



VIII Fórum Nacional de Saúde Ocular - 2024

# OLHARES SOBRE O BRASIL

Saúde ocular no SUS

Organização

**Marcos Pereira de Ávila**  
**Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio**  
**Zacharias Calil Hamu**

1ª Edição





CONSELHO  
BRASILEIRO DE  
OFTALMOLOGIA



VIII Fórum Nacional de Saúde Ocular - 2024

# OLHARES SOBRE O BRASIL

Saúde ocular no SUS

Organização

**Marcos Pereira de Ávila**  
**Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio**  
**Zacharias Calil Hamu**

1ª Edição



**CONSELHO BRASILEIRO  
DE OFTALMOLOGIA**

Conselho Brasileiro de Oftalmologia  
Entidade Pública Federal Portaria nº 485 de 15/06/2000  
Filiado à Associação Médica Brasileira (AMB), à Associação  
Pan-Americana de Oftalmologia (APAO), ao International  
Council of Ophthalmology (ICO) e membro da International  
Agency for the Prevention of Blindness (IAPB).

Rua Casa do Ator, 1.117 - 2º andar - São Paulo / SP - 04546-004

### **Diretoria**

Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio  
*Presidente*

Newton Andrade Júnior  
*Vice-presidente*

Maria Auxiliadora Monteiro Frazão  
*Secretária-geral*

Frederico Valadares de Souza Pena  
*Tesoureiro*

Lisandro Massanori Sakata  
*1º Secretário*

### **Autores**

Marcos Pereira de Ávila

Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio

Zacharias Calil Hamu

### **Edição e Revisão**

Selles Comunicação

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Fórum Nacional de Saúde Ocular (8. : 2024 :  
São Paulo, SP)  
VIII Fórum Nacional de Saúde Ocular : saúde  
ocular no SUS em 2024 : O Brasil precisa enxergar /  
organizadores Marcos Ávila , Wilma Lelis Barbosa ,  
Zacharias Calil. -- 1. ed. -- São Paulo : Conselho  
Brasileiro de Oftalmologia - CBO, 2025.

Vários autores.  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-83238-04-7

1. Oftalmologia 2. Saúde pública 3. Sistema  
Único de Saúde (Brasil) I. Ávila, Marcos.  
II. Barbosa, Wilma Lelis. III. Calil, Zacharias.  
IV. Título.

25-323117.0

CDD-617.7  
NLM-WW-101

### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Oftalmologia : Ciência médicas 617.7

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

# Sumário

<b>Parte 1</b>	
<b>A prevenção da cegueira no SUS</b>	<b>15</b>
<b>Retinopatia diabética no SUS – visão do CBO</b>	<b>16</b>
<i>Marcos Pereira de Ávila</i>	
<b>Glaucoma no SUS – visão do CBO</b>	<b>34</b>
<i>Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio</i>	
<b>Parte 2</b>	
<b>A saúde ocular das crianças no SUS</b>	<b>47</b>
<b>Diagnósticos precoces: desafios e estratégias</b>	<b>48</b>
<i>Milton Ruiz</i>	
<b>Reabilitação Visual: o que a sociedade necessita</b>	<b>59</b>
<i>Célia Regina Nakanami</i>	
<b>Parte 3</b>	
<b>A Saúde Ocular no SUS</b>	<b>77</b>
<b>A importância das Redes de Atenção estruturadas para a Saúde Ocular no SUS: visão do CONASS</b>	<b>78</b>
<i>Jurandir Frutuoso</i>	
<b>Atenção oftalmológica da população brasileira: visão do Ministério da Saúde</b>	<b>86</b>
<i>Aristides de Oliveira Neto</i>	
<b>A oftalmologia no SUS em 2024 e na próxima década</b>	<b>92</b>
<i>Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio</i>	
<b>Anexos</b>	<b>101</b>
<b>Anexo 1</b>	
<b>Marcos estruturantes da atenção oftalmológica no SUS (2024–2025)</b>	<b>102</b>
<b>Sessão Solene para lembrar o Dia Nacional de Combate à Cegueira provocada pelo Glaucoma</b>	<b>106</b>
<b>Anexo 2</b>	
<b>Manual OCIs Oftalmologia</b>	<b>111</b>

# Apresentação

Ao longo das últimas décadas, a Oftalmologia brasileira consolidou-se como uma especialidade de destaque no cenário nacional, marcada pelo compromisso com as causas sociais e pelo protagonismo no combate à cegueira. Diversas iniciativas contribuíram para que o país deixasse de ocupar posições críticas nos índices de cegueira evitável, como programas de doação de óculos e mutirões de cirurgias de catarata realizados em larga escala. Além disso, campanhas de prevenção e projetos de saúde pública ocular possibilitaram a detecção precoce e o tratamento adequado de doenças como o glaucoma e a retinopatia diabética, proporcionando melhor qualidade de vida a milhares de brasileiros.

O êxito dessa trajetória está firmemente alicerçado no conhecimento histórico da Oftalmologia nacional e na estreita cooperação entre os profissionais da área e os gestores públicos de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal.

Um marco desse protagonismo foram as sete edições do Fórum Nacional de Saúde Ocular (FNSO), que, desde 2001, reuniram médicos, legisladores, gestores e representantes do Poder Judiciário no Congresso Nacional, em Brasília. Esses encontros fomentaram debates fundamentais e geraram subsídios técnicos e políticos para a formulação de importantes portarias do Ministério da Saúde — entre elas, a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) —, que ampliaram significativamente o cuidado oftalmológico no SUS e projetaram o Brasil como referência mundial na área.

A estrutura institucional construída a partir dessas ações foi decisiva para a redução dos índices de cegueira no país, formou

novas gerações de oftalmologistas com experiência em serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde - SUS, evidenciou a enorme demanda por cuidados oculares da população e, principalmente, fortaleceu a consciência do papel essencial do médico oftalmologista na construção da saúde pública ocular brasileira.

A incorporação da assistência oftalmológica na Atenção Primária à Saúde, funcionando como porta de entrada do paciente no sistema, tende a aprimorar fluxos de atendimento e gerar benefícios em todas as esferas do cuidado. Essa integração refletirá também na Atenção Especializada, otimizando a organização e a hierarquização da demanda nas áreas secundária e terciária.

Os esforços conjuntos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e do Ministério da Saúde têm sido constantes e eficazes ao longo dos anos. Somente em 2024, o SUS realizou mais de 13 milhões de consultas oftalmológicas e 38 milhões de exames, consolidando a especialidade entre as quatro com maior volume de procedimentos no sistema público. Desde 2015, a Oftalmologia ocupa a quarta posição entre 66 especialidades em número de consultas no SUS. Na saúde suplementar — que atende cerca de 25% da população —, a Oftalmologia é a segunda especialidade com maior número de atendimentos.

O Brasil realiza anualmente mais de 1 milhão de cirurgias de catarata pelo SUS, principal causa de cegueira reversível no mundo, e, apenas em 2024, foram realizados 650 mil tratamentos para glaucoma, uma das principais causas de cegueira irreversível.

A Oftalmologia brasileira tem sido, ao longo dos anos, exemplo de compromisso com as causas sociais e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), fiel à sua missão institucional, tem desenvolvido propostas concretas para aprimorar a atenção oftalmológica

em todos os níveis de cuidado, contribuindo de forma decisiva para a organização da saúde ocular no país.

No final de 2023, o Ministério da Saúde iniciou a estruturação do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), uma nova política voltada à ampliação da cobertura e à modernização da atenção especializada no SUS. O programa buscou suprir lacunas assistenciais em cinco especialidades médicas prioritárias — entre elas, a Oftalmologia —, por meio de um novo modelo conceitual, operacional e financeiro de oferta de serviços.

Desse esforço conjunto nasceu a Oferta de Cuidado Integrado (OCI), um modelo inovador que funciona como um *bundle* (agrupamento) de consulta e exames complementares, reorganizando o cuidado especializado de forma mais eficiente e integrada. Para conduzir sua implementação, o Ministério da Saúde criou uma Equipe Técnica Nacional, encarregada de definir prioridades e elaborar as OCIs.

Na Oftalmologia, participaram 11 profissionais, sendo 4 representantes do Ministério da Saúde e 7 oftalmologistas indicados pelo CBO, consolidando um diálogo técnico e institucional de grande relevância.

O PMAE foi lançado em 8 de abril de 2024, pela ministra Nízia Trindade, e, após ajustes, relançado em 30 de maio de 2025 pelo ministro Alexandre Padilha, sob o novo nome “Agora Tem Especialistas”. Esses marcos representam um avanço significativo na ampliação do acesso da população aos cuidados oftalmológicos especializados.

Ao final desta obra, o leitor encontrará documentos fundamentais referentes à Oftalmologia, incluindo as portarias que instituíram as OCIs no âmbito da ampliação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAE) — resultado de uma colaboração sólida entre o CBO e o Ministério da Saúde.

O VIII Fórum Nacional de Saúde Ocular (FNSO) — *Saúde Ocular no SUS em 2024* — foi realizado já sob esse novo paradigma da atenção especializada, marcado pela introdução das OCIs. Durante o evento, discutiram-se os desafios de acesso ao diagnóstico das principais doenças oculares, que passaram a ser contempladas nas OCIs de avaliação, como a retinopatia diabética, as alterações oculares na infância, e as avaliações iniciais em indivíduos acima de nove anos, voltadas à detecção precoce de glaucoma e catarata.

Também foram debatidas OCIs voltadas à avaliação neurooftalmológica, oncológica e sob sedação. O novo conjunto de sete OCIs, incluído na tabela SIGTAP do SUS, traz perspectivas de ampliar e agilizar o acesso ao diagnóstico dessas condições prioritárias na rede pública.

A apresentação do Dr. Aristides Oliveira, representante da DAET/SAES do Ministério da Saúde, trouxe dados sobre os avanços assistenciais e as perspectivas de impacto das OCIs, gerando otimismo e confiança no futuro da nova estratégia para a saúde ocular no Brasil.

Após o VIII FNSO, realizado em 3 de setembro de 2024, no Auditório Nereu Ramos da Câmara dos Deputados, o CBO deu continuidade a uma série de ações voltadas à consolidação destas novas políticas oftalmológicas no SUS.

Entre as iniciativas, destaca-se a criação pelo CBO do “Manual OCIs – Oftalmologia”, elaborado em 2025, com o objetivo de orientar os oftalmologistas brasileiros sobre a correta utilização dos novos códigos — com remuneração diferenciada — da tabela SIGTAP.

Uma segunda ação de grande alcance foi a realização do “Dia Nacional de Conscientização e Combate ao Glaucoma”, em maio de 2025, com pronunciamentos de oftalmologistas na

tribuna da Câmara dos Deputados, onde também ocorreram atendimentos clínicos e atividades educativas voltadas a parlamentares e servidores.

O VIII FNSO destacou-se pelo pragmatismo e inovação, especialmente por dois aspectos: a colaboração direta do CBO com o Ministério da Saúde na elaboração das OCIs de Oftalmologia, cujos benefícios já são percebidos pelos usuários do SUS em todo o país; e a celeridade na obtenção de resultados concretos, fruto do empenho e da atuação do CBO na implementação da nova política.

O protagonismo da Oftalmologia brasileira no contexto das PNAES do Ministério da Saúde é inquestionável. Entre as cinco especialidades que oferecem OCIs, a Oftalmologia realiza 3,5 vezes mais atendimentos do que a segunda colocada, a Cardiologia — um resultado expressivo que reflete a eficiência da especialidade e a dedicação de seus profissionais.

Esses números são testemunhos do espírito público, do engajamento e do compromisso social dos oftalmologistas brasileiros, que, sob a liderança do CBO, fortalecem diariamente a Oftalmologia Social e contribuem para a construção de um SUS mais justo, acessível e resolutivo.

Dedicamos esta obra, que sintetiza as ações durante e após o VIII FNSO, aos 22 mil médicos oftalmologistas que, com competência e dedicação, trabalham todos os dias pela saúde ocular dos brasileiros, reafirmando o compromisso da especialidade com a prevenção da cegueira e a promoção do bem-estar visual de toda a população.

*Os organizadores.*

# Introdução

Em setembro de 2024, o Congresso Brasileiro de Oftalmologia foi realizado em Brasília. Assim como na edição anteriormente realizada na capital federal (2007), o Conselho Brasileiro de Oftalmologia buscou oportunidades para levar até as autoridades as principais preocupações da oftalmologia brasileira quanto às condições de acesso da população aos cuidados com a saúde ocular.

Assim, a diretoria do CBO procurou a Frente Parlamentar da Saúde – por meio de seu presidente, o Deputado Federal Doutor Zacharias Calil (GO) – para solicitar seu apoio na realização de um fórum de debates.

Assim, no dia 03 de setembro, véspera do 68º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, foi realizado no Auditório Freitas Nobre, na Câmara dos Deputados, o VIII FNSO – “Fórum Saúde Ocular no SUS em 2024: o Brasil precisa enxergar”.

Durante o evento, foram debatidas as principais causas de deficiência visual em crianças e adultos e as necessidades de oferta de linhas de cuidado efetivas para a população brasileira.

O evento contou com uma plateia presencial composta por lideranças da Oftalmologia. A transmissão pela TV Câmara permitiu que um grande público acompanhasse a programação, que continua disponível no canal no Youtube da emissora.

A presente publicação documenta as apresentações e os debates que foram realizados durante o evento e as ações que foram empreendidas pelo CBO, decorrentes do VIII FNSO, em 2025.

# Programação

## Parte 1 – A prevenção da cegueira no SUS

- Retinopatia Diabética no SUS: visão do CBO  
*Marcos Pereira de Ávila*
- Glaucoma no SUS: visão do CBO  
*Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio*

## Parte 2 – A saúde ocular das crianças no SUS

- Diagnósticos precoces: desafios e estratégias  
*Milton Ruiz*
- Reabilitação Visual: o que a sociedade necessita  
*Célia Regina Nakanami*

## Parte 3 – A Saúde Ocular no SUS

- A importância das Redes de Atenção estruturadas para a Saúde Ocular no SUS: visão do CONASS  
*Jurandir Frutuoso*
- A oftalmologia no SUS em 2024 e na próxima década  
*Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio*



# Abertura



**Deputado Zacharias Calil Hamu (GO)**

É com grande honra que dou início a esse importante evento, o Fórum de Saúde Ocular no SUS 2024. Como médico e deputado federal, tenho plena consciência da relevância do tema que discutiremos hoje. A ampliação do acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças oculares no SUS é uma necessidade urgente e uma demanda constante da população brasileira.

Este encontro representa um marco significativo na nossa luta por um SUS que atenda plenamente às necessidades oftalmológicas do nosso povo, especialmente das nossas crianças. Sabemos que a visão é crucial para o desenvolvimento infantil, e que, infelizmente, muitos ainda enfrentam barreiras no acesso a um acompanhamento oftalmológico adequado. Esse cenário precisa mudar.

A presença de médicos e outras autoridades aqui hoje nos dá a oportunidade única de unir forças, atualizar o cenário da saúde ocular no Brasil e, mais importante, articular políticas públicas que garantam atendimento de qualidade para todos. O SUS tem um papel fundamental na saúde do brasileiro, e é nosso dever garantir que ele continue a evoluir para atender às demandas da nossa população.

Durante esse fórum, discutiremos temas essenciais como a retinopatia diabética, o glaucoma e a saúde ocular infantil. Esses

debates são fundamentais para entendermos os desafios que enfrentamos e para desenharmos soluções que possam ser implementadas de forma eficiente em nosso sistema de saúde, especialmente no que diz respeito à reabilitação visual.

Os diagnósticos precoces também serão abordados, destacando a importância de uma rede de atenção estruturada para um atendimento oftalmológico eficaz. Este evento não poderia ser mais oportuno, especialmente por acontecer na mesma semana do Congresso Brasileiro de Oftalmologia, que reunirá especialistas de todo o país e do exterior aqui em Brasília. É uma oportunidade ímpar para somarmos conhecimento, experiência e esforços em prol da saúde ocular no Brasil.

Eu gostaria de agradecer ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia pela realização deste evento e por seu constante trabalho em alertar as autoridades sobre a necessidade de democratizar o acesso ao acompanhamento oftalmológico, especialmente na rede pública de saúde.

Eu não poderia deixar de enaltecer a grande participação dos atletas que estão brilhando nas Paralimpíadas em Paris. Dentre eles, há muitas pessoas com diferentes tipos de doenças, principalmente deficiência visual. É muito importante homenagearmos esses atletas. É realmente motivo de muito orgulho ver que esses atletas fazem acontecer, não dão desculpas, não se limitam à sua condição e buscam no esporte uma motivação para serem felizes e realizados. Eles nos inspiram.

Estamos aqui para fazer a diferença, e tenho plena confiança de que, juntos, conseguiremos avançar significativamente na promoção da saúde ocular em nosso país. Que este fórum seja produtivo e que dele saiam encaminhamentos que beneficiarão milhões de brasileiros.

Muito obrigado a todos e sejam muito bem-vindos.

# Parte 1

## A prevenção da cegueira no SUS

# Retinopatia diabética no SUS – visão do CBO



**Marcos Pereira de Ávila**

Primeiro, quero agradecer pela oportunidade e pelo apoio do deputado Dr. Zacharias, um deputado que tem feito pela saúde aquilo que é inimaginável, para os que não acompanham de perto a sua atuação parlamentar intensa nesta área.

Quero dividir com vocês um tema de extrema relevância, e que faz parte da rotina daqueles entre os presentes que se dedicam aos problemas relacionados à retina: a retinopatia diabética. Há uma consistente literatura sobre retinopatia diabética. Selecionei 10 artigos que embasam condições e técnicas e ressaltam a importância da retinopatia diabética no Brasil como causa de cegueira.

## Fontes de pesquisa relevantes

1. TEO, Z.L. et al. Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis. **Ophthalmology**, v. 128, n. 11, p. 1580-1591, novembro, 2021.
2. AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Diabetic Retinopathy Preferred Practice Pattern. **Ophthalmology**, v. 127, n. 1, p. 66-145, janeiro, 2020.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Brasil já tem cerca de 20 milhões de pessoas com diabetes**. Publicação em 26/04/2024. Disponível em : <https://search.app/XhbU3sKLUuEWXrFB6>
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023**. Brasília, DF: MS, 2023.
5. YAU, J. W. Y. et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. **Diabetes Care**, v. 35, n. 3, p. 556-564, março, 2012.
6. MELO, L.G.N. et al. Current epidemiology of diabetic retinopathy in patients with type 1 diabetes: a national multicenter study in Brazil. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, e:989, agosto, 2018.
7. SAEEDI, P. et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas 9<sup>th</sup> edition. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 157, e:107843, novembro, 2019.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta Nº 17, de 01 de Outubro de 2021. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética. Diário Oficial da União, 2021.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE. Portaria SAES/MS Nº 1.826, de 11 de junho de 2024. Diário Oficial da União, jun, 2024.
10. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Prevalence of diabetes in Brazil in 2021**. Disponível em: <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-and-central-america/members/brazil/> Acesso em: 30/08/2024 às 12:00



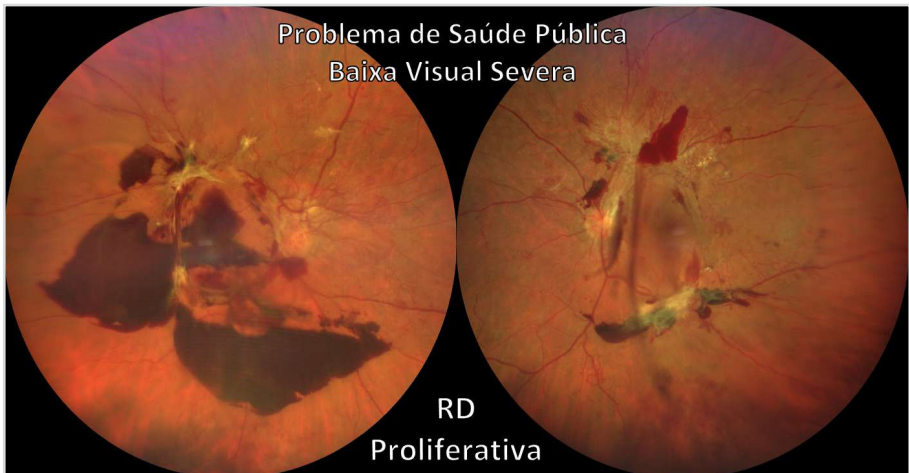
Já somos o quarto país com o maior número de diabéticos no mundo. A cada cinco segundos, ocorre uma morte relacionada ao diabetes, e mais de 75% dessas mortes ocorrem em países de baixa renda, como o Brasil, China e Índia. O diabetes está aumentando em prevalência nesses países, enquanto nos Estados Unidos e em nações mais desenvolvidas da Europa essa prevalência tem diminuído. Quase 1 trilhão de dólares é gasto em saúde para diabéticos no mundo, e aqui no Brasil, de acordo com dados do estudo Vigitel, obtidos no ano passado em um levantamento feito pelo Ministério da Saúde, temos 20,7 milhões de diabéticos, dos quais 7,1 milhões têm retinopatia diabética.

Todos nós, que atuamos na área de oftalmologia, sabemos que o diabetes causa cegueira irreversível, e que a retinopatia diabética é a principal causa de cegueira na população economicamente ativa, resultando em diminuição da produtividade, taxas de emprego e renda, tanto entre pacientes quanto entre seus cuidadores.

Para que aqueles que não são da nossa área consigam perceber de que forma o diabetes afeta os olhos, vemos, nesta primeira imagem, um fundo de olho normal.



Agora, vejam vocês um fundo de olho com retinopatia diabética proliferativa: o desastre que os dois olhos deste paciente estão sofrendo devido aos novos vasos (neovasos) crescendo e que estão propensos a causar a diminuição da visão por descolamento da retina.



Se esse paciente for submetido à fotocoagulação precoce, já se sabe que é possível prevenir a cegueira. Esse é o primeiro

ponto que eu quero chamar a atenção: fotocoagulação e fotocoagulação precoce.

## Tratamento da Retinopatia Diabética

### FOTOCOAGULAÇÃO



Fotocoagulações precoces previnem cegueira

196064 anos2024

Meyer-Schwabke et al. G. History and development of photocoagulation. Am J Ophthalmol. 1967;63(6):1812-1814. DOI:10.1016/0002-9394(67)93681-1

Agora, vejam este outro paciente e a importância disso tudo. Este paciente sem sintomas tem uma visão de 20/20, ou seja, 100%. Quando olhamos na área central, não vemos nada. Porém, ao fazer o exame da periferia da retina e de contraste, aparecem manchas brancas algodoadas, que significam neovasos. Esse paciente, com apenas três sessões de laser teve controle dos neovasos, e conseguiu manter a visão de 20/20, e foi salvo de um desastre em sua visão.

## Fotocoagulação

Importância do diagnóstico e Tratamento precoce

Pré



20/20  
100% visão

Pré



20/20  
100% visão

Pós



20/20  
100% visão

O outro tipo de apresentação é chamado de edema macular diabético que é observado na tomografia da mácula como uma elevação muito grande no centro da retina. Isso é o chamado, então, de edema de mácula, que é tratado com injeções intraoculares (ver adiante).

Por que estou falando disso em uma plateia reunida para discutir saúde pública? Porque esses dois tratamentos, o laser e as injeções, são fundamentais para o ponto que eu quero salientar.

O Brasil é um dos países pioneiros na prevenção da cegueira, utilizando injeções intraoculares de antiangiogênicos, que previnem a cegueira causada pela retinopatia diabética.

Na oftalmologia, o binômio fotocoagulação e injeção de antiangiogênicos é capaz de prevenir a cegueira, quando essas intervenções são realizadas precocemente. Nós temos cinco drogas principais para esse tratamento, das quais uma, que está destacada em azul, é o bevacizumabe, que tem um efeito eficaz, é de baixo custo e é utilizada de forma off-label. As outras quatro são drogas on-label, que podem ser usadas no tratamento da retinopatia diabética.

## Tratamento Farmacológico

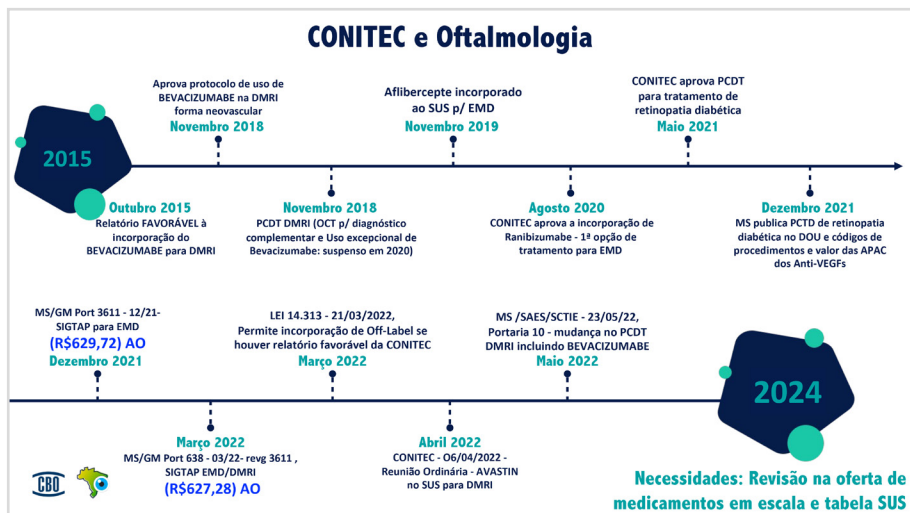


### Anti-angiogênicos:

- Aflibercepte
- Ranibizumabe
- **Bevacizumabe (Efetivo e baixo custo)**
- Brolucizumabe
- Faricimabe

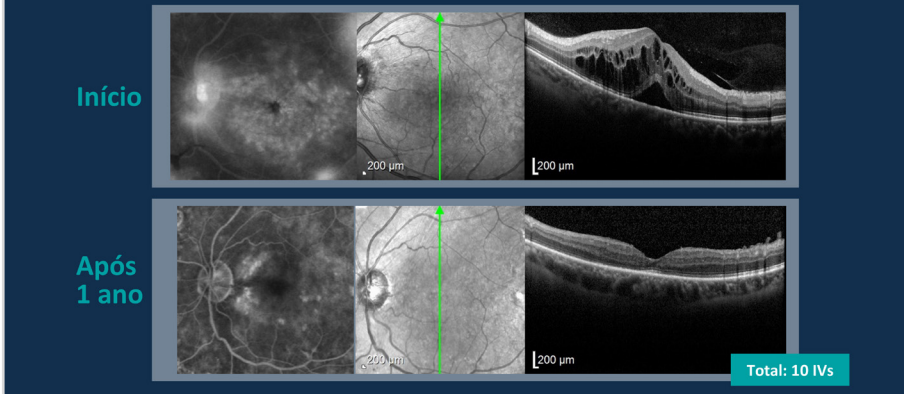


Chamo a atenção para o primeiro ponto, que é a Conitec. Quando foi criada, em 2011, a Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias representou um grande avanço na incorporação de tecnologia ao SUS. Vemos nesta time-table o quanto eles trabalharam e se esforçaram no que diz respeito ao edema macular diabético, emitindo várias portarias. Chamo a atenção para março de 2022, quando observamos que ambos os olhos são tratados por R\$ 627,00, enquanto o custo real do medicamento on-label é muito superior a isso. Esse é um ponto relevante dentro do problema.



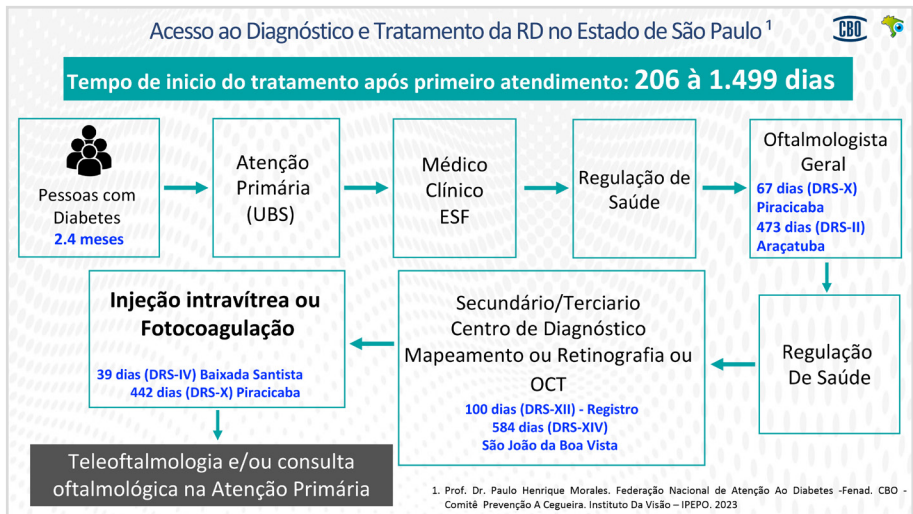
Precisamos, com base nesse primeiro ponto, revisar a oferta de medicamentos em escala e as tabelas do SUS. Seguindo nessa linha, quero mostrar um quadro que foi tratado com um desses medicamentos. Observem o número de vezes que este paciente foi tratado: na parte superior, um paciente com edema de mácula, vocês podem observar que ele foi submetido a 10 injeções intravítreas e o edema de mácula regrediu. Esse é o padrão: muitas injeções precisam ser realizadas para controlar a retinopatia diabética e prevenir o risco de cegueira.

## Tratamento Farmacológico - EMD



Exame: OCT - tomografia de coerência óptica

Se olharmos esse ponto como um ponto de intervenção, vemos que há dois aspectos que precisam ser discutidos daqui para frente: o acesso ao tratamento hoje é um problema, pois os distritos sanitários estão sobrecarregados. Eles simplesmente encaminham os casos para a atenção especializada. O CBO propõe que nos distritos sanitários ou policlínicas de apoio a consulta oftalmológica esteja disponível na atenção primária e que inclua exames para detecção da retinopatia diabética e que a partir daí os pacientes venham para a atenção especializada no fluxo contínuo. Isso significa ampliação do acesso, fila mínima, e tratamento precoce desta doença no SUS. Então, precisamos mudar o modelo. Sobre esse ponto de acesso, vou citar o trabalho do Doutor Paulo Henrique Morales.



Paulo Henrique Morales fez um levantamento simples no estado de São Paulo, e chegou à conclusão de que, depois de passar por todo o processo, cada local apresentava tempos de espera muito elevados. Ele analisou seis DRs que são os Departamentos Regionais de Saúde de São Paulo. O paciente saía da unidade básica de saúde, passava pela Estratégia de Saúde da Família, pela regulação da saúde, pelo oftalmologista geral, depois novamente pela regulação de saúde, pelo cuidado secundário, terciário, centro de diagnóstico, até chegar à injeção ou à fotocoagulação — com um tempo de espera que variava entre 206 e 1499 dias. Isso é muito tempo! Um diabético com problemas não pode esperar tanto. Nós, do CBO, estamos insistindo muito na mudança desse modelo. Existem diversos lugares no Brasil que já desenvolveram alternativas, e destaco aqui o modelo do professor Alexandre Taleb, da Universidade Federal de Goiás, onde trabalho. Nesse modelo, a retinografia é feita na atenção primária, e o paciente rapidamente é encaminhado para a injeção intravítrea e fotocoagulação por meio da telemedicina.

Em Goiás, esse sistema tem funcionado muito bem. Desde 2019, temos um PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas) para a retinopatia diabética que funciona plenamente, com o estado fornecendo a droga que é aplicada no CEROF – Hospital de Olhos do UFG.

Agora, vamos aos números: nosso GT Diabetes – grupo de trabalho sobre diabetes – estruturado pela SES/GO, UFG e pela professora Wilma Lelis, presidente do CBO, utilizou o TabNet, TabWin, e também o SIA (Serviço de Informação Ambulatorial) e o SIH (Serviço de Informação Hospitalar), todos do DataSUS, para analisar os procedimentos realizados em 2023. Focamos em quatro procedimentos utilizados para o tratamento da retinopatia diabética.

### **Tratamento da Retinopatia Diabética (RD) \*Cálculo de COBERTURA, base de dados DATASUS**

Programas utilizados para tabulação de dados (GT Diabetes):

**TABNET/TABWIN/SUS/SIA/SIH em 2023**

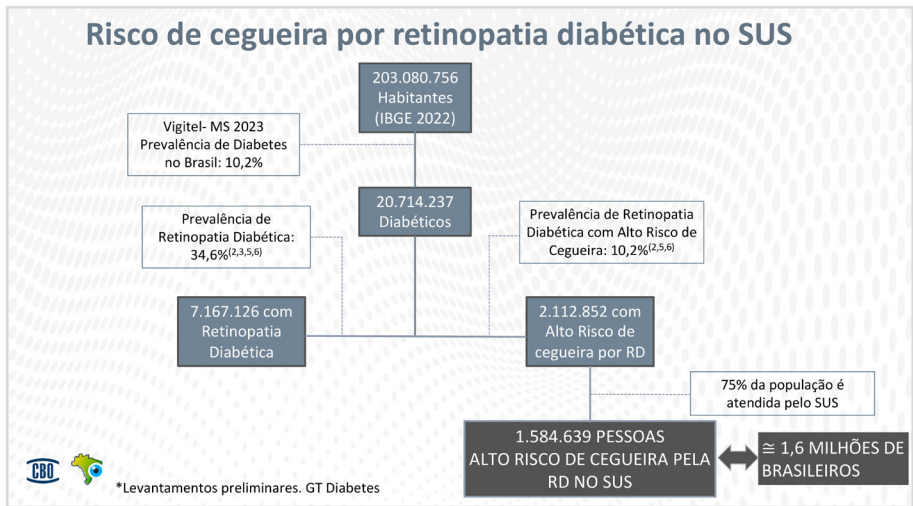
**PROCEDIMENTO = UNIDADE DE TRATAMENTO, independente se fotocoagulação ou injeção intra-ocular de anti-angiogênico**

- Fotocoagulação: **0405030045**
- Panfotocoagulação: **0405030193**
- Tratamento Medicamentoso das Doenças da Retina: **0303050233**
- Injeção intravítrea: **04050053**



Consideramos que a fotocoagulação e a injeção intravítrea devem ser consideradas juntas para análise. Uma delas, a injeção, é mais frequentemente utilizada, enquanto a fotocoagulação é utilizada com menor frequência, mas ambas caminham juntas. Consideramos essas duas como uma única unidade de tratamento.





Se considerarmos que a prevalência de retinopatia diabética é de aproximadamente 35%, isso significa que temos cerca de 7,1 milhões de pacientes com retinopatia diabética no Brasil. Outro ponto muito relevante é a prevalência de retinopatia diabética com alto risco de cegueira entre o total de diabéticos: em 21 milhões de diabéticos, 10% deles, ou seja, 2,1 milhões, estão com alto risco de cegueira por retinopatia diabética no Brasil.

Esse é um número preliminar, que estamos refinando. Sabemos que 75% da população é atendida pelo SUS e 25% pelos planos de saúde. Isso nos leva a concluir que aproximadamente 1,6 milhão de brasileiros precisam de tratamento para retinopatia diabética no SUS.

### Procedimentos necessários para o tratamento da RD no SUS

1.584.639 pacientes	Nº procedimentos/pessoa/ano	Nº total de procedimentos necessários	Nº procedimentos efetuados pelo SUS em 2023	Nº procedimentos adicionais necessários
Protocolo insuficiente	1X	1.584.639	275.330	1.309.309
Protocolo aceitável	4X	6.338.556	275.330	6.063.226
Protocolo ideal	6X	9.507.834	275.330	9.250.504



EUA: 7.300.000 injeções intra-vitreas/ano

\*Levantamentos preliminares. GT Diabetes

Levantamos o número de procedimentos (unidades de tratamento) realizado no SUS em 2023: 275.000. Mas, com 1,6 milhão de pessoas precisando de tratamento, o problema não termina aí. Os pacientes precisam de mais unidades de tratamento, tanto de fotocoagulação quanto de injeções intravítreas. Se olharmos o protocolo estabelecido pela Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo, o mínimo mais aceitável, que propõe quatro tratamentos por ano, precisaríamos de 6,3 milhões de unidades de tratamento. Nos Estados Unidos, por exemplo, são realizadas 7 milhões de injeções por ano. Estes números preliminares sugerem a necessidade de aumento, entre 10x ou 20x, do número de unidades de tratamento oferecidas pelo SUS.

Reitero a discrepância entre a necessidade e o que está sendo feito. Considerando três sessões de fotocoagulação por paciente, precisamos de 4,7 milhões de sessões sendo realizadas. Se olharmos para o tratamento farmacológico, com quatro aplicações por ano/paciente, esse número também é discrepante, seriam necessárias 6,3 milhões de injeções.

## FOTOCOAGULAÇÃO NO SUS



Se considerarmos a realização de 3 sessões de fotocoagulação por paciente no Brasil



Deveriam ser realizados, aproximadamente, 4.7 milhões de sessões de fotocoagulação



\*Levantamentos preliminares. GT Diabetes

Ressalto aqui que a preocupação é extrema: temos 1,6 milhão de pacientes de alto risco e apenas 275.000 tratamentos. Esses pacientes precisam de vários procedimentos ao longo do primeiro e segundo ano. Então, precisamos remodelar a assistência do SUS, potencializando o número de procedimentos e utilizando as estruturas e a força de trabalho da oftalmologia brasileira.

É necessário ampliar a oferta por meio de uma nova política, com revisão de tabelas e disponibilização de laserterapia e de antiangiogênicos em larga escala. Isso nos leva às seguintes conclusões:

- O diabetes é o segundo maior “estado” brasileiro, com 21 milhões. Isso não é uma frase minha, é uma fala de Paulo Morales, e gosto dessa analogia. Depois de São Paulo, o “diabetes” seria um pouco maior que Minas Gerais.
- Precisamos chamar atenção para a retinopatia diabética da mesma forma que fizemos para a catarata nos anos 2000. Naquela época, realizávamos, no SUS, cerca

de 80.000 a 100.000 cirurgias/ano, e hoje realizamos 1 milhão, segundo o banco de dados do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Chegou a hora de chamar a atenção para o diabetes. O diabetes está na nossa porta, e a retinopatia diabética, que causa cegueira irreversível, é alarmante no Brasil.

O uso da telemedicina no diagnóstico precoce, o exame oftalmológico especializado inserido na atenção primária à saúde, e o cuidado oftalmológico especializado, são cruciais. A OCI (Oferta de Cuidado Integrado) da retinopatia diabética, disponibilizada pelo Ministério da Saúde em 2024, é uma excelente iniciativa. A avaliação de um diabético no SUS vai custar em torno de R\$ 200,00, o que é muito significativo. Existem outras iniciativas que também podem ser feitas. Os protocolos com critério de entrada e desfecho, elaborados pelo grupo de trabalho (GT) de retinopatia diabética, são essenciais. O GT Diabetes precisa criar um protocolo no SUS, para aqueles pacientes de alto risco, por exemplo, com hemoglobina glicada elevada, que estão soltos hoje na rede.

O diabetes severo, ou não tão severo, mas com retinopatia avançada, precisa de atenção prioritária para quem tem maior chance de ser tratado. Precisamos fazer mais, e outras ações também são necessárias. Finalmente, para concluir, o diabetes e a retinopatia diabética são problemas sérios. O mundo inteiro está preocupado com a epidemia do diabetes, e nós, aqui no Brasil, precisamos acordar.

Insisto: nós acordamos nos anos 2000, quando fazíamos 100.000 cirurgias de catarata. Com fóruns nacionais e outras intensas e múltiplas iniciativas do CBO, fomos avançando, nos aproximando da meta. Hoje, fazemos 1 milhão de cirurgias de catarata por ano no SUS. Ainda precisamos de mais, mas já é um número significativo.

Agora, precisamos de uma política ampla e urgente para o acesso aos procedimentos em grande escala em relação ao diabetes. Precisamos sair dos **“milhares e entrar nos milhões” – milhões de procedimentos, milhões de atendimentos.**

## Conclusões e Propostas

Necessária ampla e urgente política de acesso a procedimentos em grande escala (milhares ↔ milhões )

Incentivar a fotocoagulação pela perenidade e menor número de procedimentos

A oferta de medicamentos em escala e a tabela SUS devem ser readequadas

Utilizar no SUS as estruturas e a força de trabalho da oftalmologia brasileira



Incentivar a fotocoagulação é importante pela sua perenidade e menor número de procedimentos necessários. Hoje, os números que mencionei, de fotocoagulação e injeção intravítrea, estão meio a meio, com 275.000 unidades realizadas. A fotocoagulação pode ser uma alternativa para quem tem dificuldade de ir e vir, especialmente para quem mora longe dos centros de tratamento. O brasileiro que vive a 400, 500 km de distância, se precisar voltar para injeções frequentes, muitas vezes não consegue. Eles têm dificuldade de se locomover para fazer o tratamento.

É necessário atendimento oftalmológico prioritário próximo à atenção primária, para identificação e tratamento precoce da retinopatia diabética.

A oferta de medicamentos em larga escala também é um problema que precisa ser resolvido. Na lógica do mercado, a escala diminui o preço, e a oferta de medicamentos em larga escala, junto com a readequação das tabelas do SUS, é essencial.

Por fim, temos muito orgulho da oftalmologia brasileira. É uma das mais desenvolvidas do mundo em número, qualidade e preparo. As estruturas existentes, muitas vezes ociosas, podem ser mais bem aproveitadas no SUS. Podemos utilizar a força de trabalho da oftalmologia brasileira para isso.

Mais uma vez, agradeço o convite. Espero que possamos encarar o diabetes, e no nosso caso a retinopatia diabética, como o problema urgente que é, e que ele seja resolvido cada vez mais rápido e precocemente.

Muito obrigado a todos.

## Comentários



**Deputado Zacharias Calil Hamu (GO)**

Aqui na Câmara, nós também trabalhamos com o problema do diabetes. Tenho alguns projetos que já estão em andamento. Um deles é o projeto de lei do laudo indeterminado, que é principalmente para o diabetes tipo 1, que afeta crianças. Sabemos que o diabetes tipo 1 não tem cura, então não há necessidade de exames repetitivos. Também propus uma lei que reconhece o diabetes como uma deficiência, porque, de fato, é uma deficiência: o paciente tem uma deficiência enzimática que impede a produção de insulina. Além disso, tenho um projeto para incluir o diabetes no Censo Demográfico. Isso é muito importante para sabermos quantas pessoas no Brasil são diabéticas, pois precisamos desses dados.

Não sei se todos sabem, mas Goiás é referência em telemedicina no Ministério da Saúde. Recentemente, levei uma discussão sobre telemedicina a nível nacional, e me disseram: "Você sabia que o seu estado é a referência no Brasil?"

Estive na Dinamarca, onde eles têm uma estrutura incrível para o tratamento de diabetes. Lá, eles têm centros de tratamento de diabetes de altíssima qualidade. O paciente recebe desde o tratamento da retinopatia até o calçado adequado, com

palmilhas sob medida. Eles tratam o diabetes de uma maneira maravilhosa. Precisamos de algo assim aqui.

A obesidade também é um problema mundial, como foi mencionado ontem (02/09/2024) na Folha de São Paulo. Além do tratamento, precisamos de diagnóstico e tratamento precoce, incluindo alimentação saudável. Alimentos ultraprocessados são grandes vilões, e, nessa reforma tributária, a alíquota sobre esses alimentos não foi alterada, o que afeta diretamente a população. Nossas crianças estão obesas, hipertensas e com diabetes, tudo isso causado pela má alimentação.

# Glaucoma no SUS – visão do CBO



**Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio**

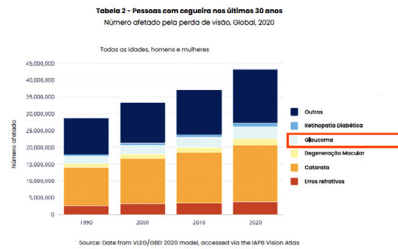
Agradeço ao professor e deputado Zacharias Calil pela parceria, e à TV Câmara, que está transmitindo este evento. Vamos falar sobre doenças que podem causar cegueira, e, infelizmente, ainda afetam nossa população.

Quando falamos sobre glaucoma, estamos nos referindo a uma doença que pode afetar pessoas de todas as idades. Existem, por exemplo, crianças que nascem com glaucoma, mas é uma doença mais frequente a partir dos 40 anos, e aqui, vamos abordar essa faixa etária, por sua prevalência.

# GLAUCOMA

Principal causa de cegueira irreversível no mundo  
Segunda causa mais comum de deficiência visual moderada a severa irreversível em adultos com 50 anos ou mais.

Adebayo, L., Brown, R., Bravi, P., Fleeman, S., Taylor, H., Jonas, J., Abadi, A., Abma, W., Abulhasan, A., Abdurrahman, E. and Adu, T. (2020). Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 20 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight, an analysis for the Global Burden of Disease Study, *Lancet Global Health*.



O glaucoma é uma doença que leva à atrofia do nervo óptico, ou seja, a principal via que leva a informação do olho ao cérebro. É a principal causa de cegueira irreversível no mundo, e no Brasil não é diferente. O mais importante é que essa cegueira é evitável se o diagnóstico for feito a tempo e os cuidados adequados forem tomados.

Um dos principais fatores de risco para o glaucoma é o aumento da pressão intraocular. As pessoas que desenvolvem glaucoma não perdem a visão de forma súbita. A perda é lenta e progressiva, começando pela periferia da visão, criando uma sensação de “nublado”. À medida que a doença progride, a visão se torna como se estivesse dentro de uma neblina densa, restando apenas uma visão central.

Muitas vezes, os pacientes conseguem ler todas as letras de uma tabela de visão em uma consulta, mas tropeçam em cadeiras, pois não possuem campo de visão. Como essa perda acontece muito lentamente, o glaucoma é considerado uma doença silenciosa, sem sintomas, e a perda visual vai acontecendo aos poucos. Os pacientes não percebem até que a doença esteja

em um estágio avançado. E, como essa perda é irreversível, o diagnóstico precoce é extremamente importante.

- **Glaucoma é uma doença caracterizada por neuropatia óptica crônica que cursa com defeitos típicos do campo visual e perda lenta e progressiva da visão. 1 (NE III)**



Perda imperceptível



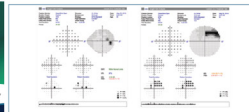
Áreas de perda de nitidez



Perda concêntrica do campo de visão



Diretriz da Sociedade Brasileira de Glaucoma



Ophthalmology. 2013 Jun;120(6):1120-6.  
PMID: 23415421  
Atkinson RP, Deppa KP, Freedman S, Mares J, Elam-Difuria N. Trends in Glaucoma. *Am J Ophthalmol*. 2014; 157(2): 1-10.



Temos vários estudos epidemiológicos internacionais de excelente qualidade que mostram que, até 2020, havia 80 milhões de pessoas com glaucoma no mundo. Com o crescimento e envelhecimento da população, estima-se que em 2040 esse número chegue a 111 milhões de pessoas com a doença. A maior parte dessas pessoas, de 50 a 90%, não saberá que tem glaucoma, obviamente não se tratará, e isso resultará em milhões de pacientes cegos, unilateral ou bilateralmente. Daí a importância de falarmos sobre essa doença.



## **Causa cegueira irreversível**

### **Doença assintomática**

- Incidência estimada de 1 a 2% na população geral
- Após os 40 anos, 2%, podendo chegar a 6 ou 7% após os 70 anos de idade
- O acometimento é bilateral, na maioria dos casos
- O caráter hereditário confere aos parentes de 1º grau 10 vezes mais chances de desenvolver a doença.



No Brasil, também temos alguns dados epidemiológicos. Na região Sul do país, a taxa de glaucoma identificada na população foi de 3,4%, sendo 2,4% de glaucoma de ângulo aberto e outros casos de glaucoma de ângulo fechado. Temos diferentes formas da doença e diferentes motivos para o aumento da pressão intraocular, o que causa a atrofia do nervo óptico e a perda da visão.

Esses dados destacam a maior prevalência de glaucoma com o aumento da idade, assim como uma maior prevalência entre negros e mulatos, sendo que, nesse grupo, ainda há maior gravidade na progressão da doença.



Quadro 4: Internações por Glaucoma, segundo faixa etária (2014-2024), no Brasil

Faixa Etária	Casos	Percentual (%)
Menor de 1 ano	916	1,41
1 a 4 anos	1.305	2,01
5 a 9 anos	793	1,2
10 a 14 anos	607	0,93
15 a 19 anos	510	0,8
20 a 29 anos	1.185	1,82
30 a 39 anos	2.235	3,42
40 a 49 anos	5.337	8,2
50 a 59 anos	11.676	17,93
60 a 69 anos	19.905	30,57
70 a 79 anos	15.948	24,49
80 anos e mais	4.693	7,21

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

*Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*  
Volume 7, Issue 2 (2023), Page 1349-1362.



A taxa de cegueira causada por glaucoma é maior entre negros, mulatos, mulheres e indígenas, e há uma prevalência maior do tipo de glaucoma que chamamos de glaucoma de ângulo fechado, que é mais agressivo. Temos um estudo epidemiológico na região norte do país, com indígenas, que mostrou uma prevalência de glaucoma de 8,8%, sendo 4% desse tipo de glaucoma de ângulo fechado, mais agressivo.

Então, estamos falando de uma maior prevalência de glaucoma e risco de cegueira em negros, mulatos, indígenas, e mais de 50% dessas pessoas não recebem o diagnóstico a tempo de serem tratadas. Aqui destaco a relevância de discutirmos esse assunto.

## Quais são as medidas que precisamos tomar para evitar a cegueira por glaucoma?

Fundamentalmente, precisamos ampliar o conhecimento da população sobre a doença. É essencial que as pessoas saibam que,

mesmo sem sintomas, é necessário realizar uma consulta oftalmológica. **Não basta fazer óculos, é preciso realizar um exame oftalmológico completo que identifique doenças silenciosas e sem sintomas, para que a pessoa possa receber tratamento antes de perder a visão.**

Além disso, precisamos garantir que o nosso sistema de saúde possibilite que essas pessoas cheguem à consulta e tenham acesso aos tratamentos necessários.

Para atuar nessa questão, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia realiza campanhas de conscientização regularmente. Todos os anos, realizamos a campanha “24 horas pelo glaucoma”, onde trabalhamos a conscientização por meios eletrônicos e também iluminando prédios públicos para chamar a atenção da população. Utilizamos depoimentos de celebridades que, de forma gratuita, emprestam sua imagem e voz para falar sobre a importância da doença, pois são impactados pelas nossas informações. Além disso, histórias de pacientes também ajudam a comunicar-se melhor com outros pacientes, levando a informação para diferentes públicos.

Nossos colegas oftalmologistas engajam-se nessa causa, levando informações de qualidade e respondendo a questões relevantes. Com essas ações, conseguimos ganhar espaço nas mídias, com apoio de inúmeros jornais e revistas que divulgam nossa mensagem. Temos o respaldo de muitas instituições que apoiam nossa causa, pois compreendem a seriedade do trabalho que realizamos.

## GLAUCOMA: CAMPANHAS DE CONSCIENTIZAÇÃO

24 HORAS PELO GLAUCOMA 2023

20 maio a partir de 9h, nas redes sociais do CBO. Não perca!

Apelo de Celebridades

- 14 celebridades
- 08 collabs
- Visualizações: 195.365
- Interações: 4.267
- Contas alcançadas: 155.625

Esse trabalho de prevenção da cegueira no Brasil não começou nesta gestão. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia trabalha há décadas para evitar a cegueira e cuidar dessas pessoas. Todos os que trabalharam ao longo desses anos estiveram dedicados a essa missão. Em 2008, tivemos a portaria que trouxe a política nacional de atenção em oftalmologia.

Entretanto, apesar dos anos que se passaram, ainda não conseguimos garantir o acesso pleno à oftalmologia na atenção básica. É fundamental que o paciente chegue ao oftalmologista desde o início, recebendo o cuidado adequado. Assim, podemos ter uma rede hierarquizada onde ele progride no tratamento de acordo com suas necessidades.

Agora, através do Ministério da Saúde, tivemos o programa “Mais Acesso a Especialistas”, que buscou resolver parcialmente essa questão. Para nós, da oftalmologia, foi um privilégio fazer parte desse início de trabalho. Agora, temos a possibilidade de que as pessoas possam acessar o oftalmologista para esse primeiro atendimento.

Aqui, trago alguns números para entendermos a importância da oftalmologia no Brasil. Em 2023, foram realizadas mais de 13 milhões de consultas oftalmológicas, mais de 2 milhões de cirurgias, e mais de 7 milhões de tratamentos clínicos. Os oftalmologistas em todo o país trabalham intensamente na saúde pública.

Falando especificamente sobre glaucoma, em 2023, mais de 1 milhão de pacientes foram tratados. Desses, 388.000 fizeram uma consulta para obter diagnóstico de glaucoma e iniciar o tratamento. Atualmente, temos quase 1 milhão de pacientes em tratamento contínuo.

Contudo, ao analisarmos a prevalência da doença no Brasil, percebemos que ainda não conseguimos atender e tratar todos os pacientes que necessitam. Como podemos colaborar para que mais pacientes sejam atendidos e tratados de forma eficaz? O tratamento medicamentoso é, em regra, o primeiro passo no tratamento do glaucoma, conforme estabelecido pelo nosso sistema de saúde.

Infelizmente, muitos pacientes não seguem corretamente o tratamento com medicações, descontinuando o uso de forma inadequada. Nossa missão é tratar todos os pacientes com glaucoma, considerando um sistema de saúde que seja sustentável. Precisamos garantir que os tratamentos sejam eficientes e que tragam dignidade tanto para médicos quanto para pacientes.

Em um contexto internacional, tivemos a publicação de um estudo em 2019 que mostrou uma nova abordagem terapêutica para o glaucoma, comparada ao uso de medicação: a trabeculoplastia a laser. Esse estudo pragmático demonstrou que esse tratamento ofereceu um melhor controle da doença e mostrou ser custo-efetivo. Como resultado, o sistema de saúde público do Reino Unido (NHS) avaliou o impacto dessas novas

evidências e recomendou a trabeculoplastia a laser como a primeira opção de tratamento para o glaucoma.

O que desejamos aqui, no Brasil, é uma revisão do nosso Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o glaucoma. Queremos a inclusão de exames que já foram comprovadamente eficazes e custo-efetivos pela CONITEC, para melhorar o diagnóstico e garantir que tratemos pacientes confirmados, não apenas suspeitos. Além disso, precisamos ampliar as opções terapêuticas disponíveis.

Garantindo não só que os pacientes sejam melhor tratados e que a questão da adesão ao tratamento (compliance) seja resolvida, mas também possibilitando que mais pacientes possam ser tratados. A nossa proposta, do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, é uma revisão do PCDT, com a inclusão desses tratamentos e exames. Essa é a visão do CBO em relação ao glaucoma do adulto.

Muito obrigada pela atenção.

## Comentários



**Deputado Zacharias Calil Hamu (GO)**

São dados alarmantes. Doutor Marcos Ávila me falava que, entre os indígenas, nos Calungas, a prevalência é ainda maior, e isso é uma grande preocupação para nós. Nos Calungas, a incidência que normalmente, é 2% a 3%, fica próxima de 12%.

Agora, passo a palavra ao nosso colega, Eduardo Velloso. Gostaria que você nos desse a sua visão.



### **Deputado Eduardo Velloso (AC)**

Quero agradecer ao meu colega, Dr. Zacharias, e cumprimentar o Dr. Milton, minha amiga Wilma, Dr. Marcos, Jurandir, e a Dra. Célia, a quem cumprimento em nome de todos aqui. Cumprimento também todas as mulheres, em nome da minha esposa, que está presente, sejam elas oftalmologistas ou não.

O que falar da oftalmologia e da saúde ocular no SUS aqui no Brasil? Hoje, estou como deputado federal, e quero agradecer à população do Acre que me deu essa oportunidade. Com isso, estou vivenciando algo que jamais pensei em vivenciar: a oportunidade de realmente conhecer meu estado.

Dr. Marcos, antes mesmo de me formar, já havia atendido nos 22 municípios do Acre. Nosso estado é pequeno, tem apenas 22 municípios, e eu já havia trabalhado em todos eles. Quando nos deparamos com os dados que o senhor mostrou aqui, que cerca de 24% a 26% da população têm plano de saúde, vemos que, no Acre, apenas 3% têm plano de saúde. Não existe hospital particular que sobreviva sem ter algum contrato com o SUS. Nossa realidade é muito diferente.

Entre 85% e 86% da população vive na zona urbana. Aí eu pergunto: se o SUS não dá conta nas capitais, como é o acesso dessa população no interior do estado, principalmente no Norte do Brasil? Estamos vivendo um momento complicado, com uma fumaça que nunca tínhamos visto antes,

especialmente no nosso estado. Ontem, o avião do dia não pousou devido à fumaça. Rondônia já está pior do que o Acre, repetindo o mesmo problema.

Isso afeta tudo, e, focando aqui na oftalmologia, o acesso é uma questão crítica. Além da dificuldade de marcar consultas, temos o acesso físico. As estradas são precárias, os barcos enfrentam rios secos — é uma realidade completamente diferente.

Graças a Deus, no nosso estado, as emendas parlamentares aumentaram, Dr. Zacharias. Temos essa oportunidade, especialmente no nosso estado, o que talvez não seja tão impactante em Goiás e São Paulo, mas faz muita diferença para nós. Nosso orçamento é de 9 bilhões, e, se trabalharmos direitinho, juntando os esforços dos 11 parlamentares federais — deputados e senadores —, podemos aumentar nossa arrecadação em 1,5 bilhão. Esse dinheiro pode ser direcionado para investimentos, incluindo a saúde, que é fundamental. Sem saúde, não fazemos nada.

Falamos sobre o glaucoma e o acesso ao primeiro atendimento, mas e o retorno desses pacientes no SUS? Marcar o retorno é ainda mais difícil, especialmente para quem vive no interior. Falamos muito do eixo São Paulo-Rio de Janeiro, mas o Norte é diferente. O Norte é um desafio diário. Estamos no século XXI, e quatro municípios nossos ainda não têm estrada. Além disso, quando uma estrada é aberta, o Ministério Público manda fechá-la. Eu nunca vi estrada e ponte fazerem mal a alguém; é um direito de ir e vir, e às vezes nem isso conseguimos no nosso estado.

Graças a Deus, estamos evoluindo. A telemedicina é uma grande esperança, e eu acredito muito nessa forma de trabalho. A oftalmologia tem se destacado, e quero parabenizar a todos os presidentes e ex-presidentes do CBO. Em nome da

nossa atual presidente, Dra. Wilma, parabênizo o avanço que a oftalmologia teve. Não digo que foi o melhor apenas para a oftalmologia, mas foi o melhor avanço entre todas as especialidades médicas. Parabéns a vocês do CBO, que nos orgulham, estando à frente de todas as outras especialidades.

Para finalizar, queria voltar a falar sobre o meu estado, o Acre. Em termos de reflexões, temos minério, uma biodiversidade gigantesca, e terras agricultáveis, diferentemente do Amazonas em alguns aspectos, mas de que adianta a nossa população estar sentada sobre tanta riqueza, como alguém que tem em casa 1 bilhão e 200 milhões de reais e não pode usufruir desse dinheiro? Essa é a sensação que temos hoje no Norte. Não se pode usufruir dessa riqueza, e isso deve ser um clamor popular. Só assim vamos melhorar na saúde, na economia, na infraestrutura, e na nossa conexão com o restante do Brasil.

Boa tarde a todos, e obrigado pela oportunidade.

# Parte 2

## A saúde ocular das crianças no SUS

# Diagnósticos precoces: desafios e estratégias



**Milton Ruiz**

Gostaria de começar agradecendo o convite.

Minha apresentação começa exatamente falando sobre o futuro. Quando o bebê nasce, ele não enxerga bem porque sua visão ainda não se desenvolveu. O processo de desenvolvimento visual é extremamente importante, pois, se ele não desenvolver sua visão adequadamente nessa fase, terá seu desenvolvimento motor, psicossocial e cognitivo alterados, o que vai interferir na educação e no cuidado proporcionado pelos familiares e profissionais.

**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOSES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

**DESENVOLVIMENTO VISUAL**

**SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa enxergar

**3 MESES**

O processo de desenvolvimento visual inicia-se ao nascimento. A perda da visão nos primeiros anos de vida tem grande impacto no desenvolvimento global da criança, pela falta de experiências visuais prévias. A deficiência visual na infância afeta o desenvolvimento motor, psicossocial e cognitivo e interfere na sua educação e no cuidado dado pelos familiares e profissionais.

**CBO**  
ORGANIZAÇÃO DE OFTALMOLOGIA

Começo falando sobre o teste do olhinho. Podemos observar um teste normal, uma córnea com opacidade, uma córnea com catarata congênita, e um retinoblastoma.

**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOZES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

**TESTE DO OLHINHO**

**LEI N. 4.090/2015**

**SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa enxergar

Triagem neonatal que usa o oftalmoscópio direto, equipamento de baixo custo e portátil, para identificar doenças que comprometem a transparência dos meios oculares (opacidade de córnea; catarata; glaucoma; infecções como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus; hemorragia intravítrea e retinoblastoma). Essas doenças devem ser detectadas e tratadas precocemente para minimizar o impacto no desenvolvimento da visão da criança.

<https://www.sistem.org.br/teste-do-olhinho.aspx>

<https://www.sistem.org.br/teste-do-olhinho.aspx>

**CBO**  
CATEGORIA PROFISSIONAL DE SAÚDE

Uma das cenas mais bonitas da oftalmologia é ver um bebê operado de catarata congênita usando óculos pela primeira vez. Quando os óculos são colocados em seu rostinho pequeno, ele vira-se de frente para a mãe, como se a estivesse escolhendo para ser a primeira pessoa a ser vista. É isso que fazemos quando realizamos um exame de refração e prescrevemos óculos: damos ao paciente a chance de enxergar claramente, e ele olha com encanto.

Ao nascer, a visão do bebê é turva, ele não distingue cores, vendo apenas nuances de cinza, e sua visão periférica é melhor que a central. Em poucos dias, porém, os bebês preferem olhar para o rosto da mãe, em vez do rosto de um estranho. Precisamos estimular o desenvolvimento visual nessa fase, com penduricalhos no berço, por exemplo. No primeiro mês, o bebê pode entortar os olhos, mas isso geralmente volta ao

normal. Entre o segundo e terceiro mês, ele entorta menos, e precisa ser estimulado. Entre o quarto e sexto mês de vida, o bebê começa a desenvolver percepção visual de profundidade. Sua visão ao nascimento é de 20/400, ou seja, 10% de eficiência visual, mas aos 12 meses já chega a 95%, e ele já começa a ver cores. Aos 12 meses, ele coordena melhor os olhos e já está tentando andar.

**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOSES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

**DESENVOLVIMENTO VISUAL**

 **SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa enxergar



**1º mês: estimular o desenvolvimento visual do bebê decorando quarto e berço com objetos de cores fortes e de vários formatos. Nessa fase, um dos olhos pode desviar para dentro ou para fora, e rapidamente voltar ao normal, se o desvio for grande e não retornar à posição natural, consultar o médico oftalmologista.**



Aqui, faço a primeira observação: não devemos expor o bebê a telas digitais, pois isso pode aumentar o risco de desenvolvimento de miopia. Nessa fase da vida, é fundamental medir a visão e realizar triagens visuais. Existem vários testes, como o teste de olhar preferencial, testes com raquetes e até tambor opto cinético.

Se a perda visual ou o não desenvolvimento visual não forem diagnosticados e tratados precocemente, essa perda visual pode ser permanente e irreversível. Existem maneiras de enfrentar esses desafios e estratégias para superá-los. Por exemplo, temos o aplicativo Go Check Kids, que pode fazer triagens

visuais através de fotos, usando uma plataforma de smartphone. Esse aplicativo tem uma sensibilidade de 84% para detectar problemas visuais e uma especificidade de 74% para descartar problemas inexistentes. Ele mede fotografias em modo retrato ou paisagem e, com base no reflexo ocular, consegue avaliar a presença de erro de refração e definir qual tipo de erro está presente. Trata-se de um sistema de identificação de risco para ambliopia.


## Qual o impacto disso?

A coordenação olho-mão é essencial em tarefas como leitura e escrita, e depende de uma boa visão binocular (estereopsia). A principal causa de baixa visão em escolares do ensino público infantil e fundamental no Brasil é o erro de refração não corrigido. Isso mesmo: a principal causa de baixa visão nas crianças não é outra coisa, mas o erro de refração não corrigido. Cerca de 10% dos escolares têm erros de refração que deveriam ser corrigidos, e 5% apresentam uma acuidade visual menor do que 50% da visão necessária.


**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOZES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**


**IMPACTO DOS ERROS DE REFRAÇÃO NÃO CORRIGIDOS NA APRENDIZAGEM DAS CRIANÇAS**



**SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa enxergar

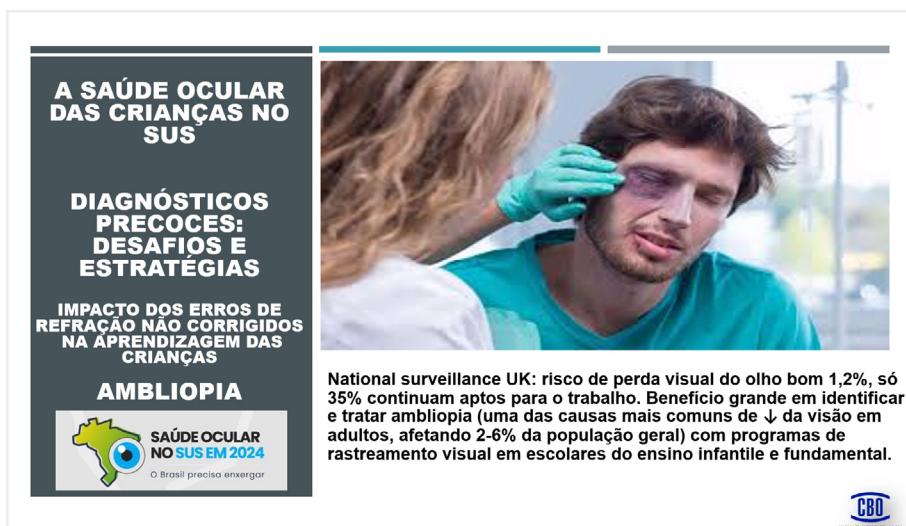


- A coordenação olho-mão em tarefas como leitura e reprodução pela escrita de informações do quadro-negro e/ou da tela do computador depende da estereopsia binocular. A estereopsia depende de se ter uma boa visão em ambos os olhos.



Vamos tratar de uma questão complicadíssima, que é a ambliopia. A ambliopia significa que a pessoa não enxerga bem de um olho, seja por trauma ou outras causas. O problema é que, muitas vezes, a pessoa acaba usando o olho “bom” para manipular objetos perigosos, como pregos ou produtos químicos, colocando-o em risco. Isso é importante porque, se a ambliopia for descoberta e tratada antes dos 7 anos, 75% dos casos podem ter uma melhora na acuidade visual do olho afetado, chegando a mais de 70% de recuperação.

Um dos grandes desafios é a baixa adesão ao uso de óculos e da terapia supressiva. Isso exige muita educação em saúde, tanto para os pais quanto para os professores e até os colegas na escola. É importante lembrar que, se um trauma ocorrer em uma pessoa com ambliopia, ele geralmente acontece no olho bom. No Reino Unido, um estudo mostrou que o risco de perda visual do olho “bom” é de 1,2% ao longo da vida, o que é um número alto. E mesmo com o tratamento adequado, 1/3 dos pacientes não consegue recuperar totalmente a visão a ponto de continuar com suas atividades profissionais.



**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOZES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

**IMPACTO DOS ERROS DE REFRAÇÃO NÃO CORRIGIDOS NA APRENDIZAGEM DAS CRIANÇAS**

**AMBLIOPIA**

**SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa enxergar

**National surveillance UK: risco de perda visual do olho bom 1,2%, só 35% continuam aptos para o trabalho. Benefício grande em identificar e tratar ambliopia (uma das causas mais comuns de ↓ da visão em adultos, afetando 2-6% da população geral) com programas de rastreamento visual em escolares do ensino infantil e fundamental.**

**CBO**  
CONSELHO BRASILEIRO DE OTO-OPHTALMOLOGIA

Outro problema importante que muitas vezes passa despercebido é a associação entre baixa visão e doenças mentais. Cerca de 45% das pessoas com deficiência visual (acuidade visual de 20/60) apresentam sintomas moderados de depressão, em comparação com 16,6% da população com visão normal. O percentual de pessoas com depressão mais severa também é alto entre aqueles com deficiência visual.

**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOZES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

**IMPACTO DOS ERROS DE REFRAÇÃO NÃO CORRIGIDOS NA APRENDIZAGEM DAS CRIANÇAS**

**DV E DOENÇA MENTAL**

**SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa enxergar

**10,7% das pessoas com DV, AV<20/40 sem cegueira, expressam níveis significativos de depressão, em oposição a 6,8% das pessoas sem comprometimento da visão. 45,2% das pessoas com DV, AV < 20/60 relatam sintomas moderados depressivos em comparação com 16,6% no grupo de visão normal e quase normal.**

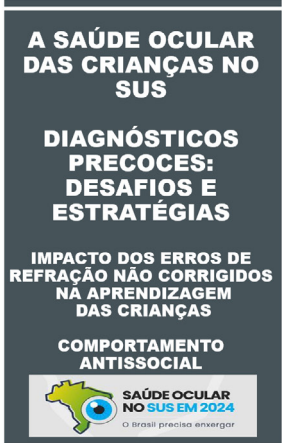
Demmin DL, Silverstein SM. Visual Impairment and Mental Health: Unmet Needs and Treatment Options. Clin Ophthalmol. 2020 Dec 3;14:4229-4251

**CBO**  
CENTRO BRASILEIRO DE OTO-ORLARIAS

Um dado que nos atinge profundamente é de uma instituição de acolhimento de jovens infratores nos Estados Unidos, que fez uma triagem visual e descobriu que 50% dos internos menores de idade tinham problemas de aprendizagem relacionados à visão. Lembramos que os erros de refração não corrigidos resultam em dificuldades de aprendizagem, sentimentos de fracasso, baixa autoestima e contribuem para problemas disciplinares, abandono escolar e comportamentos antissociais.

Não para por aí. Um relatório do Centro Nacional de Alfabetização de Adultos nos Estados Unidos informou que 75% a 90% dos menores infratores manifestavam alguma deficiência de aprendizagem, e até 50% dos presos adultos eram analfabetos

funcionais. Estamos literalmente mudando o futuro dessas crianças se não fizermos o diagnóstico e o tratamento precoce.




**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOZES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

**IMPACTO DOS ERROS DE REFRAÇÃO NÃO CORRIGIDOS NA APRENDIZAGEM DAS CRIANÇAS**


**COMPORTEAMENTO ANTISSOCIAL**

**SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa envolver

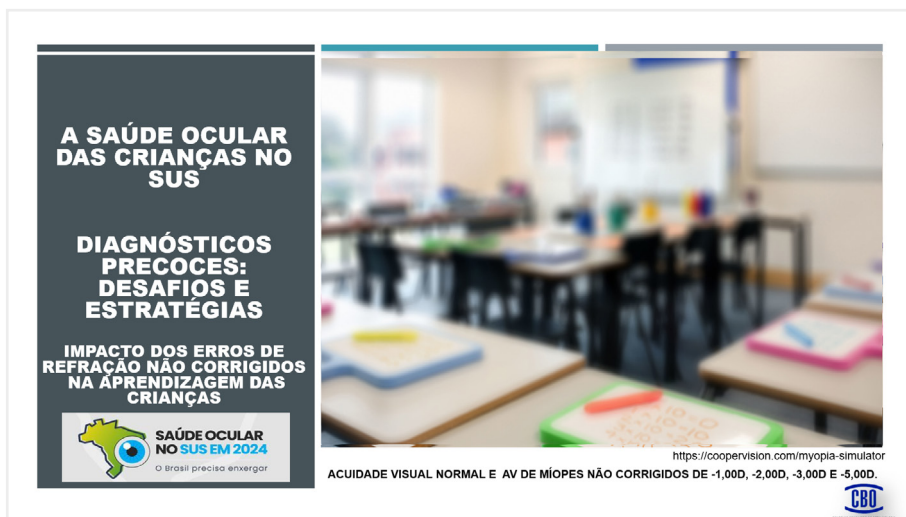


Relatório do Centro Nacional de Alfabetização de Adultos (NCAL, EUA), sobre alfabetização prisional informou que 75% a 90% dos menores infratores manifestavam deficiência de aprendizagem e até 50% dos presos adultos eram analfabetos funcionais.

Snow R The relationship between vision and juvenile delinquency · J Am Optom Assoc. 1983;54(6):509-511.



Aqui estou mostrando a visão de uma criança normal e como é a visão de uma criança com graus de miopia de 2, 3 e 5 graus. Há algumas ações necessárias, como a construção de políticas nacionais de saúde ocular para retardar o início e a progressão da miopia, pelo menos modificando fatores ambientais e comportamentais, como incentivando pelo menos 2 horas de atividades ao ar livre, diminuindo o tempo gasto com telas digitais, aumentando a distância ao usá-las e fazendo intervalos regulares.



Segundo o CBO, 10% dos alunos do ensino público fundamental necessitam de correção óptica para hipermetropia, mioopia ou astigmatismo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 7,5 milhões de crianças em idade escolar possuem algum tipo de deficiência visual, e apenas 1/4 delas recebem atendimento e correção.

O CBO, por meio do programa Olho no Olho, que aconteceu entre 1998 e 2001, envolveu 136.000 escolas, 274.000 professores e 13.490 oftalmologistas. Já o programa Olhar Brasil incluiu 532 municípios e atendeu 214.000 alunos de escolas públicas e a população com mais de 60 anos. No entanto, o programa foi descontinuado em 2016.

Em São Paulo, no programa Visão do Futuro, 50% dos escolares não compareceram à consulta agendada no Hospital das Clínicas, mesmo com lanche, transporte e tudo centralizado. Dos que compareceram, muitos foram dispensados porque os testes de acuidade visual foram mal realizados nas escolas, devido à falta de treinamento adequado dos professores.

**A SAÚDE OCULAR  
DAS CRIANÇAS NO  
SUS**

**DIAGNÓSTICOS  
PRECOSES:  
DESAFIOS E  
ESTRATÉGIAS**

**TRIAGEM VISUAL E  
REFRATIVA**



**SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024**

O Brasil precisa enxergar

**Programa Visão do Futuro – Secretária da Saúde SP**




- 50% dos escolares triados na escola deixaram de comparecer na consulta agendada no HCFMUSP, 2009-2019.




Uma possível solução seria a implementação de tecnologias como o foto refrator portátil, que faz uma refração binocular a laser e mede a distância interpupilar, detectando estrabismo e outros problemas. Esse tipo de tecnologia foi testado com sucesso em Natal, na comunidade Farol da Mãe Luiza, com entrega imediata dos óculos.

Outra iniciativa foi o programa *OneSight*, que ganhou o prêmio de melhor trabalho em 2013. Os óculos eram montados na hora, com uma cobertura de 95% dos casos, resolvendo a maioria dos problemas visuais no próprio ambiente escolar.

**A SAÚDE OCULAR  
DAS CRIANÇAS NO  
SUS**

**DIAGNÓSTICOS  
PRECOSES:  
DESAFIOS E  
ESTRATÉGIAS**



**TRIAGEM VISUAL E  
REFRATIVA**



**SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024**


O Brasil precisa enxergar

**Comunidade Farol da mãe Luiza - Natal, RGN 2019**

**armações e lentes prontas: entrega dos óculos no momento local da avaliação oftalmológica (95% dos óculos), exceto astigmatismo > -1,00DC. Lentes prontas, montagem imediata – armações 3 tamanhos – modelos masculino e feminino**

Rastreamento visual, *photoscreening* e dispensação de óculos com a tecnologia ready to Clip™  
Rev Bras Oftalmol. 2020; 79 (5): 309-14



Hoje, temos o programa *Pequenos Olhares*, mas ele precisa se tornar um programa nacional sustentável. Pessoalmente, espero a reedição de um programa *Olhar Brasil 2.0* sustentável.

Estima-se que 30% das crianças em idade escolar tenham algum tipo de deficiência visual, e que a deficiência visual é responsável por 22,9% da evasão escolar, de acordo com o Ministério da Educação. Problemas de visão não corrigidos resultam em dificuldades de aprendizagem, sentimentos de fracasso, baixa autoestima e contribuem para problemas disciplinares e comportamentos antissociais.

**A SAÚDE OCULAR DAS CRIANÇAS NO SUS**

**DIAGNÓSTICOS PRECOSES: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS**

**TRIAGEM VISUAL E REFRACTIVA**

**SAÚDE OCULAR NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa emergir

**Pequenos Olhares CBO**

Nossos médicos participam desta ação social que terá destaque no CBO 2022.

**SORIGS**  
SOCIEDADE DE OPHTALMOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

**CBO**  
CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

**Pequenos Olhares CBO tem que ser um Programa Nacional sustentável. Os alunos do ensino público infantil e fundamental, os médicos oftalmologistas e o CBO anseiam pela reedição sustentável do PROGRAMA OLHAR BRASIL 2.0**

Se não tratarmos essas questões, o futuro dessas crianças pode não ser o que esperamos. A deficiência visual é a principal causa de incapacidade entre os 24,5 milhões de brasileiros com deficiência. Um estudo de Resnikoff, de 2013, estimou que o Brasil perdeu R\$ 8,7 bilhões no PIB devido a erros de refração não corrigidos. A deficiência visual limita as oportunidades de educação, emprego e afeta a qualidade de vida e a produtividade.

Sabemos que o impacto dos erros de refração não corrigidos envolve componentes visuais, médicos, psicológicos, educacionais, sociais e familiares. Nenhuma profissão ou especialidade tem todas as respostas, mas temos a responsabilidade de diagnosticar e tratar crianças que não estão desenvolvendo sua visão normalmente e impedir que sigam um caminho de fracasso.

Essas eram as considerações que eu queria trazer.

# Reabilitação Visual: o que a sociedade necessita



**Célia Regina Nakanami**

É uma honra estar aqui. Vou falar um pouquinho sobre outra parte das consequências que o Dr. Milton introduziu, e que sabemos ser crucial: crianças têm uma data limite para desenvolver a visão.

Na última publicação do PNAD, em conjunto com o IBGE, vimos que entre as deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais, a deficiência visual é a que apresenta maior funcionalidade. Isso significa que, se corrigida com óculos ou lentes de contato, ou se a pessoa for reabilitada, há uma maior chance de inserção no mercado de trabalho. Mas isso só acontece se os problemas oculares forem detectados precocemente, as crianças forem diagnosticadas, tratadas e habilitadas.

## IMPACTO DA DEFICIÊNCIA VISUAL

- Dentre todas deficiências visuais (física, intelectual, auditiva, visual) - **DEFICIÊNCIA VISUAL tem maior funcionalidade laboral (30,9%), SE VISUALMENTE REABILITADO**



**SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024**  
O Brasil precisa enxergar



- Criança - problema ocular detectado e tratado precocemente
- Habilitação/reabilitação visual adequadamente



### PROPORCIONAR

Desenvolvimento Neuropsicomotor – Cognitivo - Linguagem  
Inclusão - Inserção – Social – Educação - Família  
Qualidade de vida  
Escolarização - Ocupações mais qualificadas – Maior renda



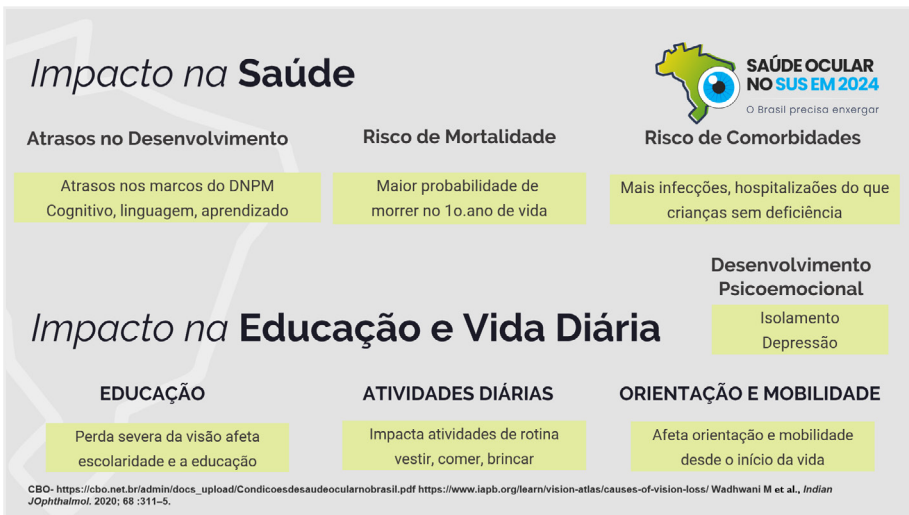
Habilitação é importante para crianças pequenas que ainda estão desenvolvendo a visão. Para crianças maiores, falamos de reabilitação. Se essas crianças forem bem conduzidas, elas poderão se tornar adolescentes, jovens e adultos produtivos, mesmo com a deficiência visual. Cegueira e baixa visão são as condições da deficiência visual que não melhoram mais, mesmo após tratamento clínico ou cirúrgico.

Ao proporcionar o desenvolvimento neuropsicomotor adequado, também favorecemos o desenvolvimento cognitivo, a linguagem, a comunicação e a inclusão social. Isso impacta diretamente na educação, na família e na qualidade de vida.

Como o Dr. Milton destacou, há uma forte relação entre pobreza e cegueira. Precisamos reverter esses processos, e só conseguiremos isso diagnosticando e tratando precocemente.

## Impactos na vida diária

Essas crianças podem ter atrasos no desenvolvimento, demoram para falar, andar e se comunicar. Crianças com cegueira desde cedo podem até nunca aprender a andar. Além disso, elas têm mais infecções, mais internações, e uma expectativa de vida reduzida. Estudos mostram que crianças com problemas oculares graves têm mais dificuldades na vida escolar e nas atividades diárias, como vestir-se, comer e brincar. Isso afeta também a mobilidade e a orientação, além de gerar impactos psicoemocionais, como depressão e ansiedade.



Para melhorar essa situação, precisamos de estratégias eficazes. As principais causas de deficiência visual em crianças no Brasil são catarata infantil, erros refrativos, glaucoma, e retinopatia da prematuridade, que ocorre em bebês que nascem muito prematuros e com baixo peso. Se não forem diagnosticados e tratados a tempo, podem desenvolver lesões graves na retina, levando à deficiência visual.



A ambliopia, a principal causa de deficiência visual em escolares, é outro problema sério. Embora não fosse considerada um problema de saúde pública por afetar apenas um olho, sabemos que a ambliopia precisa ser diagnosticada e tratada muito cedo, antes dos 5 anos.

Essas crianças precisam, na maioria dos casos, de óculos. Além do problema ocular, elas podem ter até 90% de chance de apresentar erros refrativos associados, como estrabismo.

### **Causas menos frequentes, mas igualmente importantes, incluem:**

Atrofia óptica, retinoblastoma (um tumor maligno ocular), malformações oculares, distrofias retinianas e doenças genéticas da retina.

### **Falando em números:**

Até 2020, havia 43 milhões de pessoas cegas no mundo, e esse número deve subir para 60 a 61 milhões nos próximos 20 anos.

Mais de 2 bilhões de pessoas têm algum tipo de deficiência visual, e mulheres, sejam crianças, adultas ou idosas, são sempre as mais afetadas por falta de acesso.

### **Principais causas de deficiência visual no mundo:**

Erros refrativos não corrigidos, catarata e degeneração macular relacionada à idade.

### **Principais causas de cegueira:**

Catarata, erros refrativos não corrigidos, glaucoma e outras doenças oculares.

90% das causas de deficiência visual podem ser preveníveis ou tratáveis. Falando um pouco mais sobre os números de deficiência visual na infância, globalmente, 28% da população têm alguma deficiência visual. Desses, cerca de 6 milhões de crianças têm deficiência visual e 4,8 milhões têm baixa visão, especialmente em países de baixa e média renda. A maioria dessas crianças está em países em desenvolvimento, sendo uma prioridade da Organização Mundial da Saúde (OMS), pois a deficiência visual tem um impacto significativo, especialmente quando consideramos o número de anos que essas crianças viverão com a cegueira.

## DEFICIÊNCIA VISUAL NA INFÂNCIA



SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024

O Brasil precisa enxergar

- 8% da população global
- **Número global com baixa visão = 6,0 milhões**
- **Número global com baixa visão** em países de baixa e média renda = **4,8 milhões**
  
- **PRIORIDADE** – Número de anos vividos com cegueira - **75 milhões de anos-cegueira (DALY)**
- **60% a 80%** das causas - preveníveis ou tratáveis
- **40%** crianças cegas - evitadas se acesso a tratamento



CBO- [https://cbo.net.br/admin/docs\\_upload/Condicoesdesaudeocularnobrasil.pdf](https://cbo.net.br/admin/docs_upload/Condicoesdesaudeocularnobrasil.pdf) <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/causes-of-vision-loss/> Wadhvani M et al., *Indian J Ophthalmol.* 2020; 68 :311-5.

Em 60 a 80% dos casos de cegueira em crianças, as causas poderiam ter sido prevenidas ou tratadas. Estima-se que 40% das crianças que ficaram cegas poderiam ter evitado essa condição se tivessem acesso ao tratamento oftalmológico.

No Brasil, estimamos que haja cerca de 27.000 crianças cegas e aproximadamente 54.000 crianças com baixa visão. Os erros refrativos são a principal causa de deficiência visual na infância. Com o uso de óculos, cerca de 15% dos casos de baixa visão poderiam ser melhorados, o que demonstra a importância de avaliar e prescrever a refração corretamente, não apenas em crianças, mas também em adultos com baixa visão.

Atualmente, menos de 5% das pessoas com deficiência visual têm acesso a serviços de reabilitação visual. Esse número já foi ainda menor, mas continua muito abaixo do ideal. Muitas vezes, após o diagnóstico e a prescrição dos óculos, o tratamento para a deficiência visual para por aí, sem que haja uma intervenção mais completa que maximize o potencial visual remanescente.

As crianças precisam ser avaliadas em serviços especializados de reabilitação visual. Isso inclui exames detalhados para detectar problemas como estrabismo e lesões maculares, por exemplo, causadas por toxoplasmose. O trabalho com essas crianças é artesanal e exige equipamentos adequados e profissionais especializados. A refração em pessoas com baixa visão requer tempo, disposição e muita expertise, e, muitas vezes, precisa ser feita manualmente para garantir precisão.

Além disso, são necessários exames mais sofisticados para acompanhar essas crianças, como testes psicofísicos e eletrofisiológicos, incluindo o teste de resposta visual (TLER) e o potencial evocado visual (PVE). Mesmo em centros menores, é possível desenvolver kits de avaliação baseados em evidências, que oferecem alto custo-benefício e podem ser utilizados nesses serviços.

Infelizmente, há pouca evidência científica sobre quais são os melhores testes para avaliar crianças com baixa visão. Não existe uma escola ou protocolo bem estabelecido para esses exames, e as respostas que obtemos são muitas vezes indiretas, com base na qualidade de vida das crianças.

A qualidade de vida dessas crianças melhora significativamente quando elas são inseridas em programas de acompanhamento e desenvolvimento visual. O impacto de um tratamento completo é muito diferente de simplesmente prescrever óculos. Vemos isso nos resultados de inclusão social, escolarização, produtividade e, claro, na própria qualidade de vida dessas crianças. Embora elas tenham menos oportunidades em relação às crianças sem deficiência visual, com o tratamento adequado, podemos medir grandes ganhos por meio de questionários de qualidade de vida.

## NECESSIDADE SERVIÇO ESPECIALIZADO- PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE



SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024

O Brasil precisa enxergar



Quando consideramos o número de anos que uma criança vive com cegueira, essa condição fica logo atrás da catarata em termos de impacto. Multiplicando o número estimado de crianças cegas, cerca de 1,5 milhão, pelo número de anos de expectativa de vida, obtemos uma dimensão do problema.

Essas crianças podem potencializar o uso da pequena visão que possuem. Elas aprendem como utilizar essa visão para estudar, caminhar, se orientar. Sabemos que crianças com baixa visão, muitas vezes, têm dificuldades no desenvolvimento motor, como falta de sustentação cefálica e corporal, devido à incapacidade de utilizar sua visão de maneira eficiente, o que seria fundamental para seu desenvolvimento.

Portanto, é necessário um apoio multidisciplinar, com profissionais como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, trabalhando em conjunto com o oftalmologista, que lidera o processo. Essa abordagem integrada ajuda essas crianças a se desenvolverem de forma mais completa.

## NECESSIDADE CENTRO ESPECIALIZADO ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE ATIVIDADES DE ROTINA

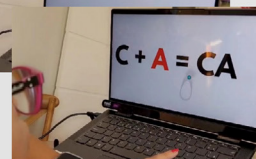
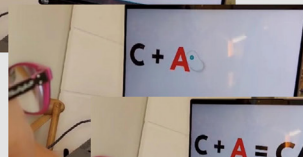
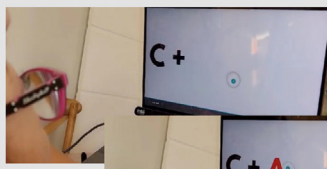
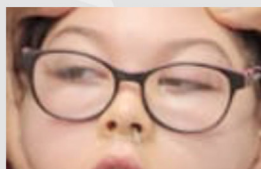
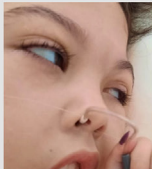


SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024  
O Brasil precisa enxergar



A **tecnologia assistiva** também é um recurso fundamental nesse processo. Mesmo em serviços menores do SUS, é possível obter equipamentos através de projetos e trabalhos científicos que auxiliam no diagnóstico e tratamento. Um exemplo é o caso de uma criança com uma síndrome rara, que foi inicialmente considerada em estado vegetativo. Essa criança não anda, não fala e movimenta apenas um dedo de forma muito limitada. Com o tempo, e com o uso de tecnologia assistiva, essa criança foi alfabetizada, mesmo mantendo o aspecto físico de um estado vegetativo.

Utilizamos a **tecnologia assistiva** não só para comunicação alternativa, permitindo que a criança faça escolhas e expressões, mas também para auxiliar no aprendizado escolar.

**TECNOLOGIA ASSISTIVA****SÍNDROME RARA – ERRO INATO DO METABOLISMO  
ESTADO VEGETATIVO****COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA****APRENDIZADO**

Além disso, a **telereabilitação visual** foi uma grande inovação, impulsionada pela necessidade durante a pandemia. Liderados pela equipe da Dra. Ana Carolina Carneiro, vimos que a telereabilitação é possível em crianças com baixa visão. A telereabilitação permite monitorar a progressão ou piora da condição da criança, além de oferecer suporte aos pais, que se sentem mais acolhidos. Com esse método, observamos o relacionamento dos cuidadores com a criança em seu ambiente doméstico, permitindo uma abordagem mais colaborativa, onde aprendemos juntos e desenvolvemos novas estratégias para lidar com a baixa visão.

Outro ponto importante da telereabilitação é a redução de deslocamentos, retornos presenciais e custos tanto para as famílias quanto para o governo. Esse método se mostrou seguro, especialmente quando combinado com consultas presenciais em um formato híbrido. Isso nos dá mais segurança e eficiência no acompanhamento das crianças.

A Dra. Carolina Carneiro realizou um estudo que mostrou uma taxa de adesão de 80,4%, um alto índice de satisfação e a

redução de custos. Além disso, o impacto na qualidade de vida dessas crianças com baixa visão, utilizando a telereabilitação, foi significativo.

Por fim, sabemos que há muitas legislações e políticas de saúde e educação voltadas para pessoas com deficiência. Essas crianças têm acesso a várias iniciativas, mas ainda há muito a ser feito, especialmente no que diz respeito à capacitação de profissionais para a telereabilitação.

### **Profissionais capacitados e apoio aos pais:**

É essencial capacitar não apenas os profissionais, mas também os pais, para que compreendam o que estamos buscando durante a avaliação dessas crianças, especialmente em atendimentos via telemedicina. Muitas políticas e leis já existem, tanto para a saúde quanto para a educação, mas, infelizmente, estão dispersas. Algumas políticas, como o programa Olhar Brasil, foram interrompidas, embora tenham sido parcialmente incorporadas por outros programas, como o Programa Saúde na Escola.

No entanto, nesse processo, muitas ações se perdem. O ideal seria que essas políticas fossem monitoradas de forma contínua pelos órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde. As crianças com deficiência visual têm necessidades não apenas relacionadas à especialidade, mas também a outras áreas, como audição, mobilidade e cognição. Muitas vezes, enfrentam deficiências múltiplas, o que agrava o grau de comprometimento visual e torna o acompanhamento individual ainda mais necessário.

## LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS-SAÚDE/EDUCAÇÃO PARA DEFICIÊNCIA VISUAL INFANTIL



SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024

O Brasil precisa enxergar

- Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015)
- Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva
- Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
- Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS) para crianças com deficiência
- Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica
- Legislação Pertinente: Art. 37, inciso VIII, da Constituição Federal de 1988; Art. 5º, § 2º, da Lei nº 8.112/90; Lei nº 7.853/89; Art. 4º inciso III, do Decreto nº 3.298/99, com a redação dada pelo 5.296/2004.
- Lei nº 14.126/2021 - visão monocular classificada como
- deficiência sensorial, do tipo visual, para todos os efeitos legais". Lei Nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente
- Lei Nº 9.394/1996 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da pessoa com deficiência

### Barreiras:

Uma das principais barreiras é a falta de informação. Muitos pais não compreendem o que é a baixa visão ou a deficiência visual, e não sabem que existem serviços e auxílios óticos que podem ajudar. Além disso, muitas famílias desconhecem as leis que amparam essas crianças e não sabem que há serviços multidisciplinares disponíveis.

Outro desafio é a aceitação. Muitos pais têm dificuldade em aceitar a condição de baixa visão ou deficiência visual de seus filhos, o que afeta o processo de inclusão. Essas crianças, muitas vezes, enfrentam dificuldades de interação, o que pode levar ao isolamento, ansiedade e depressão. Um estudo revelou que 40% das crianças se sentem rejeitadas, o que agrava os problemas de inclusão.

## NECESSIDADES



SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024

O Brasil precisa enxergar

### • BARREIRAS

- **INFORMAÇÃO** – falta de educação sobre saúde ocular e deficiência visual, negação dos pais e negligência, bullying, falta conscientização sobre tratamento e auxílios disponíveis, serviços multidisciplinares, direitos legais
- **INCLUSÃO** – dificuldade de interação, isolamento, ansiedade, depressão
- **ACESSO** - físico – financeiro
- **PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS** - insuficiente Oftalmopediatras e Oftalmologistas especializados em Baixa Visão – terapeutas (Terapeuta ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogos, Pedagogos)



Cassetti V et al., The British and Irish orthoptic journal, 15(1):96-104. doi: 10.22599/BJOJ.133. Kupper H. Com. Eye Health Journal, 2016.

### Acesso e distribuição de serviços:

As dificuldades de acesso físico também são grandes, tanto para o deslocamento até os serviços quanto pela localização dos centros de reabilitação, que, em geral, estão concentrados em áreas urbanas. A distribuição dos serviços pelo país é desigual, sendo o Norte e o Nordeste as regiões com menos centros de reabilitação. Além disso, a falta de profissionais especializados, como oftalmopediatras e terapeutas treinados para lidar com baixa visão, é um problema constante.

## NECESSIDADES



SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024

O Brasil precisa enxergar

- **COBERTURA** - Serviços de reabilitação visual ainda insuficientes e em grandes centros – alta demanda/filas de espera/demora de marcação
- **INTEGRAÇÃO** de serviços de saúde com serviços de saúde ocular/reabilitação – melhorar integração no sistema de saúde
- **REFERÊNCIA – Demora no encaminhamento** de bebês/crianças após cuidados neonatais/hospitalares para seguimento ambulatorial – atrasa habilitação/reabilitação visual. Ex: prematuros
- **OFERTA SERVIÇOS** – Faltam serviços – inclusive com PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE e equipe multidisciplinar

### Cobertura e demanda:

A cobertura de serviços é insuficiente para a alta demanda. No meu serviço, por exemplo, as vagas se esgotam rapidamente. Abrimos vagas no início do ano, e, em março, já não há mais disponibilidade até dezembro. Isso reflete a realidade de muitos serviços, que enfrentam filas de espera e demora na marcação de consultas. A integração entre os serviços de saúde também é deficiente. Por exemplo, uma criança diagnosticada com catarata congênita pode demorar para ser encaminhada para o tratamento adequado.

Além disso, mesmo em serviços oftalmológicos de primeira categoria, muitas vezes os pacientes não são encaminhados para serviços especializados em baixa visão. Isso destaca a importância da educação continuada e da necessidade de melhorar os fluxos e a comunicação entre os diferentes serviços.

Mesmo entre nossos pares, vemos uma demora no encaminhamento e na oferta de serviços. Faltam serviços especializados, especialmente aqueles voltados para bebês e crianças pequenas, com equipes multidisciplinares.

## Desafios e sugestões:

Precisamos repensar como essas crianças podem ser inseridas nas políticas públicas de saúde. Existem muitas políticas, mas elas estão dispersas, e muitas vezes a criança não está adequadamente inserida em nenhuma delas. Além disso, é necessário ampliar a rede de serviços, capacitar mais profissionais e aumentar o acesso a tecnologias assistivas.

Existem tecnologias disponíveis, mas seu desenvolvimento e uso ainda são limitados. Precisamos também regular e certificar profissionais habilitados para assistência multidisciplinar em áreas temáticas relacionadas à deficiência visual, como funções visuais e processamento visual. Muitas vezes, profissionais ou pessoas sem a formação adequada tentam atuar nessa área, e os pais acabam mal orientados, o que prejudica o tratamento das crianças.

### DESAFIOS – SUGESTÕES



SAÚDE OCULAR  
NO SUS EM 2024  
O Brasil precisa enxergar

- **Monitoramento** das ações sociais, inclusivas, e apoio para tratamento e reabilitação garantidas pelas várias legislações e políticas de saúde
- **Ampliar rede** de serviços de reabilitação visual
- **Aumentar capacitação** de profissionais da saúde
- **Ampliar acesso** a tecnologias assistivas
- Regular profissionais habilitados a assistência multi e interdisciplinar em áreas temáticas que envolvem as funções visuais e o processamento visual para pessoas com deficiência visual

## Fortalecimento dos centros de telemedicina:

Outro desafio é a criação e fortalecimento de centros de telemedicina voltados para baixa visão, que ainda são muito poucos. A telemedicina requer apenas uma infraestrutura básica: uma plataforma digital, internet e um celular. No entanto, em muitos casos, os pais não têm acesso a essas ferramentas. Vimos situações em que os pais tinham celular, mas não tinham internet, ou não possuíam celular adequado.

Desenvolvemos protocolos e materiais para ensinar os pais e para avaliarmos as crianças de forma eficiente. Embora enfrentemos dificuldades, já percebemos que a telemedicina é viável, reduz custos e pode ser uma solução efetiva.

### **CENTROS DE TELERREABILITAÇÃO VISUAL**



- **CRIAR / AMPLIAR / FORTALECER CENTROS DE TELEMEDICINA**
- **INFRAESTRUTURA** – local físico – plataforma digital/equipamento/ internet)
- **Desenvolvimento**
  - Protocolo - Material técnico para avaliação
  - Agenda
- **TELEATENDIMENTO**
- **ATENDIMENTO HÍBRIDO** – intercalado presencial e teleconsulta

## Estimulação precoce e reabilitação visual:

Outra área que carece de atenção é a falta de continuidade no atendimento. Ontem, enquanto eu vinha para cá, conversei com um taxista que era professor de Braille, e ele relatou uma realidade que vemos diariamente: atendemos crianças em nosso setor até os 10 anos de idade, quando, idealmente, a

estimulação precoce deveria ocorrer até os 3 anos. Após esse período, essas crianças não têm para onde ir, e faltam serviços de reabilitação visual que possam continuar o atendimento.

Essas crianças, muitas vezes com deficiências visuais crônicas, completam o processo de estimulação precoce, mas carecem de opções de continuidade. Existem poucos lugares que aceitam ou amparam essas crianças depois que elas passam por esse primeiro processo de tratamento.

Essas crianças muitas vezes precisam de atendimento regular e contínuo. Ontem, o taxista que era professor de Braille me contou que ele acompanha uma criança de 45 anos, que ficou na sala de recursos da escola, mas agora não tem para onde ser encaminhada. Isso reflete a falta de continuidade nos serviços de reabilitação para crianças que necessitam de intervenções prolongadas.

Além disso, é fundamental lembrar que as famílias dessas crianças também precisam de apoio. Muitas vezes, vemos pais se separando devido à pressão emocional e à carga de cuidados. Um psicólogo me mencionou recentemente que algumas mães chegam a considerar o suicídio por conta da enorme responsabilidade e estresse. Portanto, é crucial oferecer apoio psicológico e oficinas educativas para esses pais, além de promover oportunidades para que aumentem sua renda e possam ter um tempo para cuidar de si mesmos e de outros membros da família.

Parcerias e colaborações com outros setores, como educação, saúde, ONGs e empresas voluntárias, são extremamente importantes. Precisamos estar atentos à criatividade e ao engajamento para desenvolver essas parcerias. Trabalhos científicos mostram que, quando há mais recursos e engajamento em projetos, isso ajuda a formar políticas de saúde eficazes.

Quando a deficiência visual se torna uma prioridade, vemos um aumento dos recursos disponíveis e maior sustentabilidade para os programas.

Outro ponto que sempre mencionamos, e que precisa ser continuamente reforçado, é a conscientização. Ela deve ser um esforço contínuo. Trabalhamos nisso por alguns anos, mas depois a conscientização cai no esquecimento. Portanto, é fundamental manter o tema em evidência, tanto na mídia quanto entre os profissionais de saúde e na sociedade.

Um exemplo é uma criança com uma síndrome rara que não fala e usa comunicação alternativa. Apesar de suas limitações, ela consegue se comunicar de forma eficaz, apontando para os óculos que queria, e é capaz de criar obras de arte, o que muitas pessoas nem imaginariam ser possível para uma criança com sua condição.

Muito obrigada!

# Parte 3

## A Saúde Ocular no SUS

# A importância das Redes de Atenção estruturadas para a Saúde Ocular no SUS: visão do CONASS



**Jurandir Frutuoso**

Boa tarde a todos.

Primeiro, preciso expressar minha admiração pelo Dr. Zacharias. Eu convivo nesta casa há duas décadas, e posso afirmar que o Parlamento precisa de pessoas como ele, que conhecem profundamente o sistema de saúde e que trabalham com convicção e honra para melhorar esse sistema. O Dr. Zacharias preside a Comissão de Saúde aqui no Parlamento, e, além de sua vida profissional, tem um compromisso público que merece ser elogiado.

Gostaria de abraçar todos os presentes da mesa, na pessoa da Dra. Wilma e do Dr. Marcos, e dizer que temos uma tarefa complicadíssima à nossa frente. A grande questão que surgiu aqui é como podemos dar respostas a toda essa angústia e colocações feitas, especialmente sobre a necessidade de mais diálogo.

Uma das lições mais importantes que podemos tirar deste evento é que precisamos conversar mais. Muitas políticas públicas de saúde, como as discutidas aqui hoje, sofrem com o desconhecimento dos gestores, justamente porque não há esse diálogo contínuo. Aquilo que você não conhece, você não prioriza. Por isso, só o fato de estarmos conversando já é um grande avanço.

Gostaria de abordar alguns postulados importantes que devemos considerar. Eles são poucos, mas fundamentais.

É preciso ter um compromisso com a saúde do povo, com a humanidade, como os 7 bilhões de pessoas que habitam o planeta. Para que isso aconteça, precisamos pensar e inserir a política de saúde na discussão política. Não temos essa prática atualmente. Por não incluir a política de saúde no debate político, acabamos nos perdendo e não conseguimos definir nossas necessidades nem convencer os tomadores de decisão. E, por falta desse convencimento, muitas vezes não conseguimos vencer os embates diários nos congressos ao redor do mundo, incluindo aqui no Brasil.

Esse já é um grande aprendizado do dia de hoje. Agora, indo direto ao tema, “Saúde Ocular no SUS com foco nas redes”: o Brasil discute, desde a Constituição de 1988, a implementação das redes de saúde, algo que está previsto na Lei 8080. Por que isso? Porque o país tem 25 milhões de habitantes, 15 macrorregiões e mais de 100 microrregiões de saúde. Como o deputado Eduardo mencionou, ao falar sobre o drama da Região Norte, o Brasil é diverso demais para pensarmos em um SUS unificado. As diferenças climáticas, ambientais, sanitárias e econômicas exigem que pensemos o SUS regionalmente. Temos que entender que “pensar o SUS em Brasília” não é o mesmo que “aplicar o SUS no Brasil”. A Região Norte, por exemplo, precisa ser pensada de forma diferente.

É fundamental seguir o princípio da **regionalização macrorregional** e também discutir a regionalização dentro de cada estado, pois as regiões dentro dos estados também são diversas. Isso é crucial para efetivar um sistema de saúde integral, como já está previsto na Constituição e nas leis, como a Lei 141 e a Resolução 37. Para que o SUS funcione de forma eficaz, a regionalização precisa ser implementada.

Mas, para isso, também é necessário efetivar uma **nova governança**. E quando falo de governança, me refiro a uma onde todos os atores estejam envolvidos, superando suas divergências e assumindo suas responsabilidades. Somente com uma boa governança conseguiremos implementar a regionalização na prática.

É essa regionalização que permitirá encontrar soluções para doenças e patologias como as que discutimos aqui hoje, respeitando as conveniências e possibilidades de cada região. Eu sempre defendi, e já fui atacado por isso, que a ideia de municipalização como solução principal não é mais adequada. Houve um tempo, na 9ª Conferência de Saúde, em que se acreditava que a municipalização era o caminho. Os prefeitos e municípios fazem o seu papel com muito esforço, mas, hoje, precisamos pensar em **regionalização**.

Os municípios devem focar na atenção primária, enquanto as regiões de maior porte devem lidar com a média e alta complexidade. As macrorregiões de saúde, que somam 115 em todo o Brasil, têm a obrigação de entregar ao povo um sistema de saúde integral, robusto e de qualidade. Essas regiões devem ser capazes de resolver os problemas que os municípios e microrregiões não conseguem.

Precisamos investir nessas macrorregiões da mesma forma que investimos em instituições como o Banco do Brasil e a Caixa Econômica Federal. Os hospitais devem ter estruturas de qualidade, com pisos adequados, equipamentos de ponta e serviços de primeira linha. As pessoas devem ser recebidas de maneira digna nessas unidades. E tudo isso não exige um volume exorbitante de recursos.

O investimento necessário para melhorar a saúde pública no Brasil, especialmente na área de oftalmologia, não é exorbitante. Já fiz essas contas várias vezes, inclusive quando fui

convidado ao BNDES, e percebi que, embora custe dinheiro, se for bem-organizado e feito de maneira eficiente, o custo é relativamente baixo, e a resolutividade é alta.

Para que isso aconteça, precisamos de uma **infraestrutura de transporte adequada**, uma rede de apoio bem fundamentada e um sistema de apoio diagnóstico relevante. Tudo isso, obviamente, custa dinheiro, mas, como mencionei, quando bem-feito, o custo não é proibitivo. A questão está na organização e eficiência.

### **Fragmentação do cuidado:**

Por que as redes de saúde são necessárias? Porque o cuidado está fragmentado. A fragmentação do cuidado é evidente, por exemplo, em doenças infecciosas crônicas, como a tuberculose, que é um problema persistente no Brasil. Temos também uma alta prevalência de doenças renais, superada apenas pela Índia. A fragmentação ocorre quando não conseguimos alcançar todos os diabéticos e hipertensos, e quando não conseguimos responder adequadamente aos problemas da oftalmologia. Isso é reflexo da falta de organização e coordenação das redes de saúde.

Além disso, temos uma taxa vergonhosa de mortalidade materna, o que demonstra que muitos aspectos do sistema de saúde estão fragmentados e carecem de respostas eficazes dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Eficiência e uso racional dos recursos:**

Precisamos de mais eficiência no uso dos recursos, garantir a continuidade e a integralidade do cuidado. E, principalmente, precisamos superar o preconceito de que a atenção primária é “medicina para os pobres”, sem valor ou força. A atenção

primária é, na verdade, a base do sistema de saúde, e é ela que deve ordenar a rede e o cuidado.

Entretanto, não pode ser qualquer atenção primária. Precisamos de médicos e profissionais de saúde bem-preparados, com boa formação acadêmica, garantias trabalhistas, e condições dignas de trabalho. Eles não podem estar em unidades de saúde precárias ou serem impedidos de continuar se desenvolvendo. O médico que atua no interior do Acre, por exemplo, deve ter acesso a cursos, congressos e educação continuada para se manter atualizado e motivado a permanecer na região.

### **Fixação dos profissionais de saúde:**

O que fixa um profissional em uma região? **Estabilidade, salário digno, boas condições de trabalho e residência médica.** Continuamos formando residentes no Sul e Sudeste, e é para lá que os médicos vão e permanecem. Eles não retornam às suas regiões de origem. Precisamos repensar a formação médica no Brasil.

Não podemos continuar ignorando o fato de que, há 15 anos, tínhamos cerca de 150 faculdades de medicina, e agora temos mais de 400. Não há campo de estágio suficiente, nem preceptores para tantos alunos. Isso está gerando uma **produção desenfreada de profissionais desqualificados**, e estamos fechando os olhos para esse problema. Isso precisa ser discutido de maneira clara e objetiva.

### **Saúde ocular no Brasil:**

A saúde ocular no Brasil enfrenta desafios gigantescos, como já foi discutido por todos os palestrantes. Precisamos enfrentar essa tormenta de frente, porque os dados apresentados são dramáticos, e a cegueira do gestor em enxergar o problema é preocupante. Isso deve ser discutido mais profundamente e com mais frequência, não apenas uma vez por ano em congressos, mas no dia a dia, na rotina.

### **Sustentabilidade financeira das redes de saúde:**

Um dos maiores desafios para a saúde ocular no Brasil é a **sustentabilidade financeira das redes**. Desde a Emenda Constitucional de 2000, o governo federal tem investido apenas 1,7% do PIB na saúde pública, um número que, somado aos recursos dos estados e municípios, chega a apenas 4% do PIB. Países como França, Inglaterra, Alemanha e até Costa Rica investem, em média, 7% do PIB em saúde pública. Para que possamos ter uma saúde de qualidade no Brasil, precisaríamos **dobrar os recursos**.

### **Capacitação e novas tecnologias:**

Outro ponto crucial é a **capacitação constante dos profissionais de saúde** e a adoção de **novas tecnologias** nos serviços. Não podemos continuar tentando fazer saúde com equipamentos quebrados e ultrapassados, enquanto há novas tecnologias disponíveis que poderiam melhorar significativamente os cuidados.

### **Conclusão e visão do Conass:**

O **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)** tem uma visão clara das prioridades para a saúde ocular no SUS. Tivemos discussões longas sobre isso, e o Conass vê a necessidade de políticas públicas específicas para melhorar a assistência oftalmológica.

Quero elogiar o papel do CBO, na pessoa da Dra. Wilma e do Dr. Marcos. Eles têm trabalhado conosco em projetos em Minas Gerais e estamos planejando uma nova avaliação de um projeto de extensão no Sul do Ceará, na região do Cariri, que abrange 45 municípios.

Se queremos mudar, precisamos **perceber o problema e agir para resolvê-lo**. Isso não acontecerá da noite para o dia, mas se começarmos a trabalhar juntos, talvez, em alguns anos, possamos ver os frutos desse esforço.

## Comentários



**Deputado Zacharias Calil Hamu (GO)**

Muito obrigado! Tenho uma preocupação também como parlamentar. Do ano passado para cá, visitamos alguns países, como o Reino Unido e a Dinamarca, para conhecer seus sistemas de saúde. No Reino Unido, sabemos que o NHS (National Health Service) é a base do nosso SUS. Eles estão enfrentando grandes dificuldades atualmente, passando por situações complicadas. A principal preocupação deles agora é fortalecer a **atenção básica** e o **autocuidado**, para evitar que os pacientes precisem ir ao hospital.

Se fortalecermos a atenção básica, como o senhor mencionou, a situação melhora. Na Dinamarca, eles tinham 48 hospitais e fecharam 23. Eles estão agora construindo seis novos super hospitais e adotaram um programa semelhante ao nosso de **Saúde da Família**, onde médicos trabalham no sistema de atenção primária. Esse modelo é crucial para reduzir custos em situações como essa.

Outro ponto importante é que o sistema dinamarquês é totalmente digitalizado. Eles têm 6 milhões de habitantes, o que facilita, mas conseguiram implementar uma estrutura extremamente eficiente.

Sobre a **abertura indiscriminada de faculdades de medicina**, isso é algo alarmante. Recentemente, na Câmara, discutimos o **Revalida**. Alguns deputados e senadores médicos queriam facilitar a entrada de estudantes de medicina formados em países como Paraguai, Uruguai, Argentina, Bolívia e Venezuela, sem exigir exames. Por quê? Porque esses alunos moram perto das fronteiras. Conseguimos evitar isso, mas foi uma luta. Ganhamos por apenas dois votos no plenário.

É por isso que digo: precisamos **fortalecer a classe médica** aqui no Brasil. Conversei com o Ministro Camilo Santana e disse: “Ministro, o Brasil está autorizando tantas faculdades de medicina que só perdemos para a Índia.” Ele respondeu: “O que você quer que eu faça? Já bloqueamos, mas eles entram na justiça e conseguem autorização.” Então, não estamos aqui apenas para discutir oftalmologia, mas para debater as **políticas de saúde** de forma mais ampla.

O médico precisa de **condições dignas de trabalho, remuneração justa e respeito**. É isso que defendemos no Parlamento. Como o senhor mencionou, precisamos eleger políticos que se importem com a saúde. Infelizmente, muitos médicos eleitos acabam deixando de lado essa luta quando chegam ao Congresso. Eles sequer querem fazer parte da Frente Parlamentar da Saúde.

# Atenção oftalmológica da população brasileira: visão do Ministério da Saúde

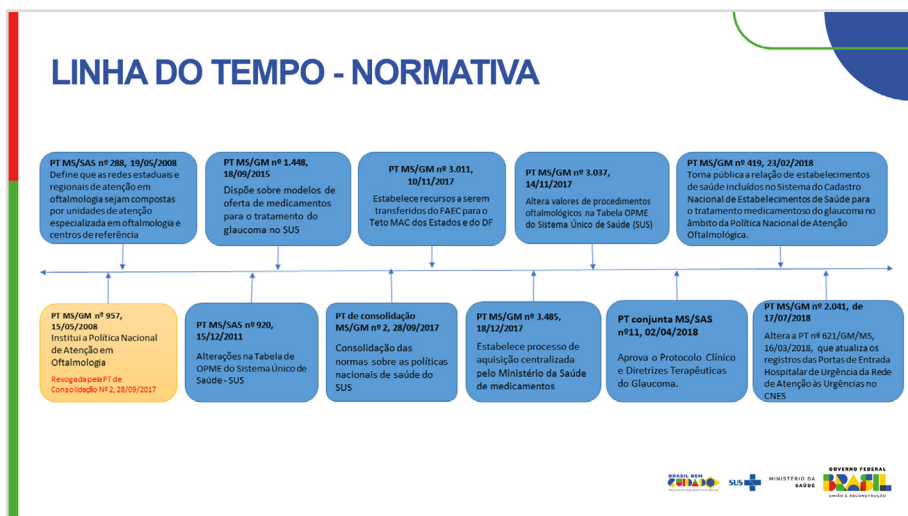


**Aristides de Oliveira Neto**

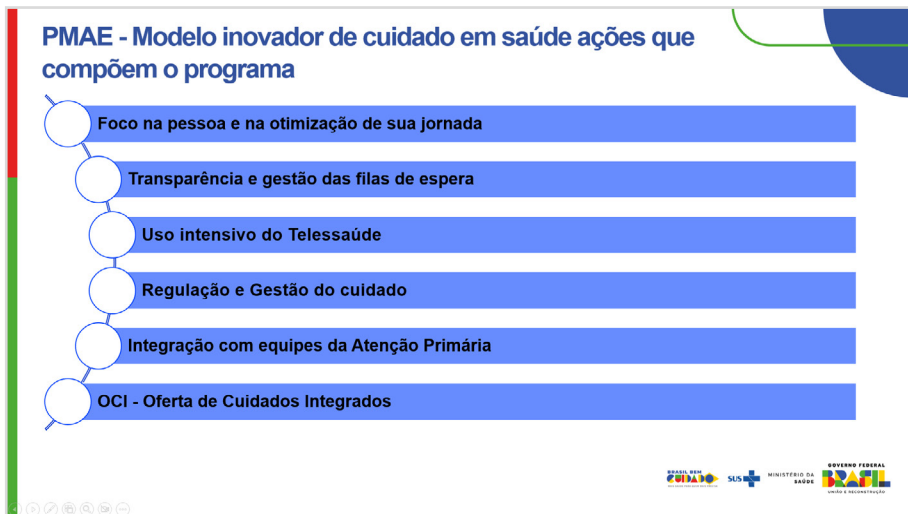
Boa tarde a todos! Gostaria de agradecer ao Deputado Zacharias pelo convite e parabenizar pela realização desta sessão. Represento o Ministério da Saúde e atuo como diretor do Departamento de Alta Complexidade e Atenção Especializada. Como bom servidor público, vou direto ao ponto principal para tratar dos temas mais relevantes.

Desde o ano passado, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Conass e o Conasems, optou por priorizar alguns temas na atenção especializada. Até 2023, não tínhamos uma Política Nacional de Atenção Especializada, uma lacuna que o SUS carregou por 30 anos. Essa política precisava ser publicada para que pudéssemos apontar um horizonte claro para a atenção especializada no país.

Aqui estão alguns princípios da política que estruturam a rede de atenção especializada, que é extremamente complexa e cara. A atenção especializada envolve uma incorporação tecnológica muito rápida, exigindo uma integração eficiente com a atenção primária e a regulação assistencial.



Como resultado da nova política, lançamos o Programa Mais Acesso a Especialistas, com foco na atenção ambulatorial especializada, uma área que precisava de atenção e que historicamente nunca conseguimos apresentar um programa que tratasse desse tema com a seriedade que ele precisava. Por exemplo, exames, consultas especializadas, regulação, protocolo, gestão de fila, gestão do serviço de atenção especializada, contratualização, lidar com a formação médica. São temas que eram tratados de forma dispersa e, às vezes, sem apoio e sem orientação necessária dos gestores locais.



Quem fazia bem, fazia por mérito próprio, porque não existia essa orientação Federal pactuada no rito do Sistema Único de Saúde. O programa e a política são fundamentais para tratar desse tema. Não vou tratar dele aqui em detalhes. O Programa Mais Acesso a Especialistas traz algumas questões muito caras para a organização da rede. Um deles, é ter mais recurso para atenção especializada. De fato, isso é um desafio, e não é uma decisão só do Governo Federal. Depende do orçamento aprovado aqui no Congresso Nacional, inclusive. Creio que sempre é um diálogo salutar, muito rico e complexo a questão do orçamento para a saúde. Muito se fala que se gasta muito em saúde, e temos que quebrar esse paradigma: o Brasil precisa gastar mais em saúde. Não é uma questão de capricho do governo federal, nem dos estados e municípios. Precisa porque a população é carente e está envelhecendo rapidamente. Ao contrário dos países do eixo Norte, estamos passando por uma transição demográfica epidemiológica acelerada desde a década de 80 e 90, e isso impacta na saúde pública.

O programa está aportando, só para a atenção especializada ambulatorial, cerca de 1 bilhão este ano e, para o próximo ano, estão previstos 2,4 bilhões. Isso é inédito. Esse setor não era bem financiado, o recurso estava nos municípios, e agora estamos aportando mais recursos por produção. Só que não é só mais aportar recurso, estamos discutindo modelo de atenção, modelo de acesso, formação, saúde digital, rede de atenção e, por último, o modelo de pagamento.

Não adianta, também, segundo o Conasems, e é um princípio da política nacional, apenas repassar mais recursos no modelo do “fee-for-service” (pagamento por procedimento). Esse modelo é bem-vindo para vários procedimentos, mas, sozinho, não dá conta do recado. Às vezes, ele induz má atenção e inequidade. Ele precisa ser agregado com modelos mistos de financiamento.

O programa traz uma lógica que se aproxima de “bundles” – ou pacotes de pagamento. “Bundles” é um termo chique, mas, no fim, é um pacote: um agregado de procedimentos. Mas não deixamos de incluir apenas procedimentos físicos ou consultas. Incluímos também a coordenação do cuidado, navegação, telemedicina, enfim, a coordenação do cuidado do paciente. Esses elementos precisam estar nesse pacote para dar mais resolutividade e focar no desfecho do paciente.

Para montar esses pacotes, elencamos algumas prioridades: oncologia, cardiologia, ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia. Oftalmologia foi uma prioridade de saída, com as ofertas de cuidado integrado. Cada pacote representa um conjunto de procedimentos que muda toda a lógica. Em vez de remunerar um procedimento oftalmológico específico, remuneramos um conjunto necessário para aquela etapa de cuidado.

Na remuneração, tínhamos uma incoerência na forma de remunerar. Agora, estamos induzindo a organização dos serviços,

reconhecendo o que já era feito, mas com uma remuneração mais atrativa, seja para a contratualização da rede complementar, seja diretamente. Temos aqui avaliações pediátricas e adultas, retinopatia diabética, avaliação diagnóstica e neuro-oftalmologia, além de procedimentos e exames oftalmológicos sob sedação.

Esses valores, em vários lugares, são muito atrativos, mas variam bastante. Nossa diversidade no Brasil é grande. Estamos discutindo com o CBO (Conselho Brasileiro de Oftalmologia) para montar essas orientações, ao mesmo tempo em que discutimos linha de cuidado, PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) e o arranjo da rede para a organização da atenção oftalmológica.

## PONTOS DE ATENÇÃO

- **CTA de Oftalmologia** - Está sendo elaborada, a minuta da Portaria foi apresentada e está em tramitando.
- **PCDT de glaucoma** - com a inclusão de procedimentos cirúrgicos para o paciente glaucomatoso – Encontra-se em andamento (**Fototrabeculoplastia a laser**).
- **Revisão da Política Nacional de Atenção Oftalmológica** com base nas Diretrizes do PNAES – Em andamento.
- **Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas (PNRF)** - instituído por meio da [Portaria GM/MS nº 90, de 3 de Fevereiro de 2023](#)

Além disso, temos o Programa Nacional de Redução de Filas, que é o componente cirúrgico para aumentar o acesso das pessoas à cirurgia eletiva. Em 2023 e 2024, os procedimentos oftalmológicos foram campeões de execução. O primeiro lugar é a cirurgia de catarata, disparado, com 150 mil procedimentos.

Já foram feitas mais de 1 milhão de cirurgias entre 2023 e 2024, apenas com o recurso do programa de redução de filas de cirurgias eletivas.

No top 10 dos procedimentos mais executados, dois são de oftalmologia, o que demonstra a necessidade e a carência nessa área. Continuamos induzindo e procurando, nesse novo ciclo do programa, focar em outros procedimentos necessários, como artroplastia de quadril, cirurgias oncológicas e cardiológicas, que são mais complexos. Queremos, assim, agregar no top 10 outros procedimentos além dos mais comuns, como colecistectomia e herniorrafia.

2023					2024				
Procedimento cirúrgico	Tamanho da Fila	Cirurgias planejadas	Cirurgias realizadas	% de Execução	Procedimento cirúrgico	Tamanho da Fila	Cirurgias planejadas	Cirurgias realizadas	% de Execução
Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável	167.509	88.662	179.661	203%	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável	148.622	144.126	128.494	89%
Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral)	63.686	32.955	41.931	127%	Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral)	49.006	29.744	26.437	89%
Colecistectomia	86.263	36.746	37.223	101%	Colecistectomia	63.268	35.076	23.929	68%
Colecistectomia Videolaparoscópica	55.430	23.929	36.991	155%	Colecistectomia Videolaparoscópica	46.059	22.741	22.773	100%
Hernioplastia Umbilical	51.111	28.966	30.265	104%	Laqueadura Tubária	38.960	25.281	19.755	78%
Capsulotomia a Yag Laser	14.218	9.215	20.608	224%	Hernioplastia Umbilical	38.050	24.723	19.146	77%
Laqueadura Tubária	42.102	20.559	19.412	94%	Capsulotomia a Yag Laser	23.051	22.415	18.916	84%
Vasectomia	29.303	16.832	19.286	115%	Vasectomia	20.376	16.815	17.450	104%
Histerectomia Total	35.003	18.893	19.099	101%	Histerectomia Total	34.453	19.958	11.912	60%
Postectomia	28.061	14.624	18.376	126%	Amigdalectomia com Adenoidectomia	20.602	8.883	8.929	101%

\* Considerou-se o período de março de 2023 a janeiro de 2024.

\* Considerou-se o período de fevereiro de 2024 a junho de 2024.

**Fonte(s) de dados (s):** Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC).

Por fim, faço uma provocação salutar: como médico, considero muito positivo ter uma bancada médica na Câmara, mas acho ainda mais importante termos uma bancada do SUS, congregando médicos, sanitaristas e outros profissionais em prol do sistema público. Agradeço pelo convite e pela oportunidade de dialogar com a Câmara e com a sociedade. Vamos manter essa parceria.

# A oftalmologia no SUS em 2024 e na próxima década



**Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio**

O principal objetivo do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) é contribuir com nosso conhecimento técnico-científico, buscando apoiar os três poderes da República para a implementação das melhorias necessárias no sistema público, de modo a combater a cegueira e promover a saúde ocular no nosso país.

Há décadas publicamos dados sobre as condições de saúde ocular da população brasileira e vamos continuar esse trabalho, pois essas informações subsidiam todas as nossas ações. Temos um compromisso social com várias ações, e este ano publicamos o livro *Ações Sociais do CBO*, que compila essas informações. Nossas ações incluem parcerias com as secretarias municipais de educação e com o Ministério Público, possibilitando que cheguemos às populações em alta vulnerabilidade social. Esse é o nosso papel, e vamos continuar cumprindo-o, mantendo nossas campanhas para informar sobre as principais causas de cegueira e aumentar a consciência da população sobre esses problemas.

Com o tempo, ajustamos nossa linguagem. Hoje, contamos com programas virtuais que não existiam há três ou quatro

anos e, utilizando todos os recursos possíveis, seguimos com programas permanentes de combate à cegueira. Quais são as principais causas? Catarata, glaucoma e retinopatia diabética.

Não falamos tanto sobre catarata hoje porque, como bem disse o Aristides, a oftalmologia realizou mais de 1 milhão de cirurgias de catarata em 2023. Esse número tem sido suficiente para o tratamento dessa condição. No entanto, precisamos melhorar o tratamento para o glaucoma, não só para garantir um atendimento eficiente, mas também para abrir espaço para novos pacientes na rede. Em relação à retinopatia diabética, os dados mostram que nossos tratamentos estão sendo insuficientes, então precisamos avançar nessa área.

Agora, trago outro ponto: muitos já falaram sobre a questão da rede de atenção, e isso é extremamente importante. Não temos uma rede de atenção específica para a oftalmologia. Isso nos impede, por exemplo, de reunir dados sobre retinopatia da prematuridade, como foi mencionado hoje pelos professores Milton e Célia. Esses dados não estão nos consultórios de oftalmologistas, mas nas maternidades, e acabam se perdendo, fora do nosso alcance.

A rede de atenção à saúde materno-infantil é muito forte e organizada, e agora recebeu um incentivo do Ministério para a Fiocruz conduzir uma pesquisa e trabalho junto a centenas de maternidades em todo o país. Esse projeto nos trará dados sobre retinopatia da prematuridade, essenciais para melhorarmos o atendimento dessas crianças e o tratamento de doenças congênitas, como catarata, glaucoma e tumores (felizmente raros, mas que exigem tratamento imediato). Infelizmente, as famílias ainda enfrentam dificuldade de acesso, e frequentemente somos contatados por WhatsApp: “Tenho uma criança com esse diagnóstico, para onde ela vai?” Precisamos de uma organização para isso.

Desde o ano passado, estamos trabalhando na criação de uma rede de referenciamento para doenças oculares congênitas e raras. Queremos que, ao identificar um diagnóstico, o sistema saiba que se trata de uma urgência, pois a criança precisa de tratamento o mais breve possível e em um local qualificado. Além de um especialista, são necessários, por exemplo, leitos neonatais ou uma enfermaria. Organizar essa rede permitirá que crianças sejam atendidas em locais próximos de suas residências, reduzindo a jornada das famílias.

Outro tema de grande importância é a habilitação e reabilitação visual. Estamos subatendendo nossos pacientes, sem oferecer a eles o cuidado essencial para a inclusão social. Esse será um foco do nosso trabalho.

Observamos também que crianças em idade escolar não estão recebendo a atenção devida. Temos o Programa Saúde na Escola, mas ainda falta uma abordagem adequada para a saúde ocular. O CBO está em diálogo com o Conasems e com secretarias municipais, buscando entender o motivo dessas falhas e oferecer apoio para melhorar a saúde ocular das crianças.

A saúde digital é outro ponto de grande importância para a oftalmologia. Segundo o último censo do IBGE, quase 97% da população brasileira possui um celular, e esse é um meio de comunicação essencial com a população. Além disso, o diagnóstico remoto se torna mais acessível com o avanço dos recursos digitais, incluindo laudos médicos a distância, teleatendimento e orientações remotas para profissionais que atuam em áreas distantes.

O deputado Eduardo Velloso mencionou que em seu município não há estradas. Como um médico chega a essas regiões? Precisamos de outras formas de atendimento. A falta de atendimento médico em locais remotos nem sempre é por falta de profissionais, mas por falta de condições para que trabalhem.

Outro ponto relevante é que trabalhamos, em grande parte, com imagens. Esse é um campo em que a inteligência artificial pode ajudar bastante nos diagnósticos e nas orientações em todo o país. Porém, para isso, precisamos de dados da população brasileira, dados de qualidade, com acurácia. Quem pode assegurar essa qualidade são nossos médicos e acadêmicos que atuam junto ao CBO. Esses profissionais são capacitados para avaliar aplicativos e tecnologias, e devemos fornecer um “selo de qualidade” para garantir a segurança e eficácia das ferramentas utilizadas.

Nosso trabalho deve continuar colaborativo e conectado, com o objetivo de alcançar nosso sonho: estar presentes em todos os níveis de atenção, da primária à terciária, garantindo uma melhor saúde ocular para a população.

# Resumo

## Deputado Zacharias Calil Hamu

No evento, discutiu-se a importância da oftalmologia no SUS e o impacto das políticas públicas de saúde ocular. A abordagem começou destacando que o binômio de fotocoagulação e injeção de antiangiogênicos é fundamental na prevenção da cegueira, especialmente em casos de retinopatia diabética. Três drogas principais, sendo uma delas o bevacizumabe (off-label), foram mencionadas como eficazes, mas também foi ressaltado que os valores repassados pelo SUS para o tratamento estão muito abaixo dos custos reais, o que traz desafios para a oferta de tratamentos em larga escala.

Foram apresentados números que indicam a dimensão do problema da retinopatia diabética no Brasil, onde 1,6 milhões de brasileiros estão em risco de cegueira, enquanto o SUS realiza aproximadamente 275.000 tratamentos, sendo muito abaixo do necessário. O evento apontou a necessidade urgente de revisar as tabelas do SUS e expandir a oferta de medicamentos e tratamentos, como as injeções intravítreas e a fotocoagulação, para se aproximar do tratamento ideal, como visto em países como os Estados Unidos.

Em seguida, a Dra. Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio abordou o tema do glaucoma, destacando-o como uma doença silenciosa, que afeta a visão periférica e pode levar à cegueira irreversível se não tratada precocemente. Ela mencionou que, em 2020, havia cerca de 80 milhões de pessoas com glaucoma no mundo, com projeção de atingir 111 milhões até 2040. O Brasil possui uma prevalência de glaucoma significativa, especialmente entre negros, mulatos e indígenas, que apresentam maior risco de cegueira.

A necessidade de diagnóstico precoce, educação da população sobre a doença e acesso ao tratamento foram apontados como fundamentais. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) realiza campanhas anuais para conscientização sobre o glaucoma, como o "24 horas pelo Glaucoma", que utiliza celebridades e pacientes para disseminar a importância do diagnóstico e tratamento.

O Dr. Milton Ruiz trouxe a discussão sobre a importância do diagnóstico precoce em crianças e o impacto do desenvolvimento visual nos primeiros anos de vida. Ele falou sobre a ambliopia (olho preguiçoso), que afeta 10% dos escolares e pode ser tratada até os 7 anos de idade, mas, se não diagnosticada, pode causar perda visual irreversível. O Programa "Olho no Olho" foi citado como uma importante iniciativa de triagem visual em escolas, mas foi descontinuado em 2016,

## **Catarata e Glaucoma**

Não aprofundamos o tema da catarata porque, conforme mostram os dados do Ministério da Saúde, essa é uma área em que a oftalmologia tem conseguido responder à demanda — foram mais de 1 milhão de cirurgias realizadas em 2023. O foco dos desafios atuais está em outras frentes: no glaucoma, que requer ampliação do acesso e melhor organização da rede, e na retinopatia diabética, onde a oferta terapêutica ainda é insuficiente para o tamanho da necessidade.

Outro ponto crucial é a inexistência de uma rede de atenção estruturada em oftalmologia. Essa lacuna impede, por exemplo, o monitoramento adequado da retinopatia da prematuridade: como destacaram os especialistas, os dados permanecem dispersos nas maternidades e não chegam de forma sistematizada aos serviços especializados, dificultando planejamento e tomada de decisão.

Muitas vezes, as famílias nos buscam via WhatsApp com perguntas sobre onde levar suas crianças com diagnósticos graves. Precisamos organizar isso. Desde o ano passado, estamos trabalhando na criação de uma rede de referenciamento para doenças oculares congênitas e raras. A ideia é que, quando uma criança receber um diagnóstico, o sistema esteja organizado para que saibam que essa é uma urgência. Essas crianças precisam ser tratadas o mais rápido possível, em locais qualificados.

Além de contar com especialistas, é necessário ter, por exemplo, uma UTI neonatal ou enfermarias adequadas. Precisamos organizar essa rede para que, em determinadas faixas etárias e condições, as crianças saibam para onde ir, encurtando o caminho da família até o tratamento. O objetivo é que essas crianças sejam encaminhadas para locais os mais próximos possíveis de suas residências.

## **Habilitação e Reabilitação Visual**

Nosso grande trabalho a partir de agora será abordar o tema da habilitação e reabilitação visual. Estamos sub atendendo nossos pacientes e não oferecendo o cuidado necessário para a inclusão social dessas pessoas. Esse será um dos nossos focos. Também observamos que as crianças em idade escolar não estão recebendo a devida atenção no que diz respeito à saúde ocular. Embora exista o programa de saúde na escola, ele não é suficiente.

O CBO já está trabalhando nisso há algum tempo, e continuaremos. Agora, estamos em contato com o Conasems e secretarias municipais para entender por que isso não está funcionando e oferecer nossa ajuda para melhorar a saúde ocular das crianças.

## Saúde Digital

Finalizando, um ponto de atenção muito importante para a oftalmologia é a saúde digital. O último Censo do IBGE mostrou que quase 97% da população brasileira possui um celular. Isso faz com que esse meio de comunicação seja extremamente relevante para a nossa população. O diagnóstico remoto também se beneficia do crescimento dos recursos digitais, assim como o laudo médico que pode ser feito à distância, teleatendimento e teleorientação para outros colegas que estão distantes.

O deputado Eduardo Velloso mencionou que em sua região não há estradas para sair de alguns municípios. Como o médico pode chegar lá? Precisamos chegar de outra forma. Quando não há atendimento médico em um local, isso não significa necessariamente a falta de médicos, mas a falta de condições para que eles estejam presentes e façam seu trabalho.

## Inteligência Artificial e Diagnósticos

Outro aspecto relevante é que trabalhamos, via de regra, com imagens. A inteligência artificial pode, sem dúvida, facilitar muito os diagnósticos e as orientações no país. No entanto, precisamos de atenção absoluta a esse aspecto. Precisamos de dados da população brasileira para trabalhar de forma mais eficiente, com maior acurácia. E esses dados precisam ser de qualidade.

Quem será responsável por atestar essa qualidade? Nada melhor do que nosso grupo de médicos acadêmicos, conectados ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Eles são capazes de avaliar aplicativos e outras possibilidades, para que possamos garantir qualidade. Esse selo de qualidade deve ser dado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, garantindo que a sociedade possa usar essas ferramentas com

segurança. Afinal, o médico será responsável pelo uso e diagnóstico, e o conselho deve ser o colaborador que garantirá o uso das melhores ferramentas.

## **Encerramento**

Como já foi mencionado aqui, pela Dra. Wilma, precisamos seguir adiante. O trabalho tem que ser feito de forma colaborativa, para que possamos alcançar o ideal da presença em todas as fases da atenção, pelo melhor atendimento para todos os cidadãos brasileiros.

# Anexos

# Anexo 1

## Marcos estruturantes da atenção oftalmológica no SUS (2024-2025)

### Contexto geral

Entre 2024 e 2025, a saúde ocular ganhou centralidade inédita na agenda pública federal. Esse período reuniu ações programáticas, legislativas e institucionais que transformaram a discussão sobre a atenção especializada no SUS, com foco na oftalmologia com a participação direta do CBO- Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

A seguir, apresenta-se a linha do tempo comentada desses marcos.

### Instituição do programa mais acesso a especialistas (PMAE)

**Data:** 08 de abril de 2024

**Ato:** Portaria GM/MS nº 3.492/2024

O PMAE foi instituído pelo Ministério da Saúde como parte do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada. É um programa operacional voltado à ampliação da oferta de consultas e exames especializados, incluindo oftalmologia.

### **Principais pontos:**

- Redução de filas de espera
- Ampliação da oferta de consultas e exames
- Fortalecimento de protocolos, regulação e contratualização
- Integração com saúde digital
- Adesão pactuada por estados e municípios
- Criação das OCIs, novo modelo remuneratório no SUS

Em 2025, o PMAE foi integrado ao programa “Agora Tem Especialistas”, sem encerramento formal, mas com absorção de suas ações.

## **VIII Fórum Nacional de Saúde Ocular: Saúde Ocular no SUS em 2024**

**Data:** 03 de setembro de 2024

**Local:** Auditório Freitas Nobre, Câmara dos Deputados

**Organização:** CBO + Frente Parlamentar da Saúde

### **O Fórum Saúde Ocular no SUS foi transmitido pela TV Câmara e estruturado em três blocos:**

1. Prevenção da Cegueira
2. Saúde Ocular de Crianças
3. A Saúde Ocular no SUS

O evento discutiu desigualdades regionais, fragilidades na detecção precoce e necessidades estruturantes para organização da atenção especializada. Os temas das palestras e discussões foram as recém criadas OCIs.

## **Mobilização da Semana de Conscientização sobre o Glaucoma 2025**

**Data:** última semana de maio de 2025

**Local:** Câmara dos Deputados

**Organização:** CBO

A mobilização ocorreu ao longo de dois dias, com atendimentos realizados por oftalmologistas voluntários, triagem clínica simplificada, distribuição de materiais educativos e campanha exibida na TV Câmara.

### **Objetivos:**

- Sensibilizar parlamentares
- Ampliar conscientização sobre glaucoma
- Reforçar necessidade de diagnóstico precoce

## **Lançamento Do “Agora tem Especialistas”**

**Data:** 30 de maio de 2025

**Ato:** portaria GM/MS nº 7.046/2025

O Ministério da Saúde lançou o programa “Agora Tem Especialistas”, voltado à ampliação da força de trabalho especializada. O PMAE foi integrado ao programa.

### **Impactos:**

- Expansão de pontos especializados
- Redução de vazios assistenciais
- Complementaridade ao PMAE

## **Homologação da Frente Parlamentar da Oftalmologia**

**Data:** Novembro de 2025

### **A Frente Mista Parlamentar de Defesa da Oftalmologia foi criada para:**

- Debater políticas públicas
- Acompanhar programas federais
- Apoiar campanhas
- Articular Parlamento, entidades médicas e gestores

## **Conclusão**

O período 2024–2025 marcou um novo ciclo para a saúde ocular no SUS, integrando ações técnicas, legislativas e institucionais que consolidaram a oftalmologia como pauta estratégica de política pública.

# Sessão Solene para lembrar o Dia Nacional de Combate à Cegueira provocada pelo Glaucoma

Como parte das atividades do Congresso Nacional para marcar o Dia Nacional de Combate à Cegueira provocada pelo Glaucoma, foi realizada uma Sessão Solene na Câmara dos Deputados, em 27 de maio, com a presença de inúmeros parlamentares, médicos e representantes de entidades ligadas à saúde ocular. A atividade parlamentar foi requerida pelo deputado Eduardo Velloso (União/AC), organizada e concretizada com expressiva participação do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO).

A Sessão Solene de 27 de maio teve como propósito principal alertar parlamentares, autoridades e população sobre os grandes desafios levantados pelo glaucoma. Os oradores médicos



Mesa diretora dos trabalhos: deputada Meire Serafim (União/AC), Jair Giampani, Marcos Ávila, deputado Eduardo Velloso (União/AC), Wilma Lelis, Lisandro Sakata e Emílio Rintaro

ressaltaram os aspectos que fazem dessa doença uma das maiores ameaças para a visão em todo mundo: seu caráter de moléstia silenciosa, que geralmente não provoca incômodos que levem o paciente a procurar ajuda; o fato de provocar cegueira irreversível e que os danos provocados antes de seu controle efetivo serem irreparáveis; a condição de não ter cura efetiva, mas apenas controle que exige ação permanente por parte do paciente e de sua família e a necessidade do diagnóstico precoce, geralmente obtido numa consulta oftalmológica requerida por um outro motivo, uma vez que pelo menos 50% dos portadores de glaucoma não sabem desta sua condição.

Os mesmos oradores, entretanto, também fizeram questão de destacar que o País conta com políticas públicas e estruturas sociais importantes que contribuem para o combate da cegueira provocada pelo glaucoma e com um corpo de médicos oftalmologistas capacitado, agrupado em torno do CBO que, por sua vez, tem na promoção da saúde ocular seu grande objetivo.



Presidente do CBO discursa no plenário

Fizeram uso da palavra o presidente da Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG), Emílio Rintaro Suzuki Júnior, vice-presidente da Sociedade Latino-Americana de Glaucoma (SLAG), Jair Giampani Júnior, o membro do Conselho Consultivo da World Glaucoma Association (WGA) e 1º secretário do CBO, Lisandro Massanori Sakata e o integrante do Conselho de Diretrizes e Gestão (CDG) do CBO, Marcos Ávila.

A última representante dos médicos falar na solenidade foi a presidente do CBO, Wilma Lelis Barboza Lorenzo Acácio, que destacou a atuação da entidade e dos médicos oftalmologistas brasileiros nas várias frentes de luta contra a cegueira, que compreende a permanente colaboração com o Ministério da Saúde, a realização de campanhas periódicas de conscientização voltadas para a população e para os médicos e as ações de habilitação e reabilitação visual para os casos em que são necessárias.



“Esta é uma pauta permanente do CBO, pois sabemos que o glaucoma causa impacto por vezes devastador não só para seu portador, como também para a sua família e para a sociedade”, concluiu a presidente do CBO.

Entre os inúmeros parlamentares que compareceram à sessão, destacaram-se a deputada Meire Serafim (União/AC), que pôs em relevo a importância do evento e o senador e médico oftalmologista Hiran Gonçalves, que defendeu as ações de informação e conscientização para que as pessoas procurem um médico oftalmologista para manter a saúde ocular.



A Sessão solene foi encerrada pelo deputado Eduardo Velloso que, mais uma vez alertou para os perigos da doença e para a necessidade do diagnóstico precoce para controlá-la.

O Congresso Nacional recebeu iluminação noturna na cor verde em 27 de maio, em apoio à campanha 24 Horas pelo Glaucoma, solicitada pelo Senador e médico oftalmologista Hiran Gonçalves (PP-RR).

Durante a última semana de maio, funcionou num dos principais corredores da Câmara dos Deputados, o Espaço Mário Covas, um posto para realização de retinografias que são fundamentais para a suspeição e diagnóstico de glaucoma. Médicos oftalmologistas realizaram os exames com equipamentos portáteis e com retinógrafo de grande angular em câmara escura, produzindo imagens de boa qualidade, passíveis de análise e orientação na hora pelos médicos, e entregues a cada indivíduo para que as utilizem em suas futuras consultas.

Como já é tradicional nas edições da Campanha 24 Horas pelo Glaucoma, também em 2025 edifícios públicos receberam a iluminação noturna na cor verde para chamar a atenção da população para a doença e para a necessidade de se tomar medidas para prevenir a cegueira que ela causa. Graças a gestões do CBO e dos parceiros de campanha, durante o mês de maio, prédios, monumentos e pontos turísticos em cidades de todo o País passaram noite iluminados de verde, despertando a curiosidade da população e contribuindo para ampliar o alcance da campanha. Veja alguns dos edifícios que serviram de marco para a iniciativa.

# Anexo 2

## Manual OCIs Oftalmologia

Elaborado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia

### O que é o Programa Agora tem Especialistas?

O Agora tem Especialistas é uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Governo Federal que tem como objetivo principal reduzir o tempo de espera para consultas, exames, cirurgias e outros atendimentos especializados no Sistema Único de Saúde (SUS). O programa integra as políticas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e busca oferecer mais agilidade, eficiência e equidade no acesso à saúde.

Entre as estratégias implementadas estão:

- **Mutirões e redes de diagnóstico**, incluindo ações específicas para detecção e tratamento do câncer;
- **Unidades móveis de saúde (carretas)**, levando atendimento a regiões remotas e com escassez de profissionais;
- **Ampliação da Telessaúde**, para consultas e diagnósticos a distância;
- **Integração com hospitais privados credenciados ao SUS**, ampliando a capacidade de atendimento;

- **Formação e provimento de especialistas**, priorizando áreas críticas como oncologia;
- **Créditos financeiros para hospitais privados**, que poderão ser usados para abater tributos a partir de 2026.

Com essas medidas, o programa pretende:

- Ampliar o acesso da população aos serviços especializados;
- Reduzir o tempo de espera para atendimentos de alta demanda;
- Levar cuidados a regiões com carência de profissionais;
- Fortalecer a rede pública e sua capacidade de resposta.

O **Agora tem Especialistas** representa um passo importante para modernizar o SUS e garantir que o atendimento especializado chegue a quem mais precisa, de forma mais rápida e eficiente.

## Quais portarias instituem e definem o Agora tem Especialistas?

- **PORTARIA GM/MS Nº 7.565, DE 11 DE JULHO DE 2025**, que altera a Portaria GM/MS nº 7.307, de 25 de junho de 2025.
- **ANEXO DA PORTARIA SAES/MS Nº 2.985, DE 27 DE JUNHO DE 2025**, que estabelece o rol de procedimentos no âmbito do Componente Cirúrgico do Programa Agora Tem Especialistas e altera atributos de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, (Tabela de Procedimentos do SUS).

- **PORTARIA GM/MS Nº 7.307, DE 25 DE JUNHO DE 2025**, que estabelece as regras de adesão hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, e o funcionamento do Componente Créditos Financeiros, do Programa Agora Tem Especialistas, criado pela Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025 combinada com o art. 72 da Medida Provisória nº 1.303 de 11 de junho de 2025, e que regulamenta o disposto no parágrafo único do art. 10 da Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025, e a Portaria Conjunta Ministério da Fazenda/Ministério da Saúde nº 10 de 23 de junho de 2025.
- **PORTARIA CONJUNTA MF/MS Nº 10, DE 23 DE JUNHO DE 2025**, que regulamenta, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Fazenda, os créditos financeiros a serem concedidos em razão do Programa Agora Tem Especialistas, criado pela Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025.
- **PORTARIA GM/MS Nº 7.266, DE 18 DE JUNHO DE 2025**, que dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- **DECRETO Nº 12.513, DE 12 DE JUNHO DE 2025**, que altera o Decreto nº 11.790, de 20 de novembro de 2023, que dispõe sobre a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS - AGSUS.
- **PORTARIA GM/MS Nº 7.212, DE 11 DE JUNHO DE 2025**, que altera a Portaria GM/MS nº 2.336, de dezembro de 2023, que estabelece recursos a serem disponibilizados aos Estados e ao Distrito Federal destinados ao Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas.
- **PORTARIA GM/MS Nº 7.177, DE 10 DE JUNHO DE 2025**, que dispõe sobre o Projeto Mais Médicos Especialistas, instituído no âmbito do Programa Mais Médicos com foco

no aprimoramento de médicos especialistas, por meio da integração ensino-serviço, no contexto da atuação no SUS, como parte das ações do Programa Agora Tem Especialistas.

- **PORTARIA GM/MS Nº 7.061, DE 6 DE JUNHO DE 2025**, que declara Situação de Urgência em Saúde Pública, em âmbito nacional, em razão da manutenção prolongada do tempo de espera para procedimentos especializados eletivos e seus impactos na assistência, na morbimortalidade, na equidade e na capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde - SUS com vistas a combater potencial evolução para uma Emergência em Saúde Pública e desassistência em todo território nacional.
- **PORTARIA GM/MS Nº 7.046, DE 30 DE MAIO DE 2025**, que institui o Comitê de Acompanhamento para implantação, implementação e operacionalização do Programa Agora tem Especialistas no âmbito do Ministério da Saúde.
- **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.301, DE 30 DE MAIO DE 2025**, que institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

## Como participar do Programa Agora tem Especialistas?

Para participar do Programa Agora tem Especialistas, os profissionais interessados devem se cadastrar na plataforma da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Para se inscrever, é

necessário possuir Registro de Qualificação de Especialista (RQE) — ou estar em processo de solicitação —, com residência médica concluída ou título de especialista já emitido pela AMB.

O primeiro edital divulgado tem, como previsão, que as atividades durem 12 meses, com os profissionais selecionados dedicando 16 horas por semana para o atendimento à população, incluindo mais 4 horas semanais para a formação teórico-prática.

Na seleção dos especialistas, serão considerados a pontuação a partir da titulação especializada e o tempo de formação. O candidato tem a possibilidade de indicar até dois municípios e locais de preferência.

## **Passo a passo - Acesso de entidades privadas com fins lucrativos ao InvestSUS**



Acesse o QR Code e conheça o passo a passo do **InvestSUS**

# Passo a passo para a adesão dos gestores ao Programa Agora tem Especialistas

**1. Manifestar interesse no InvestSUS** - O hospital ou clínica deve acessar o sistema InvestSUS e registrar formalmente o interesse em participar, especificamente no componente de troca de dívidas.

## 2. Credenciamento

- Informar ao Ministério da Saúde todos os serviços especializados disponíveis.
- Atender aos critérios técnicos exigidos para atuação junto ao SUS.

## 3. Criação da Matriz de Oferta

- A partir dos serviços cadastrados, o Ministério elabora uma matriz (uma espécie de “catálogo”) que reúne todas as especialidades ofertadas pelos hospitais credenciados.

## 4. Contratação pelos gestores locais

- Secretarias de Saúde estaduais e municipais utilizam a matriz para contratar os serviços, conforme as demandas regionais.

## 5. Troca de dívidas e benefícios fiscais

- Os serviços prestados ao SUS geram créditos financeiros para o hospital, que podem ser usados para quitar dívidas tributárias.
- Possibilidade de redução de juros, multas e até 100% dos encargos.

## Quais os serviços poderão atender ao Programa?

- Hospitais, clínicas, centros diagnósticos, consultórios e instituições de saúde privados — com ou sem fins lucrativos — podem se credenciar junto ao Ministério da Saúde para oferecer atendimentos especializados ao SUS
- Entidades filantrópicas, que já prestam serviços médicos, também estão aptas a participar do programa com as mesmas condições

## Como funciona a adesão?

### Credenciamento

As instituições devem se cadastrar em edital lançado pelo Ministério da Saúde, informando os serviços especializados disponíveis e cumprindo os requisitos técnicos necessários

### Troca de dívidas por atendimento

Em troca dos serviços oferecidos ao SUS — como consultas, exames, procedimentos cirúrgicos especializados em áreas como oncologia, oftalmologia, ginecologia, cardiologia, ortopedia e otorrinolaringologia —, as instituições recebem créditos financeiros para quitação de dívidas tributárias com a União, com possibilidade de redução significativa de juros, multas e encargos

### Contratações feitas por estados e municípios

A contratação dos serviços prestados pelas instituições credenciadas é realizada pelos gestores locais (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), conforme as demandas regionais identificadas.

Em resumo:

Tipo de Participante	Critérios Principais
Hospitais privados	Credenciamento via edital, serviços especializados, troca de dívidas
Clínicas, consultórios, centros diagnósticos	Mesmas condições de participação e benefícios fiscais
Instituições filantrópicas	Credenciamento e prestação de serviços em troca de créditos fiscais

## Habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Para participar do programa, os estabelecimentos devem:

- Estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Possuir a habilitação descentralizada 38.01 - Programa Mais Acesso a Especialistas, conforme a Portaria nº 1.640/2024, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS). Acesse o manual: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais>
- Essa habilitação é inserida localmente pelo gestor do sistema CNES, no módulo “Estabelecimento”, acessando a aba Básico e a sub-aba Habilitações
- Após configurar, é necessário divulgar a habilitação no sistema para que conste oficialmente na base nacional do CNES.



Já os profissionais médicos especialistas interessados devem realizar uma inscrição por meio da plataforma UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS)

O registro exige que o candidato:

- Seja especialista com título CNRM ou pela AMB;
- Possua Registro de Qualificação de Especialista (RQE) ativo

As inscrições são feitas exclusivamente online, com o profissional indicando o município e estabelecimento preferencial.

É necessário que todos os interessados comprovem que possuem capacidade técnica e estrutura física para realizar todos os procedimentos previstos em cada Oferta de Cuidados Integrados (OCI), garantindo atenção integral e de qualidade ao paciente.

## **Qual a forma de financiamento do Programa?**

O Programa Agora Tem Especialistas conta com diferentes formas de financiamento que permitem ampliar o acesso da população a consultas, exames e cirurgias especializadas no SUS. O governo federal destina recursos públicos diretos, com previsão de cerca de R\$ 2 bilhões por ano para credenciamento de hospitais privados, filantrópicos e clínicas nas seis áreas prioritárias. Parte desse valor é direcionada a estados e municípios para habilitar novos serviços e reforçar a rede existente.

Além do repasse financeiro, o programa adota um modelo de compensação tributária. Hospitais e clínicas que prestarem serviços ao SUS poderão gerar créditos financeiros que, a partir de 2026, poderão ser usados para quitar tributos

correntes, com possibilidade de redução de juros, multas e até 100% dos encargos. Isso cria um incentivo para que o setor privado colabore com a rede pública e, ao mesmo tempo, regularize sua situação fiscal.

Outro pilar do financiamento é o investimento na formação e no provimento de especialistas. Serão ofertadas 3.500 bolsas — sendo 3 mil para residência médica e 500 para provimento imediato — com valores que podem chegar a R\$ 10 mil mensais, incentivando médicos a atuarem em regiões de maior demanda.

O programa também financia a modernização da infraestrutura e o uso de tecnologias que facilitam o acesso ao atendimento. Isso inclui a compra de equipamentos de alta complexidade, como aceleradores lineares para radioterapia, a implantação de serviços de telessaúde, a realização de mutirões e o uso de unidades móveis para levar assistência a áreas remotas.

## **Qual a forma de registro, execução e faturamento da OCI?**

O registro da produção dos procedimentos do Grupo 09 Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), deverá ser realizado no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), por meio do instrumento de registro Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), inserindo-se o código do seu procedimento principal e os respectivos procedimentos secundários realizados, para fins do monitoramento, avaliação e controle no âmbito do Programa Agora tem Especialistas. O detalhamento da forma de registro encontra-se na Portaria SAES 1.640/2024, e nas portarias que criam as respectivas OCI.

Em resumo:

- I** - registro da produção das OCI com códigos específicos;
- II** - descrição dos procedimentos integrantes de cada OCI, com seus respectivos códigos;
- III** - definição de tempo recomendado (tR) e tempo limite máximo (tM) para cada OCI, verificando se o tempo entre a realização do primeiro e do último procedimento de uma OCI respeitou o tempo máximo;
- IV** - cruzamento da produção por pessoa, em uma determinada unidade de tempo, para evitar a cobrança de um procedimento de forma isolada e do mesmo procedimento dentro da OCI.

O MS irá disponibilizar Manual Instrutivo com outras orientações sobre o registro.

Cada OCI inclui um conjunto de procedimentos secundários compatíveis com seu procedimento principal, a maior parte deles será obrigatória. Quando realizados, esses procedimentos devem ser registrados na mesma APAC do procedimento principal. Não poderão ser registrados em outros instrumentos de registro nos sistemas de informação Ambulatorial ou Hospitalar do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS). Não há obrigatoriedade de realização e registro de todos os procedimentos secundários de cada OCI, de acordo com o quadro clínico e situação de realização e resultados de exames prévios.

O valor será repassado aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde a partir do registro da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), inserindo-se o código do procedimento

principal, no formato de Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Cada OCI possui um prazo limite de execução que pode variar de 30 a 60 dias a depender do tipo de OCI.

O monitoramento do tempo de realização da OCI pelo Ministério da Saúde se dará por meio do registro e envio da produção pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). A data de abertura da APAC deverá ser a data de realização do primeiro procedimento da OCI e a data de encerramento da APAC deverá ser a data de realização do último procedimento da OCI.

Procedimentos não previstos na composição das OCIs podem ser registrados pelos estabelecimentos de saúde dentro das regras atuais, respeitando-se as pactuações locais e relação contratual com gestor.

A identificação do paciente é obrigatória e deverá ser realizada, preferencialmente, por meio do CPF. Quando não for possível o registro por meio do CPF, pode-se utilizar o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

O prestador poderá realizar duas OCIs na mesma competência, quando se tratar de procedimentos sequenciais/progressão para o mesmo paciente com procedimentos principais distintos. Entretanto, o mesmo procedimento principal da OCI não poderá ser realizado em uma mesma competência, para o mesmo paciente e mesmo estabelecimento, pois a APAC não permite registro duplicado.

## **Compromisso na atuação do gestor local**

A formalização do processo descentralizado de habilitação dos estabelecimentos integrantes do PAR deverá ser feita, por meio de publicação de ato normativo do gestor responsável

pelo estabelecimento de saúde habilitado, com posterior inserção do campo específico do CNES.

Os gestores locais têm autonomia para definir os processos necessários à(s):

- I - autorizações prévias para realização dos procedimentos;
- II - definição de regras locais para bloqueios de produção assistencial; e
- III - aprovação da produção assistencial.

## **Termos de compromisso entre gestores e serviços de saúde, visando a execução das ações previstas no programa, conforme pactuado nos Planos de Ação Regionais (PAR)**

No financiamento por modelo de OCI estão contidos não só o valor de remuneração dos procedimentos, mas também a valorização da gestão do cuidado e da obediência de tempos máximos para a realização desses procedimentos. Uma lógica de pagamento não apenas atrelada à execução e sim com enfoque na tempestividade e qualidade do atendimento prestado.

Além da inovação no modelo de pagamento por OCI, também são previstos compromissos a serem assumidos pelos gestores e prestadores de serviços, destacando-se:

1. Organizar o agendamento dos exames e consultas, a partir da jornada do paciente no serviço de atenção

especializada, observando o menor deslocamento entre os serviços, e/ou a possibilidade de realização em única data para a realização de todas as consultas e exames diagnósticos necessários;

**2.** Realizar consultas presenciais, teleconsultas e teleconsultorias para comunicar os resultados de exames e/ou diagnóstico para o paciente, além de orientação sobre os próximos passos da continuidade do cuidado;

**3.** Utilizar os protocolos com critérios de encaminhamento, evitando recusas, repetição de exames e/ou procedimentos e perda da eficiência do Programa Agora tem Especialistas.

Dentro do Programa Agora tem Especialistas destacam-se dois componentes fundamentais no Processo Regulatório: NGC (Núcleo de Gestão de Cuidado) e NGR (Núcleo de Gestão de Regulação).

O Núcleo de Gestão de Regulação (NGR) será instituído pelo Gestor, e o Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC) constituído no serviço, que terá como atribuições acompanhar a realização das OCIs, propor e implementar melhorias para o cumprimento dos compromissos do contrato.

## **Núcleo de Gestão e Regulação (NGR):**

Equipe técnica vinculada aos gestores estaduais ou municipais de saúde, dedicada à gestão específica do Programa. Suas principais atribuições incluem:

- Efetivar regulação com foco na comunicação entre os profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada, nos termos previstos na PNAES;
- Elaborar dispositivos de apoio educacional para os profissionais da APS;
- Fazer uso de dispositivos de telessaúde e matriciamento;
- Apoiar a gestão das filas e redução do absenteísmo;
- Realizar o monitoramento e avaliação da realização das OCI em tempo oportuno e com o escopo total previsto;
- Realizar o monitoramento e avaliação dos contratos;
- Definir estratégias de redução do absenteísmo e do efeito velcro;
- Orientar, acompanhar e apoiar os Núcleos de Gestão do Cuidado – NGC.
- Propor dispositivos de acompanhamento da trajetória dos usuários na rede, caso após a realização das OCI demandem atenção especializada ou hospitalar.

## **Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC):**

O NGC é uma unidade operacional presente nos serviços de atenção ambulatorial especializada, responsável pela gestão direta do cuidado aos usuários. Suas funções:

- Organizar a agenda sequencial de exames e consultas, a partir do itinerário do usuário na unidade de AAE, observando o menor deslocamento entre os serviços, e/ou a possibilidade de realização em única data e a progressão da realização das OCI.

- Acompanhar e fazer a gestão da conclusão das OCI no tempo recomendado,
- Realizar a navegação de cuidado acompanhando todo o fluxo da realização das OCI, garantindo tempo resposta oportuno.
- Garantir a transferência de cuidado para a APS, com compartilhamento de informações necessárias para a continuidade da atenção entre profissionais, usuários e locais de atendimento.
- Implementar ações internas para a redução do absenteísmo;
- Realizar a regulação assistencial no serviço, observando faltas e agendas incompletas, ajustes de protocolos, comunicação em rede, possibilitando otimizar a capacidade instalada.
- Conhecer as regras do contrato gestor/prestador para a realização das OCI, e atuar em estreita articulação com o NGR.

O formato do NGC quanto a composição da equipe e vinculação institucional será definido pelo gestor dentro da sua região de saúde, podendo ser uma unidade centralizada com técnicos/equipes de referência em cada serviço até uma estratégia mais descentralizada, com NGC internos a serviços de atenção especializada cujo tamanho justifique.

Em resumo, enquanto o NGR foca na gestão sistêmica e na regulação do acesso aos serviços especializados, o NGC concentra-se na gestão direta do cuidado dentro dos serviços de atenção ambulatorial especializada, ambos atuando de forma integrada para aprimorar a qualidade e a eficiência do SUS.





CONSELHO BRASILEIRO  
DE OFTALMOLOGIA

VIII Fórum Nacional de Saúde Ocular - 2024

# OLHARES SOBRE O BRASIL

Saúde ocular no SUS