

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Glaucoma - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
24/10/2017	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não		
24/10/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não	Gostaria de ter a opção salvar o formulário em PDF	
24/10/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Exame de OCT deve ser incluído para controle do tratamento e evolução do caso pois mesmo sem trabalhos com níveis de evidência já é muito utilizado na clínica oftalmológica. Seu uso se justifica pela gravidade dos casos que evoluem apesar dos exames habituais estarem estáveis.	Pelo menos o uso do OCT deveria ser incluído como semiologia que pode trazer benefícios ao paciente.	Clique aqui
25/10/2017	Interessado no tema	Ruim	Sim, Cirurgias Minimamente Invasivas para Glaucoma. Já está no consenso da Sociedade Brasileira de Glaucoma a possibilidade de realizar-se Cirurgias Minimamente Invasivas para Glaucoma (MIGS), que são indicados para pacientes com GPAA (Glaucoma Primário de Ângulo Aberto) e reduz consideravelmente a necessidade de colírios. Isto representa economia para o Governo com gastos de medicamentos.	Hoje existe e já aprovado pela ANVISA a MIGS: Cirurgias Minimamente Invasivas para Glaucoma. Já está no consenso da Sociedade Brasileira de Glaucoma a possibilidade de realizar-se Cirurgias Minimamente Invasivas para Glaucoma (MIGS), que são indicados para pacientes com GPAA (Glaucoma Primário de Ângulo Aberto) e reduz consideravelmente a necessidade de colírios. Isto representa economia para o Governo com gastos de medicamentos.	Clique aqui
26/10/2017	Profissional de saúde	Regular	Não		
26/10/2017	Profissional de saúde	Regular	Não		
26/10/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/10/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Sim, Estes medicamentos são de alto custo e o atendimento feito em clinicas especializadas, ou seja, os pacientes sao encaminhados pela atenção básica e atendidos em serviço especializado. Recomento que sua classificação continue como CEAF, e seu financiamento seja Estadual através das Regionais de Saúde.	
27/10/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
27/10/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
01/11/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não	Ajudaria bastante no tratamento do Glaucoma	
06/11/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
06/11/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não		
06/11/2017	Paciente	Muito boa	Não	Incluir os produtos mais modernos	
08/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, vide item 8	Quanto aos efeitos colaterais das prostaglandinas , o risco de cegueira pelo uso da medicação é inexpressivo diante do risco de cegueira pelo glaucoma , devendo então ser retirado ou acrescentado um índice de porcentagem de ocorrência desse efeito colateral para que esse dado não se torne um fator mais alarmante do que a propria doença glaucomatosa .Outro ponto importante seria possibilitar a introdução das associações fixas de colirios pois permitem maior aderencia ao tratamento , menor exposição aos efeitos colaterais e consequentemente melhor controle da doença .	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/11/2017	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	<p>Sim, Gostaria que a forma farmacêutica "Brimonidina 0,1%" seja incluída dentro do tratamento com "Agonistas alfa-adrenérgicos". A atual forma farmacêutica da brimonidina presente no SUS, a "Brimonidina 0,2%", tende a causar mais efeitos adversos no usuário e ter eficácia inferior à Brimonidina 0,1% em relação à diminuição da PIO (Cantor, L. Brimonidine in the treatment of glaucoma and ocular hypertension. Therapeutic and Clinical Risk Management, 2006). Além disso, a brimonidina 0,1% produzida pela Allergan sob o nome comercial de Alphagan Z[®] possui Carmelose Sódica na formulação, que proporciona maior conforto ocular e lubrificação aos olhos do usuário (Garret et al. Carboxmethylcellulose Binds to Human Corneal Epithelial Cells and is a Modulator of Corneal Epithelial Wound Healing. IOVS, April 2007, Vol. 48, No. 4 – 1559-1567), e apresenta Purite[®] como conservante, que favorece à manutenção do epitélio corneano do usuário (Noecker R. Adv Ther 2001; 18(5): 205-15). Portanto, o saldo da mudança para a Brimonidina 0,1% é positivo para o paciente glaucomatoso, que irá aderir ao tratamento eficaz da brimonidina de forma mais contundente e com isso terá sua visão preservada por mais tempo.</p>		Clique aqui
09/11/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não	Existe necessidade de inclusão de combinações fixas para o Glaucoma, bem como a terapia máxima com 4 classes terapêuticas	
09/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/11/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, o uso de combinações facilita a adesão ao tratamento.		
10/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria de solicitar a inclusão no PCDT das combinações fixas no fluxo de tratamento do Glaucoma, justamente para facilitar a adesão do paciente ao tratamento com o uso de menos instilações diárias.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/11/2017	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Regular	<p>Sim, A Novartis valoriza o trabalho realizado na construção do PCDT e a importância deste olhar profundo e detalhado em relação ao Glaucoma e seu tratamento. Pensando em contribuir com esta nobre iniciativa, sugerimos algumas melhorias conforme pontuado abaixo e anexado como um documento.</p> <p>A. Remoção do evento adverso “cegueira” relacionado aos análogos de prostaglandinas</p> <p>B. Inclusão das combinações fixas no fluxo de tratamento do Glaucoma</p> <p>C. Inclusão do conceito de terapia medicamentosa máxima contemplando as quatro classes terapêuticas atualmente disponíveis</p> <p>D. Recomendação de uso de medicamentos com conservantes menos citotóxicos ou sem conservantes nos casos de pacientes com evidente doença da superfície ocular na vigência de uso de medicações hipotensoras oculares</p> <p>E. Remover a menção: “Deve ser evitada a associação de dois medicamentos de segunda linha, independentemente do tipo de falha...”, da página 18 do PCDTA.</p> <p>Remoção do evento adverso “cegueira” relacionado aos análogos de prostaglandinas</p> <p>É sabido que a cegueira irreversível é uma das consequências de um Glaucoma mal ou não tratado adequadamente, e representa 8% das causas de cegueira no mundo, conforme o último relatório da Organização Mundial de Saúde.⁽¹⁾ Após pesquisa bibliográfica exaustiva, utilizando-se diversas ferramentas de busca, não foi encontrada a relação direta entre cegueira e qualquer análogo de prostaglandina comercialmente disponível hoje no mercado mundial, isto é, na literatura científica não há qualquer evidência que um análogo de prostaglandina cause diretamente a cegueira no paciente que o utiliza como tratamento para o Glaucoma. (Estratégia de busca: ("blindness"[MeSH Terms] OR "blindness"[All Fields]) AND ("prostaglandin analogues"[All Fields] OR "prostaglandins, synthetic"[MeSH Terms] OR "prostaglandins"[All Fields] AND "synthetic"[All Fields]) OR "synthetic prostaglandins"[All Fields]) OR ("prostaglandin"[All Fields] AND "analogs"[All Fields]) OR "prostaglandin analogs"[All Fields])) Além disso, cegueira</p>	No anexo, colocamos o texto com mais detalhes e gráficos relevantes, e incluímos todas as referências bibliográficas utilizadas neste documento.	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>não está descrita na bula, como efeito colateral ou evento adverso reportado e associado ao fármaco, de qualquer um dos análogos de prostaglandina, nem na vigilância pós-comercialização. A ocorrência de cegueira se deve à progressão natural da doença quando há insuficiente adesão ao tratamento ou quando não se alcança a PIO alvo para aquele paciente. Desta forma, pedimos a exclusão do evento adverso “cegueira” em todas as menções relacionadas aos análogos de prostaglandinas. (Páginas 35 e 36 do PCDT.)B. Inclusão das combinações fixas no fluxo de tratamento do GlaucomaO estudo de Chrai et al.(2) realizado em 1974 mostrou de maneira bastante didática a redução da concentração da primeira droga após a instilação da segunda gota de colírio na superfície ocular sem um intervalo adequado, trazendo à tona a importância deste intervalo acima de 5 minutos entre as instilações de medicamentos tópicos oculares. Este fato é de extrema importância para o Glaucoma, onde os pacientes, com a progressão da doença, precisarão utilizar duas ou mais drogas para o controle da pressão intraocular, como mostrado em alguns estudos relevantes na literatura.(3,4) No artigo de Kass et al.(3), 39,7% dos pacientes acompanhados ao longo de 5 anos necessitaram receber a segunda medicação e 9,3% necessitaram 3 ou mais medicações. Esta complexidade posológica, onde o paciente necessita usar múltiplas medicações (duas, três ou quatro) para o controle adequado do glaucoma, o expõe ao cenário de falta de adesão e de ineficácia do tratamento associado ao efeito washout. O efeito washout ocorre quando o paciente não espera tempo suficiente entre uma gota e outra (de pelo menos 5 minutos) e a droga anterior é “lavada” pela nova instilação.(2,5,6) Os estudos sobre adesão ao tratamento do Glaucoma, disponíveis na literatura internacional, trazem o conceito de que múltiplos fatores podem contribuir para melhorá-la. No entanto, na prática clínica oftalmológica, nota-se que as combinações fixas contribuem de modo mais eficaz, tanto na adesão, quanto na redução da PIO, do que geralmente reportado nos estudos clínicos de fase III das</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>combinações fixas. Um estudo específico, feito por Choudhri et al.(7), evidencia o quanto a mudança do tratamento do Glaucoma em pacientes que previamente usavam duas medicações em frascos separados e que passam a usar as mesmas drogas em um único frasco (combinação fixa – CF), contribui com a eficácia do tratamento e a melhora da adesão.Os autores deste estudo enfatizam que, para pacientes com glaucoma, usar duas medicações em frascos separados se torna um inconveniente e contribui para a redução da taxa de adesão ao tratamento. Ao mudar o tratamento deste paciente, oferecendo-lhe as mesmas drogas como combinação fixa e facilitando sua posologia, isto contribui com a melhora da adesão e da eficácia do tratamento. Concluem, também, que a explicação mais lógica para esta superior eficácia da CF neste estudo, diferentemente do que pode ser encontrado nos típicos estudos, extremamente rigorosos, de fase III, é que o paciente tem uma evidente melhor adesão ao tratamento e uma mais confiável utilização dos medicamentos recomendados.(7)Este estudo clínico foi realizado com as medicações maleato de timolol e dorzolamida, mas os resultados conceituais sobre adesão e superior eficácia esperada com a CF podem ser extrapolados para todas as outras combinações fixas disponíveis para o tratamento(7-12), como iremos mostrar no estudo a seguir, realizado por Lanzl et al. com a combinação fixa de brinzolamida e brimonidina (CFBB).(11)Dentre os resultados encontrados, ficou evidente a superioridade, estatisticamente significativa, da CFBB versus as duas drogas usadas em combinação não fixa (em frascos separados). O gráfico abaixo (figura 2) demonstra de maneira evidente e significativa a redução adicional de 1,7mmHg ($p<0,0001$) que a CFBB proporcionou ao paciente versus o tratamento prévio com inibidor de anidrase carbônica + brimonidina em frascos separados.(11)Portanto, os estudos acima descritos suportam e exemplificam a afirmação que a CF proporciona, significativamente, melhor eficácia de tratamento quando comparada às mesmas drogas usadas em combinação não fixa, comprovando sua</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>superioridade terapêutica claramente percebida na prática clínica oftalmológica (vida real).(5-12)Por isso, solicitamos a inclusão das combinações fixas como opção terapêutica no PCDT do Glaucoma em revisão.C. Inclusão do conceito de terapia medicamentosa máxima contemplando as quatro classes terapêuticas atualmente disponíveisCom a introdução de novas drogas e novas formulações para o tratamento do glaucoma, que incluem as combinações fixas e as formulações sem cloreto de benzalcônio como conservante, o conceito de terapia medicamentosa máxima no tratamento do glaucoma mudou consistentemente. O tratamento agora pode ser instituído de modo bastante individualizado, respeitando as necessidades de cada paciente, e o médico pode prescrever, quando necessário, as quatro classes terapêuticas disponíveis, sendo este o conceito mais atual da terapia medicamentosa máxima.(13,14,15) Desta forma, solicitamos a inclusão do conceito de terapia medicamentosa máxima, contemplando a possibilidade de utilização das quatro classes terapêuticas atualmente disponíveis quando necessário. O emprego da terapia máxima deve ser feito, preferencialmente na forma de combinações fixas, trazendo maior conveniência aos pacientes e facilitando a adesão ao tratamento.D. Recomendação de uso de medicamentos com conservantes menos citotóxicos ou sem conservantes nos casos de pacientes com evidente doença da superfície ocular na vigência de uso de medicações hipotensoras ocularesDesde 1944, quando Swan(16,17) encontrou relação entre exposição a diferentes concentrações de cloreto de benzalcônio (BAC) e achados clínicos também respectivamente diferentes, muitos outros estudos clínicos e experimentais têm sido realizados para suportar a noção de que o efeito tóxico do BAC está primariamente relacionado à sua concentração.(17) Um dos estudos mais ilustrativos é o de Chen et al.(17) que evidencia uma relação direta entre concentração de BAC e alterações corneais. Neste estudo in vivo, em coelhos brancos machos da linhagem Nova Zelândia, os</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>investigadores puderam evidenciar que concentrações mais altas de BAC induzem edema de células epiteliais da superfície da córnea e agridem de maneira mais significativa a integridade da barreira epitelial corneal. Além disso, encontraram evidências de que BAC nas concentrações de 0,05% e 0,1% causam inflamação e aumento de densidade celular na córnea. Outro aspecto evidenciado foi o de alterações na espessura corneal. BAC na concentração de 0,1% levou a um aumento significativo da espessura central e da permeabilidade endotelial da córnea, o que não aconteceu com o BAC nas concentrações de 0,05% e 0,01%. Este achado comprova que BAC em altas concentrações pode causar edema corneal significativo como resultado da perda da função de barreira corneal e de dano significativo às junções celulares endoteliais.(17) Portanto, oferecer ao paciente com glaucoma medicações que contenham menos BAC, como a recém-lançada combinação fixa de brinzolamida e brimonidina, que oferece uma redução de 85% do BAC versus a utilização das duas drogas como combinação não fixa(18), ou mesmo formulações com conservantes ditos mais seguros(17,19-21), como o poliquartenium-1(22), o complexo oxiclоро(23), e formulações sem conservantes(21), proporcionam um tratamento menos agressivo à superfície ocular e causam menos lesões e de menor intensidade nos olhos expostos a este tratamento.(17,21) Desta forma, solicitamos a inclusão da Recomendação de uso de medicamentos com conservantes menos citotóxicos ou sem conservantes nos casos de pacientes com evidente doença da superfície ocular na vigência de uso de medicações hipotensoras oculares.E. Remover a menção: “Deve ser evitada a associação de dois medicamentos de segunda linha, independentemente do tipo de falha...”, da página 18 do PCDTCom o recente lançamento da combinação fixa de brinzolamida e brimonidina (CFBB), vários estudos clínicos foram publicados provando o efeito aditivo entre estes dois fármacos(11,18,24), mencionados na segunda linha de tratamento. No estudo de Aung et al.(24), os pesquisadores comprovam que a associação de</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>brinzolamida e brimonidina apresenta uma redução de pressão intraocular maior, na ordem de 1,4mmHg menor, favorável à CFBB versus a brinzolamida ($p<0,0001$), e na ordem de 1,5mmHg menor favorável à CFBB versus a brimonidina ($p<0,0001$). Desta forma, a utilização de dois fármacos da mesma linha terapêutica agrega valor positivo no tratamento do glaucoma, visto que é consenso existir expressiva redução do risco de progressão do glaucoma ao redor de 10% para cada 1mmHg reduzido na pressão intraocular do paciente.(4,25,26) Portanto, solicitamos a exclusão deste conceito mencionado no PCDT, visto que a associação destes fármacos de duas classes terapêuticas diferentes, sendo a brimonidina um alfa-agonista, e a brinzolamida ou dorzolamida inibidores da anidrase carbônica, acrescenta valor terapêutico significativo para o paciente, que em alguns casos necessita utilizar estas duas classes terapêuticas em conjunto ou mesmo alcançar a terapia medicamentosa máxima com três ou quatro classes terapêuticas, otimizada com a utilização de combinações fixas.</p>		
10/11/2017	Profissional de saúde	Muito ruim	Sim, Sugiro a retirada do efeito adverso cegueira como efeito adverso das prostaglandinas.		
10/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/11/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Como profissional oftalmologista, notei que existem diversos conceitos que deveriam constar deste novo PCDT, e outros conceitos que devem ser obrigatoriamente removidos, conforme pontuado abaixo:</p> <p>A. Remoção do evento adverso “cegueira” relacionado aos análogos de prostaglandinas</p> <p>B. Remover a menção: “Deve ser evitada a associação de dois medicamentos de segunda linha, independentemente do tipo de falha...”, da página 18 do PCDT.</p> <p>C. Inclusão do conceito de terapia medicamentosa máxima contemplando as quatro classes terapêuticas atualmente disponíveis</p> <p>D. Inclusão das combinações fixas no fluxo de tratamento do Glaucoma</p> <p>E. Recomendação de uso de medicamentos com conservantes menos citotóxicos ou sem conservantes nos casos de pacientes com evidente doença da superfície ocular na vigência de uso de medicações hipotensoras oculares</p> <p>Quando avaliamos a cegueira, ela está diretamente relacionada à evolução da doença e não há qualquer menção deste evento adverso na literatura científica e farmacológica, relacionada aos análogos de prostaglandinas. Desta forma, está incorreto afirmar que a cegueira seja um evento adverso diretamente ligado aos análogos de prostaglandinas. Por isso, venho aqui solicitar a exclusão desta palavra nos itens de eventos adversos dos análogos de prostaglandinas.</p> <p>Pensando nas classes terapêuticas dos fármacos hipotensores oculares, é consenso na literatura que a redução de 1 mmHg já é considerada clinicamente significativa. Portanto, qualquer associação de drogas, de classes diferentes, que contribua com a redução de 1 (um) ou mais mmHg, deve ser considerada relevante. Quando olhamos as diversas associações medicamentosas hipotensoras oculares feitas no manejo de um paciente com glaucoma, nota-se que qualquer combinação de drogas entre as 4 classes terapêuticas, é significativamente relevante. Portanto, afirmar que não devemos usar a associação entre um alfa-agonista e um inibidor de anidrase carbônica tópicos, fere os preceitos científicos até hoje aceitos por toda a comunidade oftalmológica</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>mundial e limita o paciente de alcançar o melhor tratamento medicamentoso atualmente disponível. Assim, peço-lhes que seja removida a proibição da associação entre alfa-agonistas e inibidores da anidrase carbônica, conforme mencionado no item B acima, permitindo, assim, que nossos pacientes tenham acesso ao melhor tratamento medicamentoso que ele necessitar para o controle do glaucoma, e que as drogas alfa-agonistas e inibidores da anidrase carbônica sejam consideradas classes independentes e associáveis entre elas. Atualmente, com o surgimento de novas formulações e de novas combinações fixas hipotensoras oculares, o conceito de terapia medicamentosa máxima reforça a utilização das 4 classes terapêuticas disponíveis para tratamento do glaucoma. A melhor definição deste conceito é podermos associar as 4 classes, de acordo com a necessidade e tolerabilidade individual de cada paciente, visto que elas têm eficácia aditiva e significativamente relevante entre as drogas, e com formulações que minimizam o impacto da falta de adesão e das alterações de superfície ocular, já que hoje temos composições com menos cloreto de benzalcônio, com conservantes seguros e sem conservantes. Considerando as diversas causas de falha no tratamento do glaucoma, algumas delas podem ser modificáveis, como a falta de adesão ao tratamento e as intolerâncias medicamentosas. As combinações fixas hoje disponíveis no mercado brasileiro e mundial oferecem um excelente recurso no tratamento medicamentoso do glaucoma, pois permitem ao médico e ao paciente obterem um controle de pressão intraocular adequado, com a instilação de menos gotas por dia e com menor impacto deletério à superfície ocular. Todos estes aspectos aqui comentados e alguns outros mais são sempre evidenciados na literatura científica como pontos altamente relevantes favoráveis às combinações fixas. Por isso, solicito que a opção de utilização de combinações fixas no tratamento do glaucoma seja explicitamente incluída neste PCDT, visando a melhora da adesão ao tratamento, o aumento da eficácia do tratamento, e a minimização das</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>alterações de superfície ocular, oferecendo benefícios concretos ao paciente. Por fim, mas não menos importante, incluir as opções de formulações com conservantes mais seguros e menos citotóxicos, como as formulações com poliquartenium-1, complexo oxiclоро, e formulações sem conservantes, pode ser um grande diferencial de sucesso no tratamento do glaucoma, ao oferecermos recursos terapêuticos menos agressivos à superfície ocular. Agradeço antecipadamente a atenção a estes pontos. Referências pesquisadas: 1. Aung, T., Laganovska, G., Paredes, T. J. H., Branch, J. D., Tsorbatzoglou, A., & Goldberg, I. (2014). Twice-daily brinzolamide/brimonidine fixed combination versus brinzolamide or brimonidine in open-angle glaucoma or ocular hypertension. <i>Ophthalmology</i>, 121(12), 2348-2355. 2. Eske, M. C., Heijl, A., Hyman, L., & Bengtsson, B. (1999). Early manifest glaucoma trial. <i>Ophthalmology</i>, 106(11), 2144-2153. 3. European Glaucoma Society (2014) Terminology and guidelines for glaucoma. In: EGS Guidelines, 4th edn. Dogma Srl, Savona Italy. 4. Gandolfi, S. A., Lim, J., Sanseau, A. C., Restrepo, J. C. P., & Hamacher, T. (2014). Randomized trial of brinzolamide/brimonidine versus brinzolamide plus brimonidine for open-angle glaucoma or ocular hypertension. <i>Advances in therapy</i>, 31(12), 1213-1227. 5. Mass MA, Heuer DK, Higginbotham EJ, et al. The Ocular Hypertension Treatment Study: a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma. <i>Arch Ophthalmol</i>. 2002; 120(6):701-713. 6. Richter PR, Musch DC, Gillespie BW, et al; CIGTS Study Group. Interim clinical outcomes in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study comparing initial treatment randomized to medications or surgery. <i>Ophthalmology</i>. 2001; 108(11):1943-1953. 7. Wilensky, J., et al., Measurement of persistence and adherence to regimens of IOP-lowering glaucoma medications using pharmacy claims data. <i>Am J Ophthalmol</i> 2006. 141(1 Suppl):S28-33. 8. Santos-Bueso, E. et al. Glaucoma treatment compliance. <i>Arch Soc Esp Oftalmol</i>. 2014 Jul;89(7):297-8. doi:</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>10.1016/j.oftal.2013.11.001. Epub 2013 Dec 12.</p> <p>9. Soltau, J. B., & Zimmerman, T. J. (2002). Changing paradigms in the medical treatment of glaucoma. <i>Survey of ophthalmology</i>, 47, S2-S5.</p> <p>10. Alouda, P., Keskini, C., Anastasopoulos, E., & Topouzis, F. (2017). Achievements and Limits of Current Medical Therapy of Glaucoma. In <i>Glaucoma Surgery</i> (Vol. 59, pp. 1-14). Karger Publishers.</p> <p>11. Michele Vetrugno, Maurizio G. Uva, Vincenzo Russo, Michele Iester, Marco Ciancaglini, Paolo Brusini, Marco Centofanti, and Luca M. Rossetti. Oral Administration of Forskolin and Rutin Contributes to Intraocular Pressure Control in Primary Open Angle Glaucoma Patients Under Maximum Tolerated Medical Therapy. <i>Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics</i>. September 2012, 28(5): 536-541. https://doi.org/10.1089/jop.2012.0021.</p> <p>12. Swan KC. (1944) Reactivity of the ocular tissue to wetting agents. <i>Am J Ophthalmol</i> 27: 1118–1122.</p> <p>13. Chen W, Li Z, Hu J, Zhang Z, Chen L, et al. (2011) Corneal Alterations Induced by Topical Application of Benzalkonium Chloride in Rabbit. <i>PLoS ONE</i> 6(10): e26103. doi:10.1371/journal.pone.0026103</p> <p>14. Reichtner, Robert D. et al. Prevalence of ocular surface complaints in patients with glaucoma using topical intraocular pressure-lowering medications. <i>Cornea</i>, v. 29, n. 6, p. 618-621, 2010.</p> <p>15. Kalicky, Simon E.; Goldberg, Ivan; Mccluskey, Peter. Ocular surface disease and quality of life in patients with glaucoma. <i>American journal of ophthalmology</i>, v. 153, n. 1, p. 1-9. e2, 2012.</p> <p>16. Gomes, José Álvaro P. et al. TFOS DEWS II iatrogenic report. <i>The Ocular Surface</i>, v. 15, n. 3, p. 511-538, 2017.</p> <p>17. Lewis, R. A., Katz, G. J., Weiss, M. J., Landry, T. A., Dickerson, J. E., James, J. E., ... & Bergamini, M. V. (2007). Travoprost 0.004% with and without benzalkonium chloride: a comparison of safety and efficacy. <i>Journal of glaucoma</i>, 16(1), 98-103.</p> <p>18. Noecker, R. J., Herrygers, L. A., & Anwaruddin, R. (2004). Corneal and conjunctival changes caused by commonly used glaucoma medications. <i>Cornea</i>, 23(5), 490-496.</p> <p>19. Dhouhri, S. et al. A comparison of dorzolamide–timolol combination versus the concomitant drugs. <i>American journal of</i></p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/11/2017	Profissional de Boa saúde		<p>Sim, No que tange ao Diagnóstico, faltam dois itens IMPESCINDÍVEIS para o diagnóstico e acompanhamento do Glaucoma; São eles: Paquimetria corneana (mede a espessura central da córnea que vai se correlacionar com a medida da PIO, principalmente nos casos de hipertensão ocular) e Gonioscopia (avalia o ângulo para saber se é aberto, fechado ou se há outra alteração que possa alterar a pressão ocular.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/11/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Como profissional oftalmologista, notei que existem diversos conceitos que deveriam constar deste novo PCDT, e outros conceitos que devem ser obrigatoriamente removidos, conforme pontuado abaixo:</p> <p>A. Remoção do evento adverso “cegueira” relacionado aos análogos de prostaglandinas</p> <p>B. Remover a menção: “Deve ser evitada a associação de dois medicamentos de segunda linha, independentemente do tipo de falha...”, da página 18 do PCDT.</p> <p>C. Inclusão do conceito de terapia medicamentosa máxima contemplando as quatro classes terapêuticas atualmente disponíveis</p> <p>D. Inclusão das combinações fixas no fluxo de tratamento do Glaucoma</p> <p>E. Recomendação de uso de medicamentos com conservantes menos citotóxicos ou sem conservantes nos casos de pacientes com evidente doença da superfície ocular na vigência de uso de medicações hipotensoras oculares</p> <p>Quando avaliamos a cegueira, ela está diretamente relacionada à evolução da doença e não há qualquer menção deste evento adverso na literatura científica e farmacológica, relacionada aos análogos de prostaglandinas. Desta forma, está incorreto afirmar que a cegueira seja um evento adverso diretamente ligado aos análogos de prostaglandinas. Por isso, venho aqui solicitar a exclusão desta palavra nos itens de eventos adversos dos análogos de prostaglandinas.</p> <p>Pensando nas classes terapêuticas dos fármacos hipotensores oculares, é consenso na literatura que a redução de 1 mmHg já é considerada clinicamente significativa. Portanto, qualquer associação de drogas, de classes diferentes, que contribua com a redução de 1 (um) ou mais mmHg, deve ser considerada relevante. Quando olhamos as diversas associações medicamentosas hipotensoras oculares feitas no manejo de um paciente com glaucoma, nota-se que qualquer combinação de drogas entre as 4 classes terapêuticas, é significativamente relevante. Portanto, afirmar que não devemos usar a associação entre um alfa-agonista e um inibidor de anidrase carbônica tópicos, fere os preceitos científicos até hoje aceitos por toda a comunidade oftalmológica</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>mundial e limita o paciente de alcançar o melhor tratamento medicamentoso atualmente disponível. Assim, peço-lhes que seja removida a proibição da associação entre alfa-agonistas e inibidores da anidrase carbônica, conforme mencionado no item B acima, permitindo, assim, que nossos pacientes tenham acesso ao melhor tratamento medicamentoso que ele necessitar para o controle do glaucoma, e que as drogas alfa-agonistas e inibidores da anidrase carbônica sejam consideradas classes independentes e associáveis entre elas. Atualmente, com o surgimento de novas formulações e de novas combinações fixas hipotensoras oculares, o conceito de terapia medicamentosa máxima reforça a utilização das 4 classes terapêuticas disponíveis para tratamento do glaucoma. A melhor definição deste conceito é podermos associar as 4 classes, de acordo com a necessidade e tolerabilidade individual de cada paciente, visto que elas têm eficácia aditiva e significativamente relevante entre as drogas, e com formulações que minimizam o impacto da falta de adesão e das alterações de superfície ocular, já que hoje temos composições com menos cloreto de benzalcônio, com conservantes seguros e sem conservantes. Considerando as diversas causas de falha no tratamento do glaucoma, algumas delas podem ser modificáveis, como a falta de adesão ao tratamento e as intolerâncias medicamentosas. As combinações fixas hoje disponíveis no mercado brasileiro e mundial oferecem um excelente recurso no tratamento medicamentoso do glaucoma, pois permitem ao médico e ao paciente obterem um controle de pressão intraocular adequado, com a instilação de menos gotas por dia e com menor impacto deletério à superfície ocular. Todos estes aspectos aqui comentados e alguns outros mais são sempre evidenciados na literatura científica como pontos altamente relevantes favoráveis às combinações fixas. Por isso, solicito que a opção de utilização de combinações fixas no tratamento do glaucoma seja explicitamente incluída neste PCDT, visando a melhora da adesão ao tratamento, o aumento da eficácia do tratamento, e a minimização das</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>alterações de superfície ocular, oferecendo benefícios concretos ao paciente. Por fim, mas não menos importante, incluir as opções de formulações com conservantes mais seguros e menos citotóxicos, como as formulações com poliquartenium-1, complexo oxiclоро, e formulações sem conservantes, pode ser um grande diferencial de sucesso no tratamento do glaucoma, ao oferecermos recursos terapêuticos menos agressivos à superfície ocular. Agradeço antecipadamente a atenção a estes pontos. Referências pesquisadas: 1. Aung, T., Laganovska, G., Paredes, T. J. H., Branch, J. D., Tsorbatzoglou, A., & Goldberg, I. (2014). Twice-daily brinzolamide/brimonidine fixed combination versus brinzolamide or brimonidine in open-angle glaucoma or ocular hypertension. <i>Ophthalmology</i>, 121(12), 2348-2355. 2. Eske, M. C., Heijl, A., Hyman, L., & Bengtsson, B. (1999). Early manifest glaucoma trial. <i>Ophthalmology</i>, 106(11), 2144-2153. 3. European Glaucoma Society (2014) Terminology and guidelines for glaucoma. In: EGS Guidelines, 4th edn. Dogma Srl, Savona Italy. 4. Gandolfi, S. A., Lim, J., Sanseau, A. C., Restrepo, J. C. P., & Hamacher, T. (2014). Randomized trial of brinzolamide/brimonidine versus brinzolamide plus brimonidine for open-angle glaucoma or ocular hypertension. <i>Advances in therapy</i>, 31(12), 1213-1227. 5. Mass MA, Heuer DK, Higginbotham EJ, et al. The Ocular Hypertension Treatment Study: a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma. <i>Arch Ophthalmol</i>. 2002; 120(6):701-713. 6. Richter PR, Musch DC, Gillespie BW, et al; CIGTS Study Group. Interim clinical outcomes in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study comparing initial treatment randomized to medications or surgery. <i>Ophthalmology</i>. 2001; 108(11):1943-1953. 7. Wilensky, J., et al., Measurement of persistence and adherence to regimens of IOP-lowering glaucoma medications using pharmacy claims data. <i>Am J Ophthalmol</i> 2006. 141(1 Suppl):S28-33. 8. Santos-Bueso, E. et al. Glaucoma treatment compliance. <i>Arch Soc Esp Oftalmol</i>. 2014 Jul;89(7):297-8. doi:</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>10.1016/j.oftal.2013.11.001. Epub 2013 Dec 12.</p> <p>9. Soltau, J. B., & Zimmerman, T. J. (2002). Changing paradigms in the medical treatment of glaucoma. <i>Survey of ophthalmology</i>, 47, S2-S5.</p> <p>10. Alouda, P., Keskini, C., Anastasopoulos, E., & Topouzis, F. (2017). Achievements and Limits of Current Medical Therapy of Glaucoma. In <i>Glaucoma Surgery</i> (Vol. 59, pp. 1-14). Karger Publishers.</p> <p>11. Michele Vetrugno, Maurizio G. Uva, Vincenzo Russo, Michele Iester, Marco Ciancaglini, Paolo Brusini, Marco Centofanti, and Luca M. Rossetti. Oral Administration of Forskolin and Rutin Contributes to Intraocular Pressure Control in Primary Open Angle Glaucoma Patients Under Maximum Tolerated Medical Therapy. <i>Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics</i>. September 2012, 28(5): 536-541. https://doi.org/10.1089/jop.2012.0021.</p> <p>12. Swan KC. (1944) Reactivity of the ocular tissue to wetting agents. <i>Am J Ophthalmol</i> 27: 1118–1122.</p> <p>13. Chen W, Li Z, Hu J, Zhang Z, Chen L, et al. (2011) Corneal Alterations Induced by Topical Application of Benzalkonium Chloride in Rabbit. <i>PLoS ONE</i> 6(10): e26103. doi:10.1371/journal.pone.0026103</p> <p>14. Reichtner, Robert D. et al. Prevalence of ocular surface complaints in patients with glaucoma using topical intraocular pressure-lowering medications. <i>Cornea</i>, v. 29, n. 6, p. 618-621, 2010.</p> <p>15. Kalicky, Simon E.; Goldberg, Ivan; Mccluskey, Peter. Ocular surface disease and quality of life in patients with glaucoma. <i>American journal of ophthalmology</i>, v. 153, n. 1, p. 1-9. e2, 2012.</p> <p>16. Gomes, José Álvaro P. et al. TFOS DEWS II iatrogenic report. <i>The Ocular Surface</i>, v. 15, n. 3, p. 511-538, 2017.</p> <p>17. Lewis, R. A., Katz, G. J., Weiss, M. J., Landry, T. A., Dickerson, J. E., James, J. E., ... & Bergamini, M. V. (2007). Travoprost 0.004% with and without benzalkonium chloride: a comparison of safety and efficacy. <i>Journal of glaucoma</i>, 16(1), 98-103.</p> <p>18. Noecker, R. J., Herrygers, L. A., & Anwaruddin, R. (2004). Corneal and conjunctival changes caused by commonly used glaucoma medications. <i>Cornea</i>, 23(5), 490-496.</p> <p>19. Dhouhri, S. et al. A comparison of dorzolamide–timolol combination versus the concomitant drugs. <i>American journal of</i></p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>ophthalmology, 130(6), 832-833.20. Marcella Nebbioso, Mariasilvia Evangelista, Aloisa Librando, Dario Di Blasio & Nicola Pescosolido (2012) Fixed topical combinations in glaucomatous patients and ocular discomfort, Expert Opinion on Pharmacotherapy, 13:13, 1829-1835, DOI:10.1517/14656566.2012.70583021. Toni, F. J. (2005). 12-week study comparing the fixed combination of brimonidine and timolol with concomitant use of the individual components in patients with glaucoma and ocular hypertension. European journal of ophthalmology, 15(5), 581-590.22. Aptel & P. Denis (2011) Balancing efficacy and tolerability of prostaglandin analogues and prostaglandin-timolol fixed combinations in primary open-angle glaucoma, Current Medical Research and Opinion, 27:10, 1949-1958, DOI: 10.1185/03007995.2011.61392323. Joseph, A. and Pasquale, L.R. Attributes Associated with Adherence to Glaucoma Medical Therapy and its Effects on Glaucoma Outcomes: An Evidence-Based Review and Potential Strategies to Improve Adherence. Semin Ophthalmol. 2017;32(1):86-90. doi: 10.1080/08820538.2016.1228406. Epub 2016 Oct 28</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, Gostaria que a forma farmacêutica "Brimonidina 0,1%" seja alterada dentro do tratamento com "Agonistas alfa-adrenérgicos". A atual forma farmacêutica da brimonidina presente no SUS, a "Brimonidina 0,2%", tende a causar mais efeitos adversos no usuário e ter eficácia inferior à Brimonidina 0,1% em relação à diminuição da PIO1. Além disso, há formulação de brimonidina 0,1% contendo Carmelose Sódica, que proporciona maior conforto ocular e lubrificação aos olhos do usuário2 e também o Purite® como conservante, que favorece à manutenção do epitélio corneano do usuário3. Portanto, o saldo da mudança para a Brimonidina 0,1% é muito positivo para o paciente glaucomatoso, que se beneficiará da maior eficácia da brimonidina 0,1% com melhor adesão ao tratamento resultando no controle mais adequado da doença e conseqüentemente na preservação da sua visão a longo prazo.1. Cantor, L. Brimonidine in the treatment of glaucoma and ocular hypertension. Therapeutic and Clinical Risk Management, 2006.2. Garret et al. Carboxmethylcellulose Binds to Human Corneal Epithelial Cells and is a Modulator of Corneal Epithelial Wound Healing. IOVS, April 2007, Vol. 48, No. 4 – 1559-15673. Noecker R. Adv Ther 2001; 18(5): 205-15.</p>	não	Clique aqui
10/11/2017	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	<p>Sim, Na página 34 do PCDT, dentro do "Termo de Esclarecimento e Responsabilidade", há a informação de que a Bimatoprost pode causar cegueira. A Bimatoprost 0,03% produzida pela Allergan sob o nome comercial Lumigan® não apresenta esta adversidade em bula e os estudos de segurança comprovam que o produto não causa cegueira. Gostaríamos que este ponto do PCDT seja revisado, baseado nas informações em anexo (1. Bula Lumigan® para profissionais da saúde; 2. Efficacy and Safety of Bimatoprost 0.03% (Lumigan®) in Large-Scale, Open-Label Clinical Trial. David Lee, Ronald Gross, Thomas Mundorf, Todd Severin).</p>		Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Diminuir burocracia no preenchimento do formulário, receita e relatório médico. So o formulário e suficiente pois nele consta as informações para o paciente retirar os colírios.Muito tempo perdido no preenchimento repetitivo dos mesmos dados do paciente.	Clique aqui
10/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Sim, Pacientes glaucomatosos com contra-indicação para maleato timolol 0.5% e alérgicos a análogos de prostaglandinas ou protamidas se beneficiam da associação de 02 colírios de segunda linha quando não se consegue somente com um medicamento. Pacientes com glaucoma avançado evitam procedimentos a LASER ou cirúrgicos com associações de primeira linha com segunda linha e terceira linha. Enquanto aguardam cirurgia pacientes com PIO sem atingir o alvo e com progressão se beneficiam com associação das três linhas com pilocarpina e acetazolamida. A acetazolamida em pacientes magros, debilitados e muito idosos pode receber a dosagem da acetazolamida pela metade. Pacientes com hipertensão ocular sem glaucoma e com fatores de riscos aumentados deveriam ser beneficiados pelos programa.	Todos pacientes glaucomatosos devem ser avaliados trimestralmente devido a dificuldade de avaliar os fatores de progressão e a carência da população.	
11/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, Gostaria que a forma farmacêutica "Brimonidina 0,1%" seja alterada dentro do tratamento com "Agonistas alfa-adrenérgicos". A atual forma farmacêutica da brimonidina presente no SUS, a "Brimonidina 0,2%", tende a causar mais efeitos adversos no usuário e ter eficácia inferior à Brimonidina 0,1% em relação à diminuição da PIO¹. Além disso, há formulação de brimonidina 0,1% contendo Carmelose Sódica, que proporciona maior conforto ocular e lubrificação aos olhos do usuário² e também o Purite® como conservante, que favorece à manutenção do epitélio corneano do usuário³. Portanto, o saldo da mudança para a Brimonidina 0,1% é muito positivo para o paciente glaucomatoso, que se beneficiará da maior eficácia da brimonidina 0,1% com melhor adesão ao tratamento resultando no controle mais adequado da doença e conseqüentemente na preservação da sua visão a longo prazo.¹ Cantor, L. Brimonidine in the treatment of glaucoma and ocular hypertension. Therapeutic and Clinical Risk Management, 2006.² Garret et al. Carboxmethylcellulose Binds to Human Corneal Epithelial Cells and is a Modulator of Corneal Epithelial Wound Healing. IOVS, April 2007, Vol. 48, No. 4 - 1559-15673. Noecker R. Adv Ther 2001; 18(5): 205-15.</p>		
12/11/2017	Paciente	Muito boa	Não		
12/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Sim, Gostaria de comentar quanto ao item 7 (sete) do relatório PCDT, exposto em sua página 13 (treze). Inicialmente gostaria de me apresentar brevemente: sou médico oftalmologista formado pela Universidade Federal da Bahia, com título de residência médica em oftalmologia devidamente registrado no órgão competente. Tenho experiência em oftalmologia e principalmente no manejo de pacientes com suspeita ou com diagnóstico de glaucoma há cerca de 15 anos e presto assistência principalmente as pessoas de baixa renda. Em relação ao item sete, observo em seu penúltimo parágrafo que esse protocolo “restringe-se a estabelecer as condutas medicamentosas”, o que me parece uma restrição equivocada em função do exposto adiante. Quanto a isto, informo que existe há mais de uma década o tratamento a laser com equivalência ao tratamento com os colírios mais potentes existentes na atualidade, esta técnica é conhecida como Trabeculoplastia Seletiva a Laser (TSL ou SLT, do termo em inglês). No artigo em anexo, bem como em outros inúmeros existentes na literatura, são expostas inúmeras evidências do benefício deste tipo de tratamento, comprovando sua eficácia terapêutica e melhor custo-efetividade quando comparado o laser com os colírios mais potentes, disponíveis atualmente. Além disso, temos que considerar a efetividade reduzida dos colírios em função do desperdício que ocorre em seu uso, pois muitos idosos acabam pingando suas gotas fora dos olhos. É importante que os médicos tenham acesso a esta tecnologia e que sejam os serviços devidamente remunerados, havendo assim uma melhor utilização do recurso público em prol da saúde ocular do paciente com glaucoma. É importante frisar aqui que os colírios tem um papel importante e são relevantes na conduta do paciente com glaucoma, porém o laser tem sido sub-utilizado. Acredito que isto ocorre em função da ausência deste debate e de que também a uma remuneração insuficiente para a técnica de trabeculoplastia, possivelmente fruto de uma época em que esta técnica apresentava alto grau de dificuldade de aplicação e de baixa remuneração por parte do</p>	<p>Sim, sobre o uso de modernas tecnologias devidamente testadas a nível mundial e não comentadas neste documento, as quais contemplam potencial modificação no curso da doença Glaucoma para milhares de brasileiros, possivelmente incorrendo em redução de custos para o sistema de saúde do nosso país. Porém, neste momento, prefiro focar neste a discussão proposta sobre "proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma", conforme título do documento oficial da consulta pública de número 56 (cinquenta e seis) publicada no seguinte endereço eletrônico: http://conitec.gov.br/consultas-publicas</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			governo.Estou a disposição para maiores informações.Honassys R Rocha SilvaMedico OftalmologistaCRM-Ba 13076		
12/11/2017	Sociedade médica	Regular	Sim, Gostariamos de alterar o texto para incluir outra forma de tratamento, a trabeculoplastia seletiva a laser, que tem custo-beneficio para ser usada no ambito do SUS.		Clique aqui
12/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, 1- Apesar de a Tafluprosta ter um poder de redução de pressão intra-ocular inferior ao das demais prostaglandinas, ela é a única medicação anti-hipertensiva ocular no mercado brasileiro sem conservante, por enquanto. Para pacientes que desenvolverem intolerância às outras medicações é muitas vezes a única alternativa de tratamento tópico.2 - No termo fornecido aos pacientes, consta que a bimatoprosta e a travoprosta podem causar cegueira. Não há estudos que comprovem este efeito. Além disso, se estas duas causassem, a latanoprosta, também uma prostaglandina, também deveria ter este efeito descrito.		
12/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	gostaria que testes de eficacia de drogas genericas em formato de colirio fossem melhor estudadas por instituições capacitadas bem como por universidades capacitadas	
13/11/2017	Sociedade médica	Regular	Sim, Proposta de inclusao do exame complementar "tomografia de coerencia optica", consubstanciada na literatura medica.		Clique aqui
13/11/2017	Sociedade médica	Regular	Sim, Ha equívocos conceituais no texto para os quais sugerimos alteracoes, que sao relevantes para a aplicacao desta Diretriz.		Clique aqui
13/11/2017	Sociedade médica	Regular	Sim, Desejamos contribuir com informacoes sobre o tratamento medicamentoso, de forma a torna-lo mais eficiente, considerando o custo-beneficio.		Clique aqui
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, A NECESSIDADE DE INCLUIR EXAMES DE CAMPIMETRIA, RETINOGRAFIA E OCT (TOMOGRAFIA DE COERENCIA ÓPTICA) PARA ANÁLISE DE PROGRESSÃO DA DOENÇA EM PACIENTES PORTADORES DE GLAUCOMA. DA MESMA FORMA QUE EXISTEM OS RETORNOS NO CONSULTORIO PARA CADA ESTÁGIO DO GLAUCOMA, ECISTEM TAMBEM A NECESSIDADE DE SE REPETIR ESTES EXAMES COM O MESMO OBJETIVO. ELES TAMBEM SÃO IMPORTANTES NA AVALIAÇÃO DE PROGRESSÃO DA DOENÇA.	O SUS PODERIA SE ADEQUAR NA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAÇÕES COMBINADAS, OU SEJA, ASSOCIAÇÃO DE DROGAS PARA GLAUCOMA NUM UNICO COLIRIO, O QUE FACILITARIA A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO CLINICO.	
13/11/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, inclusão de combinações fixas1-13, a exclusão de evento adverso não relacionado diretamente aos análogos de prostaglandinas1,14, a inserção do conceito de terapia medicamentosa máxima15-19 e a recomendação do uso de medicamentos com componentes conservantes mais seguros para os casos de doença da superfície ocular21-24	Nao	
13/11/2017	Interessado no tema	Muito boa	Sim, Incluir no tratamento do glaucoma o uso de combinações fixas;Permitir a associação de dois medicamentos de segunda linhas, independetemente do tipo de falha;Incluir o conceito de terapia medicamentosa máxima que contempla as quatro classes terapêuticas dhoje disponíveis.		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Regular	<p>Sim, Trabalho com Oftalmologia a 17 anos e gostaria de pontuar algumas coisas que poderiam ser alteradas e acredito que possam fazer diferença para o paciente que possui o Glaucoma:1. Durante todo o tempo que trabalho com o glaucoma percebo que muitos pacientes tem dificuldade em lembrar de utilizar o colirio. Sem dúvida o uso das combinações fixas melhoram a vida do paciente que precisa de utilizar mais de uma droga. Porém, hoje o SUS disponibiliza apenas medicamentos "únicos". Neste novo protocolo não menciona a utilização das combinações fixas que auxilia e muito a vida dos pacientes.2. Este ano foi lançada uma droga combinando a Brinzolamida e a Brimonidina. Segundo este protocolo as duas não possuem benefício ao serem utilizadas em conjunto. Na prática clinica de muitos médicos esta combinação tem sim mostrado benefício na redução da Pressão. Sendo assim, minha sugestão é de que a segunda classe de medicações fossem desmembradas, possibilitando que um médico utilize as 4 classes terapêuticas (quando necessário)3. Exclusão da "cegueira" como efeito colateral das prostaglandinas - Este texto do PCDT assusta muitos pacientes que retiram a bimatoprosta e a travoprosta no SUS e este não é um efeito colateral da classe das prostaglandinas.</p>		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Quanto menor a quantidade de colírios utilizados, maior aderência ao tratamento e por consequência, menores os riscos de progressão	
13/11/2017	Profissional de saúde	Regular	<p>Sim, Os critérios de início com monoterapia com timolol não deveriam conter nenhum dos critérios de maior gravidade. Deixando em.aberto a monoterapia com prostaglandina como primeira opção, pois essa é a conduta.sugerida pelas diretrizes mais importantes do mundo. Apesar de ser aparentemente uma abordagem mais cara, ela tem uma chance muito maior de sucesso, menor número.de associações de.drogas, preservação da visão do paciente o que reduz em muito os custos futuros do estado com um potencial paciente deficiente visualm</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, A estatística informada é de 2-3% na população acima de 40 anos. Isso é verdade se o sistema co seguisse avaliar 100% das pessoas de todas as faixas etárias, no entanto, quando a busca (triagem), é direcionada para população de risco (muito bem especificada no texto), nota-se na prática que dependendo do local de atendimento esse número pode variar entre 20-40%. Explico essa discrepância, pois, se for realizado busca ativa em pacientes acima de 40 anos, em localidades historicamente sem atendimento Oftalmologico regular, em pacientes diabéticos, hipertensos, latinos ou afrodescendentes, parentes de portadores de glaucoma, a amostragem é totalmente diferente. Afim de diminuir custos à união e aumentar a efetividade do programa, a limitação entre 2-3% deveria ser acrescentado que pode variar conforme a população e a localidade atendida, sem essa diferença estatística estar associada à irregularidades, não deixando de ser observados os protocolos estabelecidos, nem os sistemas que devem inibir descaminho do tratamento correto, humanizado e ético.</p>		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Disponibilizar colírios associados em rede pública	Não	
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Uma combinação fixa sem timolol é muito benéfica para pacientes idosos que possuem cardiopatias ou pneumopatias	
13/11/2017	Interessado no tema	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Empresa	Boa	<p>Sim, O Glaucoma é uma patologia com grande morbidade aos pacientes. O acesso ao diagnóstico é de suma importância para o ideal controle da doença, assim como a disponibilidade de medicamentos que propiciam a redução da pressão intraocular. No protocolo proposto devemos ressaltar a importância das prostaglandinas no tratamento do GAAA e da HIO. São os medicamentos de maior potencial de redução da PIO. No entanto é de válido ressaltar que estudos “Head to Head” demonstram que a Tafluprosta apresenta eficácia semelhantes as demais prostaglandinas e por ser a única no mercado sem a presença de conservantes leva a menores eventos adversos e maior comodidade aos pacientes (segue anexo a monografia do produto e artigos comparativos com outras prostaglandinas. Vale dizer que o glaucoma é uma doença crônica e de baixo compliance dos pacientes, nesse contexto medicamentos melhores tolerados são extremamente importantes no controle da doença. Além disso, vale dizer que o uso de combinações pode facilitar a posologia e aumentar o compliance desses pacientes, propiciando melhor controle de doença. Sendo assim, medicamentos como as associações de dorzolamida com timolol utilizadas apenas 2x/dia apresentam alta eficácia no controle da pressão intraocular e devem estar disponíveis no arsenal médico terapêutico.</p>		Clique aqui
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	<p>Sim, INCLUIR o exame de tomografia de coerência optica OCT do NERVO ÓPTICO no rol de diretrizes como método de diagnóstico do Glaucoma.</p>	<p>INCLUIR AS COMBINAÇÕES FIXAS QUE AUMENTA A FIDELIDADE DO TRATAMENTO PELO PACIENTE PORTADOR DE GLAUCOMA.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Instituição de saúde	Muito boa	Sim, Gostaríamos de sugerir os análogos das prostaglandinas como tratamento de primeira escolha, juntamente com os betabloqueadores. Neste sentido, não apenas o Maleato de Timolol deveria ser considerado como tratamento de primeira linha, mas também Latanoprost, Travoprost ou Bimatoprost. (conforme previsto no III Consenso Brasileiro de Glaucoma Primário de Ângulo Aberto – 2009, publicado pela Sociedade Brasileira de Glaucoma Capítulo 6 – Tratamento Clínico). Solicitamos ainda que seja permitida a associação de medicamentos da classe de Inibidores de Anidrase Carbônica com Agonistas Alfa-adrenérgicos (a saber: Dorzolamida, Brinzolamida e Tartarato de Brimonidina) visto que estes medicamentos têm mecanismos de ação diferentes e são complementares.	Acrescentamos ainda que os exames complementares para o diagnóstico do Glaucoma precisam ser revistos em seus valores, pois os mesmos não cobrem nem os custos de sua realização. Para conhecimento citamos os valores monoculares dos exames: Gonioscopia (R\$ 3,37), Paquimetria (R\$ 14,81) e Retinografia de Papila (R\$ 12,34). Além disto, a cirurgia de Fistulizante Anti-glaucomatosa realizada quando o tratamento clínico não alcança sua eficácia, é de grande complexidade e gera um longo acompanhamento pós-cirúrgico, razão pela qual os valores destinados à mesma também devem ser revistos (a atual tabela versa R\$ 383,34 de parte hospitalar e R\$ 130,80 de serviços profissionais).	Clique aqui
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Incluir a medicação simbriza como forma de tratamento		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	Indicar o medicamento Simbrinza	
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	Inclusão dos Simbrinsa para tratamento do glaucoma.	
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não	<p>Gostaria de relatar minha experiência como enfermeira na supervisão ambulatorial (Controle e Avaliação) de Clínicas oftalmológicas prestadores de serviço para prefeitura de Contagem e alguns questionamentos encaminhados ao Ministério mas não obtive resposta. Iniciei em Agosto na supervisão do glaucoma após ler o Protocolo e diretrizes .Muitas dúvidas surgiram, busco me informar diariamente e tenho me apoiado também na Associação brasileira do glaucoma. Um paciente pode ser binocular para um colírio e monocular para outro? Explico: Observei em alguns casos a distribuição de 03 frascos de um determinado colírio e associado a este a distribuição de um outro mas apenas 02 frascos. Ao questionar o fato, obtive como resposta que um dos olhos não reagiu tão bem por isso a necessidade de entrar com o segundo colírio só para um olho. Dúvida: como faturar? binocular? monocular?Se binocular, o paciente deveria receber os 3 frascos dos colírios,(estou lesando o SUS?) se monocular o paciente recebe 03 frascos só de 01 colírio, e deverá comprar um colírio que é fornecido pelo SUS ? Não observo como prática a medida da PIO após 04 semanas do início e nem 04 semanas após alteração da medicação. Pergunto: como faturar este procedimento, uma vez que na APAC só posso faturar a consulta de Acompanhamento e avaliação do glaucoma por fundoscopia e Tonometria- 03.03.05.001-2 trimestralmente.? O sistema não permite entrar com uma nova APAC para este paciente antes de 03 meses. A tonometria sozinha não resolveria, pois entendo que necessita de consulta médica para avaliar o resultado e realizar a direção do tratamento. Observei que na tabela do Sigtap, a</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>Tonometria sozinha é recurso MAC, a um valor de \$3,37. O prestador tem interesse em realizar só a Tonometria? Como resolver esta questão?A gonioscopia é necessária se o paciente não foi incluído no tratamento? Os exames de campimetria, tonometria ,fundoscopia e curva indicaram como um caso suspeito, e assim será monitorado anualmente por 3 anos?A paquimetria é um exame que necessita realizar anualmente para monitorar? Qual ordem de importância entre retinografia e paquimetria como exame de acompanhamento? Pergunto isto porque no município a paquimetria é realizada anualmente, (recurso MAC- do município) e vejo a retinografia ficar em segundo plano. Não deveríamos estar priorizando a retinografia?Tenho observado o uso da "4ª linha", associação do segundo colírio de segunda linha. Qual principal contra indicação, uma vez que em relatório médico, uma das justificativas apresentadas é paciente apresentando boa resposta clínica e, em outras vezes o paciente não quer operar.(este segundo colírio da 2ª linha o paciente tem que comprar, pois não há como fornecer dentro da APAC.Também observo que a medicação via oral, acetazolamida, não é utilizada nestes casos (4ª linha). A acetazolamida não é uma medicação distribuída aos pacientes, o uso se restringe internamente, só em casos de urgência.A PIO alvo, não deveria estar descrita o valor no prontuário? ou até na APAC? Isto porque vejo como justificativa para alteração na linha de tratamento- não atingiu PIO alvo, e todas estas alterações na medicação(APACS preenchidas vão para o médico regulador autorizar), além de ser referência para o monitoramento da PIO.agradeçoValdenia Cunha Melo</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
13/11/2017	Especialista no tema do protocolo	Boa	Sim, Gostaria da entrada do medicamento Simbrinza na atualmente do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Sugiro o colírio Simbrinza na portaria de dispensação de novas drogas para o tratamento de glaucoma .		
13/11/2017	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/11/2017	Profissional de saúde	Boa	Não		