



CEGUEIRA E BAIXA VISÃO NO BRASIL



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

O BRASIL EM NÚMEROS

De acordo com os “Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009”, publicado pelo IBGE, o Brasil apresenta um acelerado processo de envelhecimento, com transformações profundas na composição etária de sua população.

Tendo como referência a revisão das projeções da população brasileira até 2050, realizada pelo IBGE em 2008, nota-se que mantidas as tendências, em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já superará o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), em cerca de quatro milhões, diferença essa que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões de idosos contra 28,3 milhões de crianças e adolescentes).

Projeção da população



Fonte: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

Além das modificações populacionais, incluindo a ampliação progressiva do número de idosos, o Brasil tem experimentado mudanças no perfil epidemiológico das doenças que acometem nossa população, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no País em meados do Século XX, hoje são responsáveis por menos de 10% das mortes, ocorrendo o oposto em relação às doenças cardiovasculares e outras doenças também crônicas. Em menos de 50 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO et al, 2000).

Toda esta transição, entretanto, vem ocorrendo de forma muito desigual, fato associado, em grande parte, às diferentes condições sociais observadas no País.

O processo de envelhecimento da população representa novos obstáculos na busca por soluções para problemas estruturais da sociedade brasileira.



Focando o grupo etário de 60 anos ou mais, observa-se que este contingente populacional duplicará, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões.

Hoje, 7,6% da população são crianças, com idade até 05 anos, número menor que os registrados pelo levantamento em 2000 (9,8%) e em 1991 (11,5%). Na outra ponta, a população de idosos, acima de 65 anos, cresceu. Outro ponto que merece ser destacado refere-se ao considerável incremento da população idosa de 70 anos ou mais de idade. Em 1999, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) apontava para um total de 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto para 2009 a população atinge um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% da população brasileira.

População brasileira por faixa etária - Estimativa IBGE 2010

Grupo Etário	Homens	Mulheres	Total
0 a 04 anos	7.807.443	7.568.518	15.375.961
05 a 09 anos	8.675.147	8.425.098	17.100.245
10 a 14 anos	8.598.393	8.364.853	16.963.246
15 a 19 anos	8.290.103	8.115.322	16.405.425
20 a 24 anos	8.804.688	8.575.885	17.380.573
25 a 29 anos	8.804.688	8.820.426	17.625.114
30 a 34 anos	7.730.317	7.844.753	15.575.070
35 a 39 anos	6.894.773	7.072.068	13.966.841
40 a 44 anos	6.444.973	6.811.666	13.256.639
45 a 49 anos	5.858.307	6.479.417	12.337.724
50 a 54 anos	4.772.718	5.378.615	10.151.333
55 a 59 anos	3.704.127	4.270.241	7.974.368
60 a 64 anos	2.808.049	3.280.297	6.088.346
65 a 69 anos	2.061.894	2.519.102	4.580.996
70 a 74 anos	1.590.950	1.994.882	3.585.832
75 a 79 anos	1.006.228	1.367.587	2.373.815
80 anos ou mais	1.082.138	1.570.922	2.653.060

Fonte: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

O Brasil apresenta a terceira maior taxa de crescimento da população idosa entre os países mais populosos do mundo (como pode ser observado no quadro a seguir, galgando nove posições em 75 anos, perdendo apenas para Nigéria e México). Entre os Estados com mais idosos, o IBGE lista Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal e São Paulo, considerados os mais “envelhecidos” do país. Os grandes centros urbanos, embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países mais desenvolvidos, ainda não dispõem de uma infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes.

Mudanças na população de países que terão mais de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2025
População com 60 anos ou mais (em milhões)

Países	Classificação em 1950	1950	1975	2000	2025	Classificação em 2025
China	1º	42	73	134	284	1º
Índia	2º	32	29	65	146	2º
URSS	4º	16	34	54	71	3º
EUA	3º	18	31	40	67	4º
Japão	8º	6	13	26	33	5º
Brasil	16º	2	6	14	32	6º
Indonésia	10º	4	7	15	31	7º
Paquistão	11º	3	3	7	18	8º
México	25º	1	3	6	17	9º
Bangladesh	14º	2	3	6	17	10º
Nigéria	27º	1	2	6	16	11º

Fonte: World Health Statistics Annuals, 1979, 1982

Dentre os desafios que esse veloz crescimento da população idosa traz, está o crescimento da prevalência de problemas visuais na medida em que a população se torna predominantemente mais velha. As três maiores causas de cegueira no Brasil, assim como no mundo, são doenças que acometem, sobretudo os idosos: catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade (DMRI).

População residente, de 60 anos ou mais de idade, segundo as Grandes Regiões - 2009

Grandes Regiões	Total (milhões)	
	Absoluto	Relativo (%)
Norte	1.083	7,1
Nordeste	5.441	10,2
Sudeste	9.922	12,4
Sul	3.333	12,1
Centro-Oeste	1.261	9,2

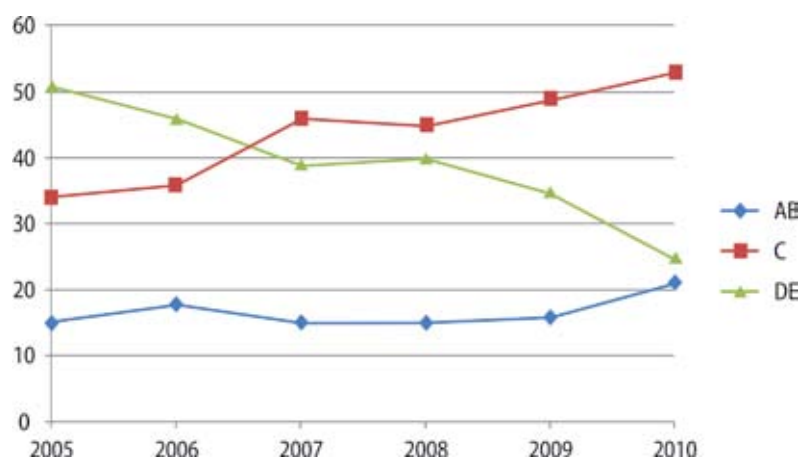
Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Síntese dos Indicadores 2009

ALÉM DAS MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS, MUDANÇAS SOCIAIS:

De acordo com a pesquisa Observador 2011, em 2010 19 milhões de pessoas deixaram as classes D/E e 12 milhões alcançaram as classes A/B. Há 5 anos, as classes A, B e C somadas representavam apenas 49% da população, enquanto em 2010 elas somavam 74%. A tabela e o gráfico a seguir demonstram que as classes D/E vêm perdendo massa, e que a classe C vem aumentando.

Distribuição da população por classe social

Classe	2005(%)	2006(%)	2007(%)	2008(%)	2009(%)	2010(%)
AB	15	18	15	15	16	21
C	34	36	46	45	49	53
DE	51	46	39	40	35	25



Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) 2011

Ao estabelecermos o gráfico em função do contingente em cada classe social e econômica é possível perceber com mais clareza as mudanças:



Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) 2011

A chamada classe C ou a Classe Média Brasileira teve o acréscimo de 19 milhões de pessoas no ano de 2010, passando, assim, a ter 101 milhões de brasileiros e representando 53% da população do País.

População Mundial

A Ásia abriga mais de 60% da população mundial, com quase quatro bilhões de pessoas. A China e a Índia sozinhas têm 21% e 17% respectivamente. Essa marca é seguida por África com 840 milhões de pessoas, 12,7% da população mundial. Os 710 milhões de pessoas da Europa correspondem a 10,8% da população mundial. A América do Norte tem uma população de 514 milhões (8%), a América do Sul, 371 milhões (5,6%) e a Oceania em torno de 60 milhões (0,9%).



CEGUEIRA NO BRASIL

Tomando-se como base a estimativa da ONU, de que a população mundial atingiu em 2011 a marca de sete bilhões de pessoas, o Brasil detém hoje 2,72% desse contingente.

As estimativas da OMS sobre a relação entre cegueira, deficiência visual e condições econômicas, permitem extrapolações matemáticas que possibilitam estabelecer estimativas sobre a cegueira no Brasil.

ESTIMATIVAS DE CEGUEIRA COM BASE NAS CONDIÇÕES ECONÔMICAS:

- Classe sócio-econômica: população desta classe X prevalência de cegueira = número estimado de deficientes visuais;
- População pobre: 48 milhões X 0,9% = 432.000;
- População intermediária: 101 milhões X 0,6% = 606.000; e
- População rica: 40 milhões X 0,3% = 120.000.

Total estimado de cegos no Brasil em 2011 (estimativa sócioeconômica): 1.158.000

Apesar da importância das estimativas com base nas condições econômicas, elas sozinhas são capazes de mascarar outros aspectos importantes. Se olharmos exclusivamente para a evolução econômica do Brasil e a prevalência estimada de cegueira, diremos que temos melhoria nas condições de saúde ocular do povo brasileiro, mas tal afirmativa seria precipitada, sem considerar as mudanças demográficas da população.

ESTIMATIVAS COM BASE NOS GRUPOS ETÁRIOS

Pesquisas realizadas em 55 países, subdivididos em 15 subregiões pela OMS, possibilitaram a obtenção de dados globais de deficiência visual no ano de 2002. O Brasil compõe o grupo América B, no qual as estimativas de prevalência da cegueira (não incluindo visão subnormal) é:

Grupo Etário	Prevalência	Pop. Brasileira	Estimativa de Cegueira
Até 15 anos	0,062%	48 milhões	30 mil
Entre 15 e 49 anos	0,15%	106 milhões	159 mil
Acima de 50 anos	1,3%	37 milhões	481 mil

World Health Organization, 2004; RESNIKOFF et al., 2004. e http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm

Independente da classe social, é fato incontestável que a estimativa de cegueira cresce exponencialmente em função da idade, chegando, a ser de 15 a 30 vezes maior em pessoas com mais de 80 anos do que na população com até 40 anos de idade.





DEFICIENTES VISUAIS NO BRASIL

Estima-se que o contingente de deficientes visuais, isto é, pessoas com acuidade visual no melhor olho entre 20/70 e 20/400, chegue a 3,4 pessoas (com diferenças regionais entre 2,4 e 5,5) para cada cego. Isso representa cerca de quatro milhões de cidadãos.

Existem, portanto, cerca de 5,3 milhões de brasileiros com perda visual grave (sem que aí estejam contabilizados erros de refração e presbiopia).

BRASIL: CEGUEIRA E BAIXA VISÃO NA CRIANÇA

No Brasil, a Agência Internacional de Prevenção de Cegueira, ligada à Organização Mundial de Saúde, estima que 33 mil crianças são cegas por doenças oculares que poderiam ter sido evitadas ou tratadas precocemente e que pelo menos 100 mil têm alguma deficiência visual.

A diversidade regional brasileira e os diferentes níveis de desenvolvimento sócioeconômico sugerem a estimativa de um valor médio de prevalência de cegueira infantil para o Brasil entre 0,5 e 0,6 por mil crianças.



Estimativa de prevalência de cegueira infantil no Brasil

População	190.732.694
% de crianças de 0 – 14 anos*:	24,2%
Número de crianças*:	46 milhões
Estimativa de prevalência de cegueira:	0,5 – 0,6/1.000
Estimativa do número de crianças cegas:	23.000 – 27.600
Estimativa de crianças com baixa visão:	69.000 – 82.800

*Estimativas por faixa etária - Censo IBGE 2010

A prevenção ao alcance de muitas crianças

O teste do reflexo vermelho, também chamado de Teste do Olhinho, deve ser realizado ainda na maternidade em todos os recém-nascidos. É um teste de realização simples, capaz de identificar crianças com alteração do reflexo de luz no fundo de olho, permitindo detectar precocemente casos de catarata, glaucoma congênito, má formação oculares ou ainda qualquer doença ocular congênita que cause opacidades de córnea, tumores intraoculares grandes, inflamações intraoculares importantes ou hemorragias vítreas.

Alguns estados e cidades brasileiros já têm legislação que exige a realização do Teste do Olhinho em todos os recém-nascidos, antes de sua alta. A Agência Nacional de Saúde Suplementar também incluiu o Teste do Olhinho no rol de procedimentos com cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde. São vitórias importantes para a saúde pública, mas ainda há muito a ser feito para garantir a saúde ocular de nossas crianças.

Cidades e Estados que o Teste do Olhinho é lei:

Estados

Bahia (Lei 12.303/2010)	Pernambuco (Lei 1283/2009)
Distrito Federal (Lei nº 4.189/2008)	Rio de Janeiro (Lei 3.931/2002)
Mato Grosso (Lei nº 8.800/2008)	Rio Grande do Norte (Lei 5988/2004)
Mato Grosso do Sul (Lei nº 2.897/2004)	Rio Grande do Sul (Lei 13.411)
Minas Gerais (Lei nº 17.078)	Santa Catarina (Lei nº 13.345/2005)
Paraná (Lei 14.601/2004)	São Paulo (Lei 12.551/2007)

Cidades

Amparo (SP) (Lei 3299/2007)	Ituporonga (SC) (Lei 2211/2008)
Apiáí (SP) (Lei 150/2007)	Manaus (AM) (Lei 1310/2009)
Batatais (SP) (Lei 2873/2006)	Maringá (PR) (Lei 7009/2005)
Blumenau (SC) (Lei 6949/2006)	Pato Branco (PR) (Lei 2568/2005)
Bragança Paulista (SP) (Lei 3888/2007)	Recife (PE) (Lei 17481/2008)
Caçapava (SP) (Lei 4641/2007)	Paranaguá (PR) (Lei 3082/2010)
Campo Grande (MS) (Lei 4337/2005)	Pindamonhangaba (SP) (Lei 4515/2006)
Campos do Jordão (SP) (Lei 3047/2007)	Ponta Grossa (PR) (9008/2007)
Diadema (SP) (Lei 2601/2007)	Santa Maria (RS) (Lei 5052/2007)
Garça (SP) (Lei 3995/06)	Sete Lagoas (MG) (Lei 7147/2005)
Gravatá (PR) (Lei 2713/2007)	Vitória (ES) (Lei 6504/2005)
Itajaí (SC) (Li 5151/2008)	

Tramita no Senado Federal o Projeto de Lei Nº 240, de 2007, de autoria do Senador Paulo Paim, que altera o art. 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar obrigatório o Teste do Olhinho em todo o país.

Teste do Olhinho e o SUS

Os recém-nascidos nos quais forem identificados qualquer alteração do reflexo vermelho são encaminhados para avaliação de um oftalmologista. O SUS prevê como procedimentos para a realização do Teste do Olhinho os códigos de Fundoscopia e Mapeamento de Retina. Prevê, ainda, para os casos em que seja impossível a visualização do fundo do olho ou nos quais haja suspeita de glaucoma congênito, o exame de ultrassonografia ocular. Não há na Tabela SIGTAP do SUS um procedimento específico para Teste do Olhinho realizado nas maternidades.



Erros Refrativos

Um estudo da OMS de 2008 que estima o percentual de pessoas com deficiência visual por erros de refração não corrigidos define para a sub-região Amr-B (que inclui Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Venezuela), uma prevalência de 0,7% para a população na faixa etária de 05 a 15 anos. Com base nesta estimativa, chegamos a um número potencial de 15 milhões de crianças em idade escolar com problemas de refração que podem interferir em seu desempenho diário (problemas de aprendizado, auto-estima e de inserção social).

A correção óptica dos erros de refração – miopia, hipermetropia e astigmatismo – fundamental para a solução destes problemas, foi foco de uma Política Governamental conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, denominada Olhar Brasil, que visava o atendimento médico oftalmológico e a doação de óculos para crianças matriculadas da primeira a nona série em escolas públicas de todos os municípios brasileiros, assim como de adolescentes e adultos matriculados em cursos de Educação de Jovens e Adultos.

Inicialmente o Olhar Brasil tinha término previsto para dezembro de 2010, mas foi prorrogado até dezembro de 2011, quando oficialmente foi encerrado. O Ministério da Saúde está discutindo formas para sua reedição para o período 2012/2014.

Prevalência estimada de erros refrativos:

MIOPIA

Prejudica visão para longe. A prevalência da miopia na população geral varia de 11 a 36%, sendo menor em negros e maior nos asiáticos. Para miopia degenerativa, a prevalência fica em torno de 10% da população miópica. O Brasil, com 190 milhões de habitantes, tem a população de míopes estimada entre 21 e 68 milhões de indivíduos, e entre 2 e 7 milhões de pessoas com miopia degenerativa.

HIPERMETROPIA

Em graus maiores, prejudica a visão para longe e para perto. Em graus menores, gera cansaço visual e limitação na capacidade de leitura. Apresenta prevalência de 34% da população, o que equivale a 65 milhões de pessoas.





BRASIL: CEGUEIRA E BAIXA VISÃO EM ADULTOS E IDOSOS

As principais causas de cegueira e baixa visão em adultos e idosos estão associadas ao envelhecimento da população. Como nossa população apresenta uma das maiores taxas de aumento da expectativa de vida entre os países mais populosos do mundo, temos também a expectativa do aumento da prevalência de tais doenças oculares.





PRESBIOPIA

A presbiopia é a redução fisiológica da amplitude de acomodação com a incapacidade de focalizar objetos próximos, que se inicia entre 38 e 50 anos de idade (Bicas, 2008), sendo mais notada a partir dos 40 anos de idade, atingindo cerca de 100% na população a partir dos 55 anos, o que representa 20,4 % da população brasileira, ou seja, aproximadamente 38 milhões de pessoas.

CEGUEIRA POR CATARATA NO BRASIL

Opacificação progressiva do cristalino (lente natural intraocular), a catarata é uma doença da senilidade, podendo ser encontrada em pacientes mais jovens, em casos específicos. Historicamente, o número de cirurgias de catarata no Brasil sempre foi menor ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde, sendo inferior a 50 mil cirurgias/ano durante toda a década de 80 até meados da década de 90). Em 1996, sob a coordenação do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e apoio do Ministério da Saúde e de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, foi realizada a primeira campanha nacional com objetivo de diminuir o número de casos de cegueira por catarata no Brasil (o Mutirão de Cirurgias de Catarata). A iniciativa contou com o trabalho voluntário de cerca de três mil oftalmologistas, além de outros profissionais nas cidades participantes. Com a campanha, o número de cirurgias de catarata cresceu para um patamar superior a 200 mil cirurgias por ano, atingindo seu pico em 2005, com a realização de 331.448 cirurgias. (Taleb & Ávila, 2011)

Estima-se que além da incidência anual de novos casos de comprometimento visual em decorrência da catarata, a prevalência atual seja, ainda, de aproximadamente 350.000 cegos por catarata. Este número reflete a diminuição do volume de procedimentos desde 2007, em função da redução no financiamento público (fim dos mutirões). O número de novos casos de catarata a cada ano é estimado em 20% do observado de prevalência, com variações em função das condições socioeconômicas.

A prevalência de catarata senil é de 17,6% nos menores de 65 anos; 47,1% no grupo entre 65-74 anos e 73,3% nos indivíduos acima de 75 anos. Calcula-se que além da demanda reprimida, em função do envelhecimento da população haja 120.000 novos casos de cegueira por catarata/ano.

As estimativas de 2008, apontavam para a realização de cerca de 1.500 operações ao ano/1.000 habitantes, uma redução de mais de 25% em relação a anos anteriores, o que coloca o Brasil na contra-mão mundial das ações para a prevenção à cegueira.

O impacto social da cegueira – e a grande prevalência da catarata entre a população mais idosa, devem ser levados em conta na formulação de políticas públicas. Com uma população de pouco mais de 190 milhões de habitantes, precisamos que o SUS, responsável exclusivo pelo atendimento de 65% da população, garanta a realização de pelo menos 390 mil cirurgias de catarata/ano, enquanto que outras 180 mil cirurgias devem ser realizadas pelo setor privado, chegando-se, no mínimo, a um total de 540 mil procedimentos. Entretanto esse número, tão além do que hoje estima-se que seja realizado, seria suficiente apenas para eliminar a cegueira instalada. Para evitar que mais e mais brasileiros cheguem à cegueira por catarata, estimam-se que, idealmente, seriam necessárias 720 mil cirurgias de catarata/ano.

GLAUCOMA

Doença que acomete o nervo óptico, com perda progressiva do campo visual e cujo maior fator de risco é o aumento da pressão intraocular, o glaucoma apresenta incidência anual estimada de 1 a 2% na população geral, aumentando 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 dá aos parentes de primeiro grau 10 vezes mais chances de desenvolver a doença.

Apesar de se tratar de uma doença de desenvolvimento lento, levando alguns anos, na maioria dos casos, para que a perda de campo visual seja significativa, o Glaucoma apresenta duas características perversas: (1) é assintomático – quando o paciente percebe qualquer alteração em

seu campo visual, a doença já se encontra em estágio avançado, e (2) a perda de campo visual é irreversível – o que instiga à detecção o mais precoce possível dos novos casos.

Estima-se que entre 2 e 3% da população brasileira acima de 40 anos possam ter a doença, sendo que em 50 a 60% destes o diagnóstico é de glaucoma primário de ângulo aberto e em torno de 20% é de glaucoma primário de ângulo fechado. Em 2003, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia estimava que no país houvesse 900 mil portadores dessa doença e que, provavelmente, 720 mil estavam assintomáticos, ainda necessitando de diagnóstico (Mello & Mello Jr, 2003).

Para reduzir o número de cegos por glaucoma no Brasil, três medidas se fazem prioritárias:

- Ampliar o conhecimento da população sobre a doença;
- Garantir que a população pertencente aos grupos de risco (maiores de 50 anos, histórico familiar da doença, afro descendentes, pacientes com pressão intraocular elevada), sejam submetidos a um bom exame oftalmológico; e
- Garantir o acesso ao tratamento (com o fornecimento dos colírios necessários) e a educação dos pacientes sobre seu uso.

RETINOPATIA DIABÉTICA

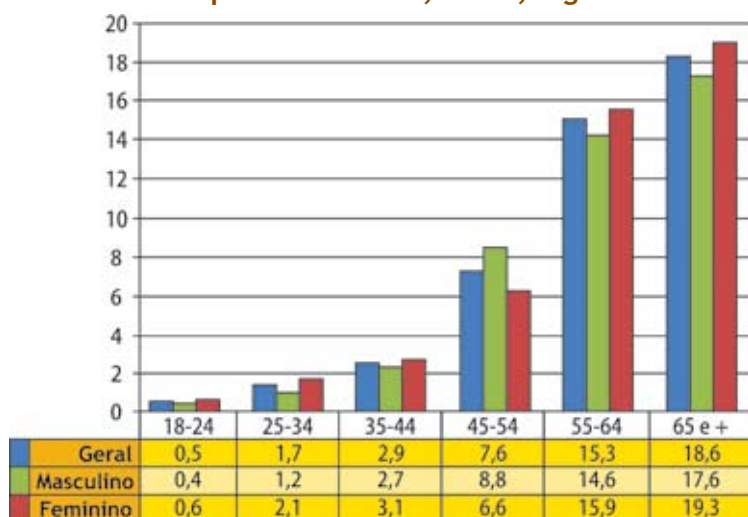
A diabetes é considerada pela OMS a 3ª maior causa de morte no Brasil. De acordo com o Vigitel 2007 (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis), a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença. Entretanto, este número atinge proporções muito maiores ao considerarmos as crianças (cerca de 5 milhões), portadoras de diabetes mellitus tipo 1 (RD1) e mais o grande contingente de portadores que não sabem que tem a doença. A prevalência do diabetes aumenta com a idade, atingindo 18,6% da população com idade superior a 65 anos.

Cerca de 50% dos portadores de diabetes desenvolverão algum grau de retinopatia diabética ao longo da vida. O paciente diabético tem quase 30 vezes mais chance de tornar-se cego do que um paciente não diabético.

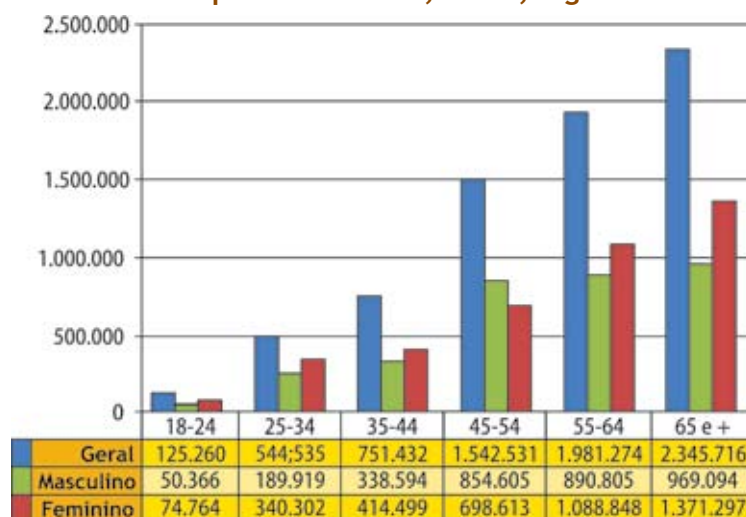
Aguardar a baixa da visão para encaminhar o paciente ao oftalmologista pode causar perda irreversível e decréscimo substancial na qualidade de vida do paciente portador de diabetes. Embora o exame periódico e o tratamento da retinopatia não eliminem todos os casos de perda visual, reduzem consideravelmente o número de pacientes cegos pela doença.

A porcentagem de pacientes diabéticos com algum grau de retinopatia diabética aumenta em função do tempo de instalação da doença: estima-se que após 25 anos de doença, 80% dos pacientes com diabetes apresentarão algum grau de retinopatia diabética. No Brasil, estima-se que a cegueira entre diabéticos possa alcançar a prevalência de 4,8%.

Proporção de portadores de Diabetes Mellitus. Estimativa por faixa etária, Brasil, Vigitel 2007



Número de portadores de Diabetes Mellitus. Estimativa por faixa etária, Brasil, Vigitel 2007



Desde 1999 o Conselho Brasileiro de Oftalmologia tem desenvolvido ações, em conjunto com Ministério da Saúde, com objetivo de realizar a triagem e tratar pacientes portadores de retinopatia diabética. Entre 1999 a 2002 foi realizada a Campanha da Retinopatia Diabética, com alvo nos portadores de diabetes (triagem de portadores de retinopatia diabética e tratamento por meio fotocoagulação à laser). O número de atendimentos alcançou a ordem de 95 mil procedimentos/ano em todo o território nacional. Também no ano de 1999, o CBO iniciou a Campanha do Olho Diabético focada em pacientes portadores de diabetes já com sinais de Retinopatia Diabética ao exame oftalmológico. A campanha atendeu 15 mil pacientes para tratamento por laser em instituições credenciadas pelo CBO, em 23 cidades brasileiras.

Em 2002 foram criados 33 centros de referência para o diagnóstico e tratamento da Retinopatia Diabética em 23 estados do país. Em 2008, foi publicada a Política Nacional de Atenção à Oftalmologia (Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008), que contempla, entre outras doenças, a Retinopatia Diabética (Anexo I).

Iniciativas recentes, como a do Centro de Referência em Oftalmologia da Universidade Federal de Goiás em parceria com o Ministério da Saúde, tem utilizado a telemedicina para possibilitar o diagnóstico precoce das principais causas de cegueira, dentre elas, a retinopatia diabética.

RETINOSE PIGMENTAR

A retinose pigmentar é uma degeneração progressiva dos fotorreceptores retinianos. É hereditária, embora em cerca de 40% dos casos se consiga confirmar um histórico familiar da doença. Estima-se que no Brasil existem cerca de 50.000 pessoas com retinose pigmentar manifesta e entre 2.250.000 e 3.600.000 portadores (em função do caráter hereditário da doença).

Ainda sem cura, a Retinose Pigmentar foi motivo de várias ações judiciais que solicitavam ao SUS o custeio do tratamento de pacientes portadores desta enfermidade em Cuba, onde são oferecidas promessas de tratamento, mas sem nenhuma comprovação científica de sua efetividade. Mais recentemente, as solicitações judiciais buscam tratamento com células tronco na China, outro fato que ainda carece de comprovação científica e cuja conduta não é recomendada pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Várias pesquisas têm sido conduzidas em diversos institutos pelo mundo em busca, pelo menos, da estabilização da doença. Tais pesquisas seguem, basicamente, três linhas: o transplante de células retinianas, o uso dos fatores neurotróficos ou de sobrevivência e o emprego da terapia genética, mas nenhuma delas alcançou, por enquanto, resultados conclusivos.

DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI)

Calcula-se que aproximadamente três milhões de brasileiros, acima de 65 anos, sofram da DMRI em estágios variados de evolução.

Dentre os dois tipos de DMRI (forma seca e forma úmida), a forma seca é responsável por 90% dos casos, mas é a forma úmida, que apesar de ser menos frequente, é a que causa a maior parcela (cerca de 90%) dos casos de perdas graves de visão associadas à DMRI. Ensaios clínicos já demonstraram que a terapia intravítrea, com aplicação de antiangiogênicos, é um método eficaz e seguro, conseguindo melhorar a visão em 34% dos casos e a estabilização da mesma em 90% dos pacientes tratados, enquanto os olhos não tratados, geralmente, evoluem para perda irreversível da visão central. A Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo (SBRV) desenvolveu diretrizes com base científica para o tratamento da DMRI úmida ou exsudativa por meio da terapia antiangiogênica.





TRANSPLANTE DE CÓRNEA





O Sistema Brasileiro de Transplantes de Órgãos e Tecidos

O Brasil ocupa hoje o segundo lugar em número absoluto de transplantes de órgãos e tecidos do mundo (se considerarmos a relação número de transplantes e PIB, o Brasil ocupa o primeiro lugar), e possui um dos maiores programas públicos de transplantes.

A atividade de transplante de órgãos e tecidos no Brasil iniciou-se no ano de 1964 na cidade do Rio de Janeiro. Ao longo dos últimos 48 anos, teve uma evolução considerável em termos de técnicas, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados.

A Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos foi estabelecida pela Lei 9434/97. No mesmo ano foi criado no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Transplantes – SNT, com a atribuição de desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes. Coube ao Ministério da Saúde o detalhamento técnico, operacional e normativo do Sistema Nacional de Transplantes.

Esse detalhamento foi estabelecido em agosto de 1998 com a aprovação do Regulamento Técnico de Transplantes. O Regulamento determina: as atribuições das Coordenações Estaduais; fluxo e rotinas com vistas à autorização às equipes especializadas e estabelecimentos de saúde para proceder à retirada e transplantes de órgãos, partes e tecidos do corpo humano; as condições para a retirada desses órgãos, partes e tecidos, para a realização de transplantes ou enxertos; normas operacionais para a execução desses procedimentos; as exigências técnicas quanto a recursos humanos e materiais para a realização de transplante de cada órgão especificado; a disponibilidade desses recursos em tempo integral; as condições da recomposição do cadáver; a formalização dos procedimentos realizados; as normas para o processo de cancelamento de autorização para as equipes especializadas ou para os estabelecimentos; a periodicidade de renovação das referidas autorizações de estabelecimentos e equipes para a retirada e transplante de órgãos, partes e tecidos e ainda o sistema de lista única, previsto no Decreto n.º 2.268, de 1997, bem como a constituição dos conjuntos de critérios específicos para a distribuição de cada tipo de órgão ou tecido para os receptores; a priorização de atendimento por gravidade em cada modalidade de transplante.

A partir da aprovação do Regulamento Técnico de Transplantes, o Ministério da Saúde começou a implantar nos Estados as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), também chamadas de Centrais Estaduais de Transplante. As Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes atuam na captação de órgãos e no apoio às atividades da CNCDO em hospitais de referência para urgência e emergência e hospitais transplantadores.

A adoção de uma remuneração mais atrativa foi utilizada como um incentivo. O financiamento da atividade de transplantes foi decorrente de uma série de medidas adotadas pelo Ministério, entre elas:

- Inclusão de novos procedimentos relacionados a transplantes na Tabela SUS (busca ativa de doador de órgãos para transplantes, acompanhamento pós-transplante, medicamentos para transplantados, busca internacional de medula óssea, coleta e transporte, processamento/preservação/avaliação microscópica de córnea;

- Em agosto de 2001, com o objetivo de incentivar as atividades de captação e retirada de órgãos para transplantes, procurando, dessa forma, ampliar a oferta de órgãos e reduzir o tempo de espera em fila, os valores de remuneração dos procedimentos de captação e retirada de órgãos constantes da Tabela SUS foram triplicados. Além disso, foram incluídos na Tabela procedimentos de retirada parcial de fígado de doador vivo e de transplante de fígado intervivos.

Marinho, Cardoso e Almeida, (2007), afirmam que a despeito do reconhecimento da magnitude das atividades públicas de transplantes no Brasil, o sistema ainda demanda melhorias, tanto no quesito operacional como de sistema tecnológico. A disparidade regional fica clara ao observar-se que há Estados em que a fila de transplante de córnea está zerada (como São Paulo) e outros em que a fila de espera ainda é superior a dois anos por uma córnea (caso da maioria dos Estados do Centro-oeste, Nordeste e Norte do Brasil).

O Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes através da Portaria 2.600, de 21 de outubro de 2009 que normatiza as regras de atualização, padronização e aperfeiçoamento de todo o processo de transplantes realizado no território nacional.

Transplantes realizados

Países	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Coração	143	149	181	200	181	155	159	205	201	167	168
Córnea	6193	6556	7556	8394	9970	10382	11419	12825	12723	12923	14182
Fígado	1084	654	794	914	939	978	971	1110	1322	1404	1432
Pâncreas	33	57	53	94	112	88	78	43	39	44	48
Pulmão	25	36	43	39	42	55	50	53	59	60	30
Rim	2672	2714	2911	3126	2903	2961	3040	3154	4259	4660	4820
Rim/Pâncreas	105	161	203	201	108	125	116	127	119	87	80
Total	10255	10327	11741	12968	14255	14744	15833	17517	18722	19345	20760

Fonte: <http://189.28.128.37/portal/public/transplantes/areaEspecializada/RelatórioEstatístico> acessado em 15/01/12

BANCOS DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Os Bancos são responsáveis pela retirada, processamento e conservação de órgãos e tecidos para fins de transplante. Em 2000, foram estabelecidas normas de funcionamento e cadastramento e criados bancos de valvas cardíacas, bancos de Tecido Ocular (córneas e esclera), bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (transplante de medula). Em 2002, bancos de Tecidos Musculoesqueléticos.

BANCOS DE TECIDOS OCULARES

Os Bancos de Tecidos Oculares gerenciam a captação e a conservação das córneas e tecidos oculares, o que inclui o processamento dos tecidos, a avaliação em lâmpada de fenda, e o correto armazenamento das córneas.

As captações devem ser comunicadas à Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos/CNCDO de cada Estado, de forma a garantir que os transplantes respeitem a Lista de Espera gerenciada pela Central. O gerenciamento desta lista, a análise dos casos especiais ou de emergência, e a fiscalização da qualidade das cirurgias ficaram sob a responsabilidade do Estado. Todas estas etapas estão sujeitas à fiscalização do Ministério Público. (Portaria nº 1559/GM, de 6 de setembro de 2001).

Apesar dos avanços observados no processo de captação e de transplantes de córneas, ainda são muitos os obstáculos enfrentados pelos Bancos de Tecidos Oculares no Brasil. Dentre as dificuldades mais comuns, destacam-se:

- Falta de recursos financeiros para adequação dos espaços físicos dos Bancos, compra de equipamentos, de materiais de consumo e de meios de preservação;
- Insuficiência de recursos humanos para estabelecimento de sistema de transporte e comunicação com atendimento 24 horas;
- Obrigatoriedade de que os Bancos de Olhos funcionem dentro de hospitais, com consequente limitação de sua autonomia gerencial;
- Falta de orientação específica sobre o processo de doação de córneas. As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos frequentemente direcionam esforços para a obtenção de doadores de múltiplos órgãos, atuando com as mortes encefálicas; e deixam de se mobilizar para a obtenção de doadores de córnea nos casos de parada cardiorrespiratória;
- Limitação ao critério cronológico de uma lista única em relação a tecidos. No caso dos transplantes de córneas, poderiam ser levadas em consideração outras variáveis, como patologia que exige o transplante e o nível de limitação que ela causa. Com a evolução do número de transplantes de córnea no país, esse critério poderia ser revisto;

Por si só, o número de equipes e Bancos de Olhos é suficiente para atender à população brasileira. Comparados aos Estados Unidos, onde existem cerca de 85 Bancos de Olhos, os números nacionais apresentam-se apropriados em quantidade. A capacidade instalada de equipamentos, hospitais e mão de obra qualificada no Brasil é equiparável a países adiantados. No entanto, existe uma nítida carência de córneas no Brasil. De acordo com a Associação Norte-Americana de Bancos de Olhos, foram realizados mais de 52.000 transplantes de córnea nos Estados Unidos em 2010. Neste ano, o número de procedimentos no Brasil foi de apenas 1/4 deste total (12.923). Somente com a revisão deste cenário e com a adoção de medidas que possam minimizar as dificuldades, permitindo que os Bancos de Olhos aperfeiçoem os seus indicadores de desempenho, é que será possível acabar com as listas de espera para transplante de córnea no Brasil.



Bancos de Tecidos Oculares

Banco de Olhos de Joinville
 Banco de Olhos de Sorocaba/BOS/SP
 BTOC do Hospital Universitário do Maranhão
 Esc. Paulista Medic. - Hosp. São Paulo- Hosp. Univ. Mec/Mpas
 FAMAR - Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília
 Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia
 Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas - Hospital Alzira Velano
 Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
 Fundação Universidade de Caxias do Sul - Hosp Geral Caxias do Sul
 Hospital de Olhos de Cuiabá
 Hospital Angelina Caron
 Hospital da Fundação Banco de Olhos de Goiás
 Hospital das Clínicas da Fac. Med. Rib. Preto
 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
 Hospital das Clínicas da UFG
 Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
 Hospital das Clínicas de Porto Alegre
 Hospital de Base do Distrito Federal
 Hospital de Olhos de Cascavel
 Hospital de Olhos do Paraná
 Hospital de Urgência de Sergipe - Governador João Alves Filho
 Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
 Hospital Evangélico de Vila Velha
 Hospital Geral de Fortaleza
 Hospital João XXIII
 Hospital Nossa Senhora da Pompéia
 Hospital Ofir Loyola
 Hospital Oftalmológico de Sorocaba
 Hospital Regional de São José - Homero de Miranda Gomes
 Hospital Regional Dr. João Penido
 Hospital São Jose Batista
 Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
 Hospital Universitário da Univ.Federal do Maranhão-Unidade Presidente Dutra
 Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
 Hospital Universitário Onofre Lopes
 Instituição de Ensino e Pesquisa Oftalmológica de Maringá
 Instituto de Medicina Integral - IMIP
 Irmandade Santa Casa de Miser. De Porto Alegre
 Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
 Santa Casa Anjos da Visão - SCM Campo Grande

Transplante de Córneas

A córnea é um tecido que apresenta condições peculiares no que se refere ao transplante:

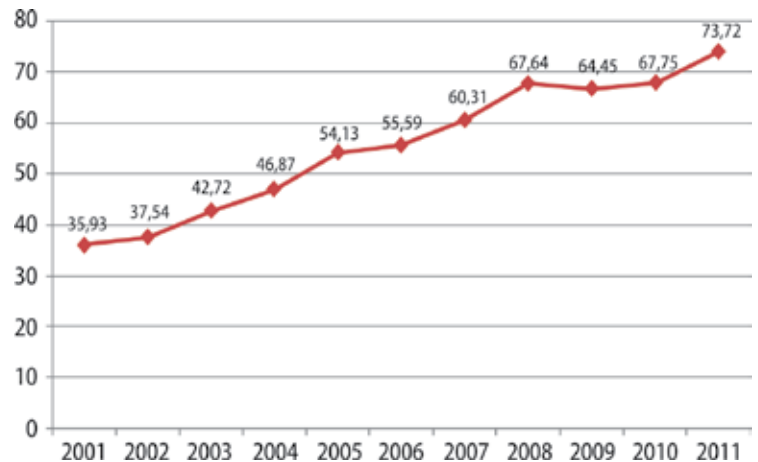
- Aproximadamente 90% das córneas doadas são aceitáveis para transplante;
- A córnea pode ser preservada por um período de até 15 dias após a sua retirada;
- A taxa de êxito dos transplantes de córnea é de 90%;
- Podem ser doadores e receptores desde crianças até idosos.

O transplante de córnea é o mais frequente dentre os transplantes de tecidos realizados no Brasil. Nos anos de 2001 a 2004 o transplante de córnea respondia por aproximadamente 64% de todos os transplantes. Este percentual vem aumentando, ano a ano, chegando a mais de 68% em 2011.

Um grande problema no que tange aos transplantes de córneas no Brasil é a grande disparidade regional. Alguns estados do país estão muito melhor preparados para o desenvolvimento dos transplantes do que outros. No primeiro semestre de 2011, por exemplo, o estado de São Paulo foi responsável, sozinho, por quase 40% do total de transplantes do país naquele período: 2.812 procedimentos, de um total de 7.091.

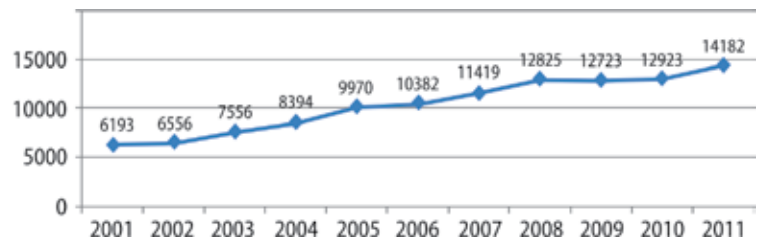
A região Sudeste respondeu, no primeiro semestre de 2011, por 54% do total dos transplantes (3.812), enquanto a região Norte realizou apenas 1,7% dos procedimentos (124). As regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul responderam por 16%, 9,3% e 19% do número de transplantes realizados, respectivamente.

Evolução anual dos transplantes (Tecido Ocular) (%)



Fonte: Site do Ministério da Saúde, acessado em 15/01/12

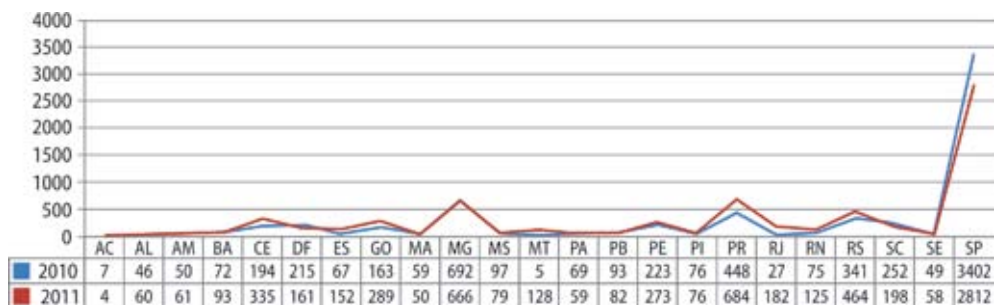
Evolução anual dos transplantes - Córnea



2011 - Projeção anual de transplantes

Fonte: Site do Ministério da Saúde, acessado em 15/01/12

Comparativo transplantes de Córnea 1º semestre 2010x2011



Fonte: Site do Ministério da Saúde, acessado em 15/01/12





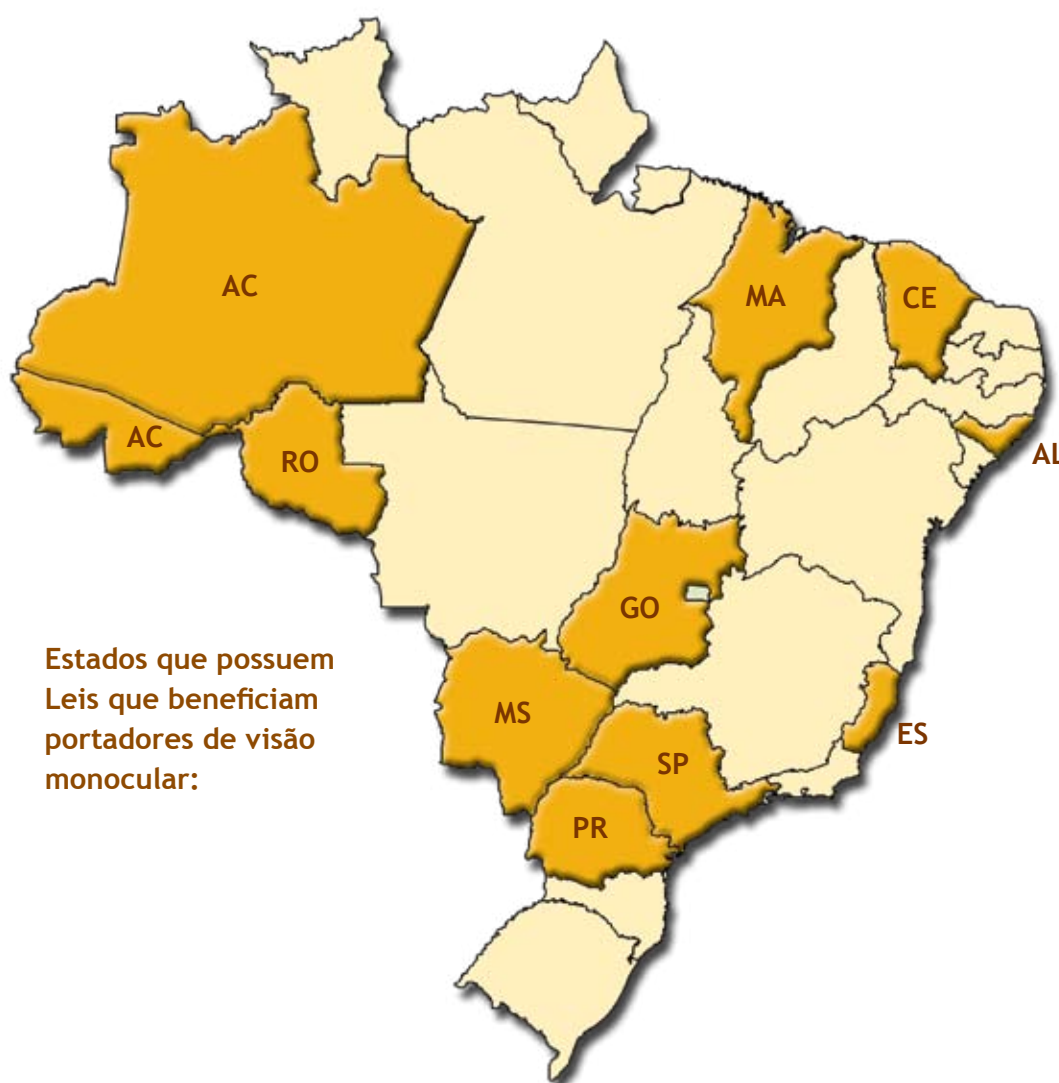
VISÃO MONOCULAR DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Em 31 de julho de 2008, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva vetou o Projeto de Lei aprovado no Congresso Nacional que caracterizava a visão monocular como deficiência visual. O Projeto de Lei da Câmara dos Deputados (PLC) nº 28, de 2008, garantia às pessoas que enxergam apenas por um olho a possibilidade de se beneficiarem das ações governamentais de apoio e à integração social do portador de necessidades especiais, bem como afastar as discriminações e os preconceitos de qualquer espécie.

Segundo a justificativa presidencial, o enquadramento da visão monocular como deficiência dependeria da acuidade visual do olho único. Além disso, nas razões do veto, a Presidência da República justificou que o projeto de lei, ao dispor sobre a visão monocular individualmente, contrariava a tendência buscada de se estabelecer um modelo único de classificação de deficiência, adotado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (PL 3638/00), que tramita há dez anos no Congresso Nacional.

Por outro lado, vários estados já sancionaram leis que beneficiam, em parte, os portadores de visão monocular, e o Ministério do Trabalho reconhece a visão monocular para fins de reserva de cargo (ver box na próxima página).

Em súmula publicada no Diário Oficial da União em fevereiro de 2011, a AGU (Advocacia Geral da União) estende os benefícios inerentes à Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência devem ser estendidos ao portador de visão monocular.



Para fins de reserva legal de cargos, o que é pessoa com deficiência?

No Brasil há duas normas internacionais devidamente ratificadas, o que lhes confere status de leis nacionais, que são a Convenção nº 159/83 da OIT e a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, também conhecida como Convenção da Guatemala, que foi promulgada pelo Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Ambas conceituam deficiência, para fins de proteção legal, como uma limitação física, mental, sensorial ou múltipla, que incapacite a pessoa para o exercício de atividades normais da vida e que, em razão dessa incapacitação, a pessoa tenha dificuldades de inserção social.

Nesse diapasão está o Decreto nº 3.298/99, cuja redação foi atualizada após longas discussões no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), pelo Decreto nº 5.926/04.

Logo, há que ser atendida a norma regulamentar, sob pena de o trabalhador não ser computado para fim de cota. Assim, pessoas com visão monocular, surdez em um ouvido, com deficiência mental leve, ou deficiência física que não implique impossibilidade de execução normal das atividades do corpo, não são consideradas hábeis ao fim de que se trata.

Pessoas reabilitadas, por sua vez, são aquelas que se submeteram a programas oficiais de recuperação da atividade laboral, perdida em decorrência de infortúnio. A que se atestar tal condição por documentos públicos oficiais, expedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou órgãos que exerçam função por ele delegada.

*Veja-se, assim, o conteúdo da norma em comento:
Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:*

I - deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bemestar e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

SÚMULA Nº 45, DE 14 DE SETEMBRO DE 2009 (*)

Publicada no DOU, Seção I, de 15/09; 16/09 e 17/09/2009

“Os benefícios inerentes à Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência devem ser estendidos ao portador de visão monocular, que possui direito de concorrer, em concurso público, à vaga reservada aos deficientes.”

REFERÊNCIAS:

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.

Jurisprudência: Supremo Tribunal Federal: ROMS nº 26.071-1/DF, relator Ministro Carlos Britto (Primeira Turma); Superior Tribunal de Justiça: RMS nº 19.257-DF, relator Ministro Arnaldo Esteves de Lima (Quinta Turma); AgRg no Mandado de Segurança nº 20.190-DF, relator Ministro Hamilton Carvalhido (Sexta Turma) ; Súmula nº 377, de 22/04/2009, DJe. de 05/05/2009 (Terceira Seção).

(*) Súmula Consolidada publicado no DOU I de 4, 7 e 8.2.2011

