de Alta e Médica Complexidade, José Eduardo Fogolin Passos, com o objetivo de ampliar o acesso da população ao exame refracional.

A apresentação de tais propostas, que podem ser conhecidas nas páginas anteriores desta edição, representa uma aproximação significativa com o Ministério, e uma importante alteração no caminho que se vislumbrava anteriormente (não se conseguia sequer espaço para discutir a Atenção Básica com os técnicos do Executivo, que afirmavam que esses cuidados não diziam respeito à Oftalmologia).

Milton Ruiz apresentou em linhas gerais o projeto CBO, frisando que, de certa maneira, a Oftalmologia é parecida com a Odontologia, já que outros profissionais não estão capacitados a realizar as ações. O presidente do CBO destacou o fato que nos últimos anos o número de profissionais foi expandido em cerca de 80%, graças ao incentivo da Entidade em estimular o credenciamento de cursos de formação em estados com menor número de profissionais, já que se observa claramente que é no período da especialização – e não na graduação – que é possível fixar o profissional em estados e regiões com menor acesso aos cuidados oftalmológicos.

Mauro Nishi apresentou as 19 propostas do CBO em linhas gerais e destacou vários pontos que têm sido frisados pelo Ministro Chioro em suas entrevistas e que vão ao encontro das soluções propostas pelo CBO, como é o caso da aproximação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada.



Lumena Furtado elogiou a iniciativa: “Fico muito esperançosa ao ouvir essas colocações do CBO, essa preocupação social vinda de uma sociedade de especialidade”. E demonstrou especial interesse na experiência do CBO na capacitação a distância para médicos de outras especialidades (PSF) para atuar na Atenção Básica, no estabelecimento de protocolos para atendimento e na proposição de atendimento itinerante em cidades pequenas e desassistidas, em uma dinâmica que contempla o exame e o fornecimento de óculos, quando isso for necessário, de forma imediata.

No encerramento da reunião, Milton Ruiz e Mauro Nishi buscaram obter respostas da Secretária quanto à aceitação das linhas gerais do programa Mais Acesso à Saúde Ocular. A Secretária afirmou que esse é um bom momento para a conversa e que muito rapidamente será possível chamar novamente o CBO para acertar pontos de ação, e que muito do que foi dito vai ao encontro daquilo em que o Ministério está trabalhando.

CBO ENTREGA MINUTA DE PROJETO DE LEI NO SENADO QUE AMPLIA O ACESSO À ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA PRIMÁRIA NO ÂMBITO DO SUS

MAURO NISHI
TESOUREIRO DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

O CBO, com sua missão institucional de contribuir com a melhoria da Saúde Ocular no Brasil, sempre procurou apontar soluções às grandes mazelas do sistema público nesta área. O Projeto “Mais acesso a Saúde Ocular”, que traz 19 propostas diferentes para ampliar o acesso do brasileiro à saúde ocular resolutiva e de qualidade, tem como um de seus pilares principais a ampliação do acesso à Atenção Oftalmológica Primária no SUS.

A Portaria n.º 957/GM/MS, de 15 de maio de 2008, instituiu a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, apontando a necessidade de se promover o atendimento integral em Oftalmologia, aos usuários do SUS. Ao mesmo tempo, a Portaria n.º 957/SAS/MS, de mesma data, definiu que as redes de Atenção em Oftalmologia seriam compostas apenas de Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e de Centros de Referência em Oftalmologia, deixando em aberto a regulamentação de ações de Oftalmologia na Atenção Primária.

O dia a dia de qualquer consultório oftalmológico privado que é oferecido àqueles que contam com um plano de saúde engloba ações de diversa complexidade, mas são as ações de Atenção Primária que ocupam

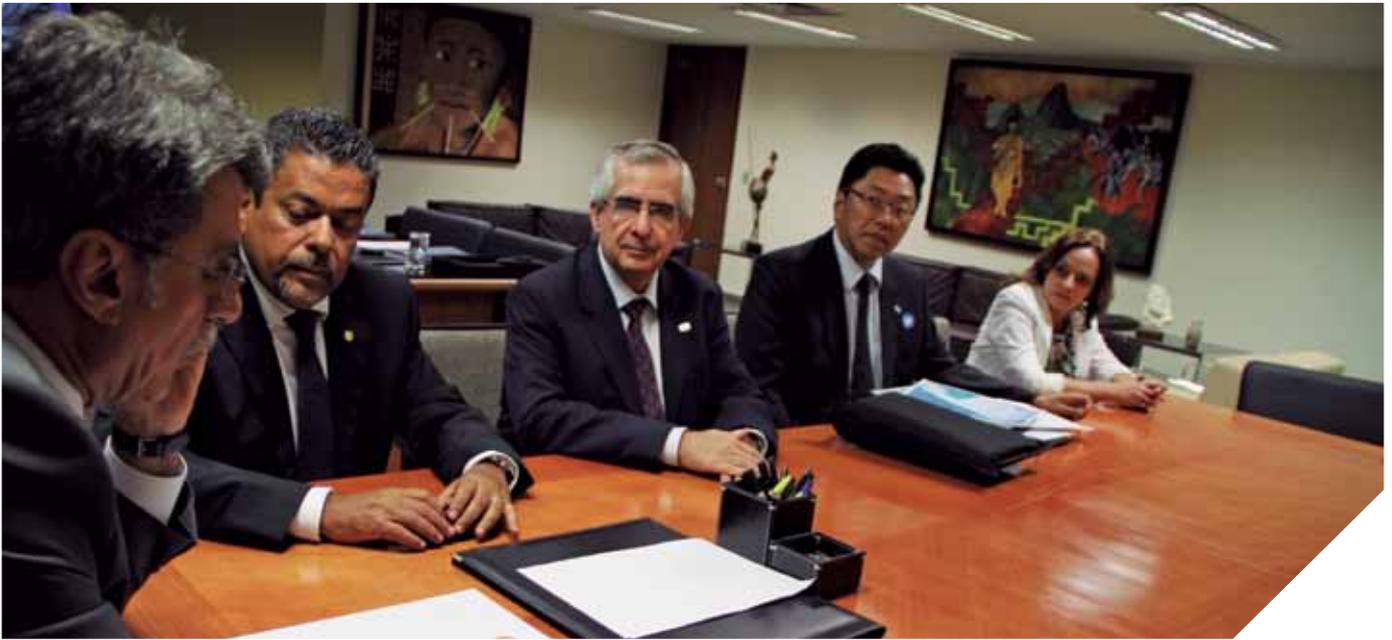


cerca de 80% a 90% das atividades assistenciais. Por outro lado, uma realidade distorcida é oferecida àqueles que dependem do SUS, pois mais de 50% do que é gasto na atenção oftalmológica nos serviços públicos vai para um único tipo de cirurgia: a de catarata. Esta atenção oftalmológica, de média e alta complexidade, não deve diminuir, mas a fim de se atacar as principais causas de cegueira e deficiência visual, um foco estratégico na Atenção Primária em Oftalmologia se faz necessário.

O Ministro Arthur Chioro, em entrevista ao jornal “O Estado de São Paulo” de 07 de

janeiro de 2015, relatou que uma pesquisa com usuários e gestores de saúde apontou a área da Oftalmologia como uma das carências de acesso. Mesmo nas capitais do país, apesar de desfrutarem de um contingente enorme de oftalmologistas, esta situação de desassistência acontece. Isto é, não há falta de oftalmologistas como mostram os índices per capita observados nos últimos Censos Oftalmológicos CBO, mas falta uma política de saúde que ofereça uma Atenção Primária Oftalmológica.

Em qualquer área da saúde, não só na saúde ocular, a Atenção Primária deve ser de



“

ESTES SEMINÁRIOS COM AMPLA DISCUSSÃO COM A COMUNIDADE OFTALMOLÓGICA GERARAM UM DOSSIÊ DETALHADO SOBRE O PROJETO CBO “MAIS ACESSO”, QUE AGORA COMPORTA 19 PROPOSTAS, EMBASADAS EM EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS NO BRASIL E NO EXTERIOR, NA OFTALMOLOGIA OU EM OUTRA ÁREA.”

acesso amplíssimo, resolutivo e de qualidade. No Brasil, quase não existe este acesso à atenção primária da saúde ocular pois o foco assistencial concentra-se nos procedimentos de maior complexidade. O médico generalista ou de qualquer outra especialidade no Brasil não tem formação para abordar casos oftalmológicos obrigando as políticas de saúde pública que se desenvolverem a incluir o profissional oftalmologista próximo da Atenção Básica para que alguma resolutividade ocorra e que um encaminhamento mais qualificado

aconteça, diminuindo a sobrecarga sobre a atenção oftalmológica secundária e terciária.

Apesar de diversas tentativas de se discutir, de forma aprofundada, as propostas do Projeto “Mais Acesso à Saúde Ocular” com os diversos níveis do Ministério da Saúde, pouco se avançou na questão. Em reuniões de discussão sobre a reestruturação do SUS que contaram com a participação do CBO, mais de uma vez foi dito pelos representantes do governo que a Oftalmologia deve se

manter na Atenção de Média e Alta Complexidade. Diante disso, a diretoria do CBO optou por buscar outros interlocutores para discutir suas propostas quanto à ampliação do acesso da população ao atendimento oftalmológico, desde a Atenção Primária. A lógica adotada partiu de uma premissa do próprio sistema de saúde: a descentralização das decisões. Assim, o CBO buscou levar à sociedade brasileira informações sobre suas propostas, por meio da publicação de um encarte no jornal Folha de São Paulo (jornal brasileiro com maior tiragem), vei-

culado no dia 25 de outubro, e outro editorial do mesmo veículo jornalístico no último dia 24 de fevereiro. Os passos seguintes compreenderam a realização do primeiro Seminário Regional Mais Acesso à Saúde Ocular, em 20 de novembro, em Goiânia, outro em Fortaleza, no em 30 de janeiro, e o mais recente em São Paulo, no último dia 7 de março de 2015. Estes seminários com ampla discussão com a comunidade oftalmológica geraram um dossiê detalhado sobre o Projeto CBO "Mais Acesso", que agora comporta 19 propostas, embasadas em experiências bem sucedidas no Brasil e no exterior, na Oftalmologia ou em outra área. O Seminário Nacional "Mais Acesso à Saúde Ocular" foi ainda realizado em 03 de dezembro, no Senado Federal e contou com a participação de diversos parlamentares, representantes do Conasems, CFM, AMB, Fenam e com o representante do Ministério da Saúde, o coordenador geral da Média e

Alta Complexidade. Quando a discussão se ampliou para a classe política, levantou-se a preocupação com relação ao financiamento de todas estas propostas.

Com a ajuda do congressista recém-empossado na Câmara Federal, líder do PMN, deputado Hiran Gonçalves (RR) que também é oftalmologista, e duas vezes Presidente do Conselho Regional de Medicina de seu estado, o CBO procurou o Senador Romero Jucá, relator do Orçamento da União de 2015, que ainda não tinha sido votado. A apresentação do Projeto CBO sensibilizou o Senador que antecipou-se em propor o seu encaminhamento como projeto de lei em seu nome para rápida aprovação no Senado. Assim, uma minuta de projeto de lei que amplia o acesso à Atenção Oftalmológica Primária no âmbito do SUS foi entregue ao Senador com intenso trabalho de sua assessoria parlamentar nas primeiras semanas de março.

O que mais sensibilizou o Senador Jucá foi a colocação do presidente Ruiz, de que a iniciativa do CBO é uma forma de contribuir para o País num momento em que se precisa economizar verbas e otimizar recursos. "É uma oportunidade de nós, profissionais oftalmologistas, apresentarmos uma proposição que realmente caminhe na direção daquilo que o País precisa. Gastar menos e gastar bem na área de saúde", pontuou nosso Presidente. Aguardemos que a participação das diversas forças representativas sociais em torno do Projeto CBO "Mais Acesso" possa de alguma forma ampliar a discussão do "Mais Especialidades", que está em pauta no momento. O CBO trabalha para que o "Mais Especialidades" venha com mais acesso à saúde ocular de forma resolutiva e com qualidade. Estas metas passam pela ampliação da Atenção Primária Oftalmológica no âmbito do SUS.

OS PRINCIPAIS PONTOS DO PROJETO SUGERIDO PELO CBO

Abrangência dos projetos de fortalecimento da Atenção Primária da saúde ocular:

- Aquisição, ampliação e construção de Unidades de Atenção Primária em Oftalmologia;
- Qualificação da assistência e promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com as equipes de Saúde da Família;
- Estruturação de rede de assistência complementar às Unidades de Atenção Primária em Oftalmologia.

Recursos orçamentários:

- Ministério da Saúde;
- Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

V FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE OCULAR JÁ TEM DATA E PROGRAMAÇÃO



Sete de maio, Dia do Oftalmologista, foi a data escolhida para a realização da quinta edição do evento, no Auditório da Interlegis, anexo ao Congresso Nacional. Nesta edição, a temática está focada na ampliação do acesso da população à Atenção Básica em Oftalmologia. A coordenação das atividades mais uma vez está a cargo de Marcos Ávila, idealizador e responsável pelo evento desde a sua primeira edição. Para ele, a realização de um evento desse gênero, além de mostrar o compromisso da Oftalmologia brasileira com o estabelecimento de políticas públicas de saúde ocular, se propõe como um meio de construção e manutenção de um diálogo importante entre a especialidade e os representantes dos poderes Executivo e Legislativo. “O Fórum posiciona a Oftalmologia brasileira. Mostra que estamos prontos para agir em prol da saúde, e nos coloca como parceiros para a construção de ações efetivas e positivas. Nenhuma outra especialidade médica no Brasil se faz tão ativa nessa busca por posicionamento como a Oftalmologia, e o Fórum é extremamente importante para isso”.

Para Milton Ruiz Alves, presidente do CBO, a realização do V Fórum Nacional de Saúde Ocular no primeiro semestre de 2015 é estratégico: “Tivemos, nas últimas eleições, uma renovação de cerca de 44% da Câmara dos Deputados. Quase 90% desses novos parlamentares estão estreando no legislativo federal e também tivemos um número expressivo de renovação entre as cadeiras disputadas no Senado Federal. Precisamos mostrar a eles quem somos e que nossa especialidade busca oferecer uma assistência médica de melhor qualidade aos brasileiros”.



E POR QUE NÃO?

Em 2000 o então presidente do CBO, Marcos Ávila, propôs a realização de um evento no qual fosse possível mostrar aos parlamentares brasileiros as condições de saúde ocular do povo brasileiro e as necessidades de atenção na área. O ineditismo da iniciativa chamou a atenção da classe, de parlamentares e gestores. De lá para cá, mais três edições foram realizadas (2007, 2009 e 2012). Na primeira edição, em 2001, durante dois dias o Fórum desenhou o perfil da Oftalmologia brasileira na época, buscando espaço para sua participação nas decisões nacionais e voz nas definições técnicas, políticas, gerenciais e administrativas relacionadas à saúde ocular da população. O evento levou ao estabelecimento de diretrizes tendentes à implantação de trinta e seis bancos de olhos no País, oportunizando a captação, preservação e distribuição de córneas, criou também condições para que fossem instalados 34 centros de tratamento de retinopatia diabética, decidiu pela distribuição gratuita de colírios para tratamento de glaucoma e estimulou o desenvolvimento de projetos de Oftalmologia pediátrica para tratamento de retinopatia da prematuridade e manteve a estratégia de campanhas nacionais de erradicação da catarata que facilitariam o acesso à cirurgia para 300 mil pacientes por ano.

Em 2007, o Fórum foi realizado durante o Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado em Brasília. Nessa edição, as discussões foram realizadas em seis salas simultâneas (um por região brasileira e uma para as discussões gerais). O Fórum conseguiu angariar e tornar explícito o apoio fundamental de gestores federais das áreas da Saúde e Educação e dos parlamentares para a Oftalmologia brasileira. Buscava se poder ver implementada a tão sonhada rede brasileira hierarquizada de atendimento oftalmológico em três níveis e a implantação definitiva de um programa nacional de erradicação da cegueira. Na ocasião, foi montado o dispositivo gráfico humano em forma de um olho, na frente do Congresso Nacional. Essa imagem foi reproduzida em diversas publicações, impressas e eletrônicas, nacionais e internacionais.

A terceira edição, realizada em 2011, buscou consolidar um trabalho conjunto que, iniciado anos antes, concretizou-se em muitas ações e programações que buscavam estruturar o SUS para uma assistência oftalmológica de qualidade. Dentre elas, a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, publicada em maio de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 957. E isso, além de motivo de comemoração, também era de antecipação de novos desafios (na ocasião, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão conclamou a classe a zerar a fila de transplantes de córnea).

A quarta edição, realizada em 2012, pretendia aproximar a Oftalmologia brasileira das novas diretrizes no Ministério da Saúde para a saúde ocular. Representantes do Ministério foram convidados para explicar aos representantes da Oftalmologia, parlamentares e também gestores de Saúde de estados e municípios os projetos em desenvolvimento. Na ocasião, o então Ministro Alexandre Padilha falou sobre a estruturação da Saúde Ocular em uma proposta de Rede de Atenção à Saúde, que representaria um salto de qualidade, com ampliação do atendimento do gestor local, inclusive para glaucoma.



A CASA DO POVO E A CASA DOS ESTADOS BRASILEIROS

Enquanto o Senado representa os estados brasileiros, a Câmara dos Deputados representa o povo, sendo os senadores eleitos pelo sistema majoritário e os deputados, pelo sistema proporcional. O Senado é formado por 81 senadores, três para cada uma das 27 unidades da federação (26 estados mais o Distrito Federal). Eles são eleitos para mandatos de oito anos – em uma eleição são renovados um terço e na seguinte, dois terços restantes. A Câmara é formada por 513 deputados, escolhidos de quatro em quatro anos. A legislação brasileira estipula teto de 70 deputados por unidade federativa e piso de oito representantes.

Além do plenário, cada Casa também é composta por diversas comissões temáticas, como a CCJ (Comissão de Constituição e Justiça) e a CAS (Comissão de Assuntos Sociais). Elas são as responsáveis pela maior parte das discussões das propostas legislativas. Também têm autonomia para convocar audiências públicas com ministros e secretários de estados, por exemplo.

As propostas apreciadas pelo Congresso são as PECs (Propostas de Emenda Constitucional), leis complementares, leis ordinárias, medidas provisórias, decretos legislativos e as resoluções. Todas essas normas são apreciadas pelas duas Casas, em conjunto ou separadamente. Submetem-se a deliberação das duas Casas, em sessão conjunta, os vetos presidenciais e a criação de créditos adicionais.

CALENDÁRIO OFTALMOLÓGICO



OS INTERESSADOS EM DIVULGAR SUAS ATIVIDADES CIENTÍFICAS NO JORNAL OFTALMOLÓGICO JOTA ZERO DEVEM REMETER AS INFORMAÇÕES PELO E-MAIL IMPRESA@CBO.COM.BR

2015

ABRIL

10 A 12

VII CONGRESSO BRASILEIRO DA SOBLEC

Local: Maksoud Plaza Hotel - São Paulo - SP

e-mail: atendimento3@creativesolution.com.br

Site: www.congressosoblec.com.br

17 A 21

2015 ASCRS · ASOA SYMPOSIUM & CONGRESS

Local: San Diego - Califórnia - EUA

Site: www.ascrs.org

18 A 20

40° CONGRESSO DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE RETINA E VÍTREO

Local: Costão do Santinho - Florianópolis - SC

Site: www.retina2015.com.br

e-mail: retina@fernandapresteseventos.com.br

23 A 25

6ª JORNADA PAULISTA DE OFTALMOLOGIA
(UNICAMP, UNESP e USP - Ribeirão Preto)

Local: Vitória Hotel - Campinas - SP

Site: www.jdeeventos.com.br

ABRIL / MAIO

29/4 A 02/5

XX CONGRESSO DO CONSELHO LATINO-
-AMERICANO DE ESTRABISMO - CLADE

Local: Punta Cana - República Dominicana

Site: www.clade2015rd.com

MAIO

03 A 07

ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIATION FOR
RESEARCH IN VISION AND OPHTHALMOLOGY

Local: Denver - Colorado - EUA

Site: www.arvo.org

07 A 09

XV CONGRESSO DA SOCIEDADE
CAIPIRA DE OFTALMOLOGIA

XIV SIMPÓSIO DA SOCIEDADE DE
ENFERMAGEM EM OFTALMOLOGIA

Local: Ipê Park Hotel - São José do Rio Preto - SP

Site: www.cenacon.com.br/eventos/2015/caipira

08 E 09

40° CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO
PARANAENSE DE OFTALMOLOGIA

Local: Bourbon Curitiba Convention Hotel -
Curitiba - PR

Site: www.congressoapo.com.br

14 A 16

XVI SIMPÓSIO INTERNACIONAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GLAUCOMA

Local: Goiânia-GO

e-mail: sbglaucoma@sbglaucoma.com

Site: www.sbglaucoma.com

21 A 23

XXII CONGRESSO INTERNACIONAL
DE OCULOPLÁSTICA

Local: Itapivapa (Petrópolis) - RJ

Site: www.ciopcongressos.com.br

30

ENCONTRO ANUAL DO INSTITUTO
DR. JOÃO PENIDO BURNIER

Local: Campinas - SP

Telefones: (19) 3232-5866 / 3233-8880

e-mail: fundac@penidoburnier.com.br

30

5° SIMPÓSIO DE ATUALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA

Local: Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre

Porto Alegre - RS

Site: www.hbo.org.br

JUNHO

03 A 06

VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CATARATA E CIRURGIA REFRACTIVA

VI CONGRESSO BRASILEIRO DE
ADMINISTRAÇÃO EM OFTALMOLOGIA

I CONGRESSO BRASILEIRO DE
ENFERMAGEM EM OFTALMOLOGIA

Local: Costa do Sauípe - Mata de São João - BA

Cenacon Congressos - Tel.: (17) 3214-5900

e-mail: cientifico@cenacon.com.br



17 A 20

XXII SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ATUALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

Local: Centro de Convenções Hebraica

São Paulo - SP

Site: www.ofthalmosantacasa.com.br

JULHO

09 A 11

VIII CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA

Local: Brasília - DF

Site: www.sbo2015.com.br

15 A 17

VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DO HEMISFÉRIO NORTE, AMÉRICA CENTRAL E CARIBE DA ALACCSA-R

Local: Cancun - México

Site: www.alacsa2015.com

16 A 18

VIII CONGRESSO BAIANO DE OFTALMOLOGIA

Local: Salvador - BA

Site: www.sofba.com.br/sofba2015

e-mail: sofba@sofba.com.br

AGOSTO

04 A 08

XXXI CONGRESSO PAN-AMERICANO DE OFTALMOLOGIA

Local: Bogotá - Colômbia

Site: www.panamericano2015.socoftal.com

OUTUBRO

09 A 14

19º CURSO CLEBER GODINHO DE LENTES DE CONTATO

Local: Centro de Convenções do Hotel Mercure BH

Lourdes - Belo Horizonte - MG

Tel.: (31) 3291-9800

Site: www.cursoclebergodinho.com.br

22 A 24

SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO BANCO DE OLHOS DE SOROCABA - SINBOS 2015

Local: Hospital de Olhos de Sorocaba - Sorocaba - SP

Tel.: (15) 3212-7077

e-mail: sinbos@bos.org.br

23 E 24

II ENCONTRO INTERNACIONAL DE UVEÍTES DO INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS

Local: Hotel Windsor Atlântica - Rio de Janeiro - RJ

Site: www.regencyeventos.com.br

NOVEMBRO

06 E 07

2º CONGRESSO DE OFTALMOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Local: Goiânia - GO

e-mail: congressos@brturbo.com.br

DEZEMBRO

04 E 05

18º CONGRESSO DE OFTALMOLOGIA DA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DA FMUSP

17º CONGRESSO DE AUXILIAR DE OFTALMOLOGIA

Local: São Paulo - SP

Site: www.ofthalmologiasup.com.br

Por decisão do Conselho Deliberativo do CBO, deve haver um interstício de 45 dias antes e 30 dias depois dos Congressos Brasileiros de Oftalmologia e dos Congressos Brasileiros de Prevenção da Cegueira e Reabilitação Visual, durante o qual não devem ser realizados eventos oftalmológicos. Esta decisão foi institucionalizada e transformada no artigo 107 do Regimento Interno do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Em 2015, vai de 19 de julho a 05 de outubro. Em 2016, vai de 20 de julho a 07 de outubro.

B R O N Z E A D O N O S E U G R A U

SEUS ÓCULOS DE SOL, AGORA COM GRAU: LENTES POLARIZADAS XPERIO®.

A lente polarizada Xperio® é a melhor solução para quem precisa de óculos de sol com grau. Com mais conforto e performance visual em uma mesma armação, você aproveita todo o verão sem perder nada.

- Conforto visual
- Elimina o ofuscamento
- Real percepção das cores
- Mais nitidez
- 100% de proteção UV

Lentes incolores

Lentes solares comuns

Lentes Xperio®



Xperio® NÃO SEU GRAU

A melhor experiência em lentes solares

www.xperio.com.br SAC 0800 727 2007