

EBOOK • GUIA COMPLETO



Dr. Bernardo Kaplan
Moscovici

Oftalmologia

Olho Seco

Do diagnóstico aos tratamentos mais avançados

Uma palavra antes de começar

Olá. Sou o Dr. Bernardo Kaplan Moscovici, oftalmologista. Se você está lendo este material, é porque os sintomas do olho seco estão te atrapalhando — talvez aquele desconforto no fim do dia, talvez a sensação de areia que não passa, a vermelhidão recorrente, o cansaço visual à frente da tela ou aquela imagem que oscila e melhora ao piscar. Muita gente convive com esses sintomas por anos antes de buscar uma avaliação específica — e descobre, na consulta, que olho seco tem nome, tem diagnóstico e tem tratamento.

Por isso este guia.

O olho seco é, hoje, uma das condições mais frequentes da oftalmologia adulta. Estudos populacionais sugerem prevalência entre 10 e 30 % em adultos, com tendência crescente, especialmente em populações urbanas, expostas a telas, ar-condicionado e cargas hormonais variáveis. É uma condição multifatorial: raramente uma só causa explica o caso — em geral, é um conjunto de fatores que se somam ao longo do tempo.

A boa notícia é que a medicina avançou muito no entendimento e no manejo do olho seco nos últimos 10-15 anos. Hoje, conseguimos caracterizar com bastante precisão o tipo de olho seco que o paciente apresenta (e essa caracterização guia o tratamento), e dispomos de uma escada terapêutica que vai dos cuidados mais básicos — bem mais potentes do que parecem — até abordagens avançadas para casos refratários.

Vamos passar por: o que é olho seco e por que ele aparece; quais exames usamos para caracterizar o caso (incluindo a meibografia e a análise do filme lacrimal); como funciona a escada de tratamentos, dos cuidados gerais aos imunomoduladores, do soro autólogo ao colírio de insulina (e, importante, qual o status regulatório — in-label vs. off-label — de cada um); e como abordamos as glândulas de Meibomius com compressas, expressão palpebral e luz pulsada.

Leia com calma. Marque dúvidas. Quando vier à sua avaliação, vamos conversar focados no SEU caso.

Boa leitura.

Dr. Bernardo Kaplan Moscovici

Oftalmologia • CRM-SP 120.495

1. O que é olho seco

1.1 Não é só "falta de lágrima"

Por décadas, o olho seco foi entendido — e ainda é, popularmente — como simplesmente "falta de lágrima". Hoje, sabemos que o quadro é bem mais sofisticado. A definição internacional mais aceita (DEWS II, 2017) descreve o olho seco como uma doença multifatorial da superfície ocular, caracterizada por perda da homeostase do filme lacrimal e acompanhada de sintomas oculares, na qual instabilidade do filme lacrimal, hiperosmolaridade, inflamação e dano à superfície ocular, além de alterações neurossensoriais, têm papéis etiológicos.

Em outras palavras: o olho seco é uma condição em que o equilíbrio do filme lacrimal está perturbado — o que pode ocorrer por baixa produção, má qualidade, evaporação acelerada, inflamação ou por uma combinação desses fatores.

1.2 O filme lacrimal

Para entender o olho seco, é útil conhecer a estrutura do filme lacrimal — a finíssima camada que cobre continuamente a superfície do olho. Ela tem três componentes principais, cada um produzido por uma estrutura diferente:

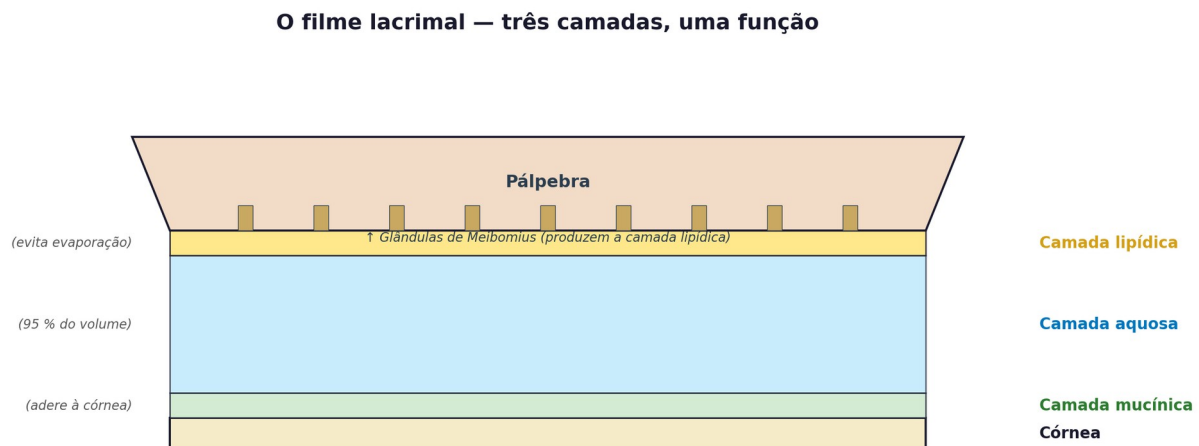


Figura 1 — As três camadas do filme lacrimal.

As três camadas

Camada mucínica (a mais interna): produzida pelas células caliciformes da conjuntiva. Adere o filme lacrimal à córnea e cria uma superfície hidrofílica.

Camada aquosa (a do meio, e a mais espessa): produzida pela glândula lacrimal principal e pelas glândulas lacrimais acessórias. Representa ~95% do volume da lágrima e contém eletrólitos, fatores de crescimento, proteínas e componentes imunológicos.

Camada lipídica (a mais externa): produzida pelas glândulas de Meibômio, localizadas nas pálpebras. Funciona como uma "tampa" oleosa que reduz a evaporação da camada aquosa.

Os culpados mais frequentes

Quando uma dessas camadas falha, o filme lacrimal se desestabiliza. Hoje, sabemos que a falha mais comum — em torno de 80 % dos casos — está na camada lipídica, por disfunção das glândulas de Meibomius (DGM). Por isso, abordar as glândulas de Meibomius é parte central do tratamento moderno do olho seco.

2. Os tipos de olho seco

Classificar o tipo de olho seco é o primeiro passo para tratar bem. Existem dois mecanismos principais, que frequentemente coexistem no mesmo paciente.

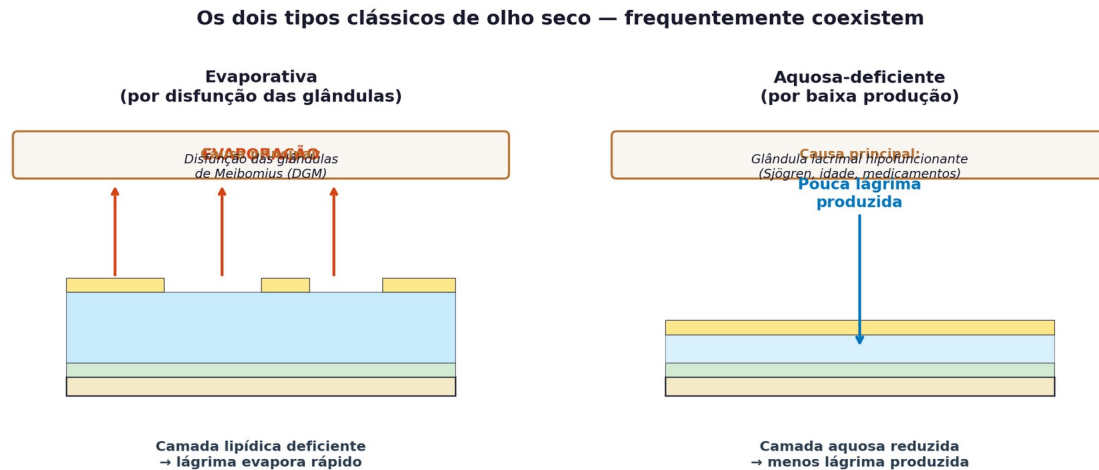


Figura 2 — Os dois mecanismos principais do olho seco.

2.1 Olho seco evaporativo (por disfunção das glândulas de Meibômio)

Ocorre quando a camada lipídica da lágrima está deficiente — em geral, porque as glândulas de Meibomius não estão produzindo bem o lipídio (em quantidade, qualidade ou ambos). Sem a "tampa" lipídica, a camada aquosa evapora muito rapidamente. O olho fica com filme instável, com sintomas piores ao final do dia, em ambientes secos, com ventilador, ar-condicionado ou diante de telas.

É o tipo mais frequente — provavelmente o seu caso, se você convive com olho seco há algum tempo.

2.2 Olho seco aquoso-deficiente

Ocorre quando a glândula lacrimal não produz volume suficiente de lágrima. As causas mais clássicas incluem síndrome de Sjögren (uma doença autoimune), envelhecimento (a produção de lágrima cai com a idade), efeitos colaterais de medicamentos (anti-histamínicos, antidepressivos, beta-bloqueadores, isotretinoína), alterações hormonais (menopausa) e cirurgias prévias (refrativa, transplante).

2.3 Misto (o cenário real da maioria)

Na prática, a maioria dos pacientes com olho seco moderado a grave apresenta uma combinação dos dois mecanismos — uma camada lipídica pouco eficaz associada a uma produção de lágrima também reduzida. O tratamento, portanto, costuma trabalhar em ambas as frentes simultaneamente.

2.4 Olho seco — agravado por procedimentos ou medicamentos

Vale destacar uma categoria especial: o olho seco agravado por procedimentos (especialmente cirurgia refrativa, cirurgia de catarata e blefaroplastia) ou por medicamentos sistêmicos. Em geral, é transitório e responde bem aos cuidados clínicos — mas precisa ser reconhecido e tratado adequadamente.

3. Sintomas e diagnóstico

3.1 Como o paciente percebe

Os sintomas do olho seco podem ser variados e, paradoxalmente, nem sempre incluem a sensação de "olho seco". Alguns padrões clássicos:

- Sensação de areia ou de corpo estranho, especialmente ao final do dia.
- Ardor, queimação, irritação.
- Vermelhidão recorrente.
- Visão flutuante — embaça e melhora ao piscar.
- Cansaço visual com telas (computador, celular, leitura prolongada).
- Lacrimejamento paradoxal — sim, o olho seco pode causar o olho "chorando". É uma resposta reflexa à irritação.
- Sensibilidade aumentada à luz.
- Dificuldade em usar lentes de contato.
- Pálpebras grudadas ao acordar, em alguns casos.

3.2 Avaliação clínica

O diagnóstico de olho seco combina questionários padronizados, exame à lâmpada de fenda e exames complementares específicos. Vejamos os principais.

Questionários (medindo o que o paciente sente)

- OSDI (Ocular Surface Disease Index) — pontuação de 0 a 100; valores acima de 13 sugerem doença.
- SPEED, DEQ-5 e outros — alternativas padronizadas para acompanhamento.

Exames clássicos na lâmpada de fenda

- Tempo de ruptura do filme lacrimal (TBUT) — mede a estabilidade do filme lacrimal após o piscar.
- Coloração com fluoresceína — revela danos no epitélio da córnea.
- Coloração com verde de lissamina — revela alterações na conjuntiva.
- Teste de Schirmer — mede o volume de lágrima produzido em 5 minutos.
- Avaliação da margem palpebral — qualidade da expressão das glândulas, blefarite, telangiectasias.

4. Exames avançados — caracterizando o seu caso

Nos últimos anos, novos exames complementares têm permitido caracterizar com bastante precisão o tipo e a gravidade do olho seco. Eles não substituem o exame clínico — complementam, e permitem direcionar melhor o tratamento.

4.1 Meibografia

É a imagem das glândulas de Meibômio — obtida com um equipamento que transilumina a pálpebra evvertida e fotografa a anatomia das glândulas em alta resolução. Em casos de disfunção das glândulas (DGM), conseguimos visualizar atrofia, encurtamento ou perda total das glândulas — informação crucial para definir a estratégia terapêutica.

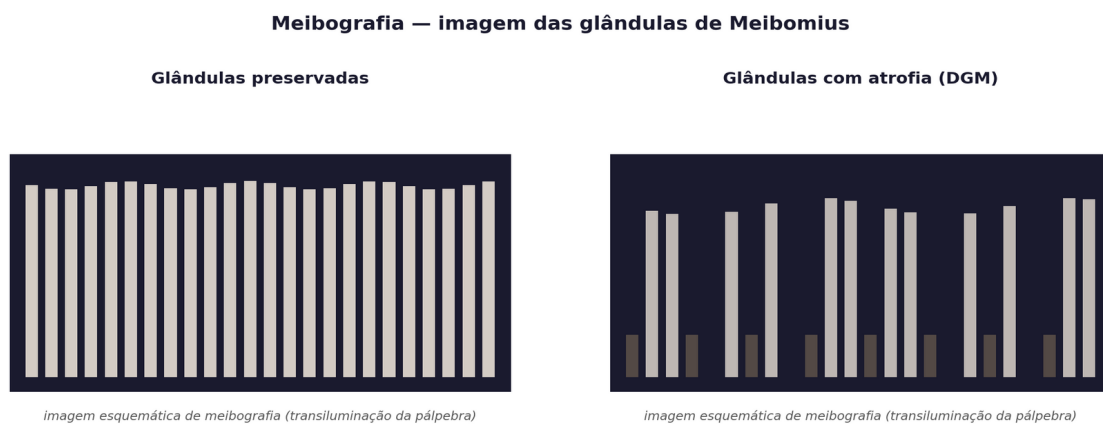


Figura 3 — Meibografia esquemática: glândulas preservadas vs. com atrofia.

Pacientes com perda significativa de glândulas se beneficiam, em geral, de tratamentos mais agressivos para preservar o que resta — como luz pulsada, expressão térmica e mudanças no estilo de vida. Pacientes com glândulas preservadas mas mal funcionantes têm prognóstico melhor com cuidados clínicos consistentes.

4.2 Análise do filme lacrimal

Interferometria lipídica

Avalia, em vídeo, a qualidade e a espessura da camada lipídica do filme lacrimal. Casos com camada lipídica fina/instável reforçam o diagnóstico de olho seco evaporativo por DGM.

4.3 Outros exames úteis em casos específicos

- Tear meniscus (menisco lacrimal) por OCT — quantifica objetivamente o volume de lágrima.
- Citologia de impressão — em casos atípicos ou refratários.
- Marcadores sistêmicos (autoanticorpos) — quando há suspeita de Sjögren ou outra doença autoimune.
- Avaliação por dermatologista ou reumatologista — em casos com componente sistêmico.

5. A escada terapêutica do olho seco

O tratamento do olho seco é construído como uma escada: começamos com cuidados gerais — que, bem aplicados, resolvem boa parte dos casos — e adicionamos camadas terapêuticas conforme a gravidade e a resposta. Não é uma sequência rígida; nem todos os pacientes precisam de todos os degraus.

Escada terapêutica do olho seco — abordagem progressiva e personalizada



Figura 4 — Escada terapêutica do olho seco.

Nas próximas seções, vamos detalhar cada etapa — com particular atenção aos pontos que normalmente geram dúvida no paciente: status regulatório dos medicamentos (on-label vs. off-label) e como funcionam os procedimentos para as glândulas de Meibômio.

Nota sobre in-label vs. off-label

Um medicamento é "on-label" quando tem aprovação regulatória (ANVISA, no Brasil) para a indicação específica em que está sendo usado. "Off-label" significa que o medicamento existe e está aprovado para outra indicação, ou é usado em forma manipulada. O uso off-label é uma prática reconhecida pela medicina e regulada pelo CFM (Resolução 2.336/23 e Parecer 56/2023): exige avaliação criteriosa, base científica e consentimento informado. Não é experimentação — é uso baseado em evidências em situações em que ainda não há produto registrado para aquela finalidade.

6. Etapa 1 — Cuidados gerais

É a base do tratamento. Quando bem aplicados, resolvem ou controlam significativamente a maioria dos casos leves e moderados. Parecem triviais, mas têm impacto desproporcional.

6.1 Higiene palpebral

A margem palpebral acumula resíduos de pele, oleosidade excessiva e, em alguns casos, ácaros (Demodex). A higiene regular reduz a inflamação local e melhora a função das glândulas. Vejamos como costumamos orientar:

- Limpeza das pálpebras com shampoo infantil neutro diluído ou com lenços específicos para higiene palpebral, 1 a 2 vezes ao dia.
- Em casos de Demodex, soluções específicas para uso ocular à base de óleo de árvore-de-chá (tea tree oil), conforme o protocolo.
- Atenção especial à base dos cílios — onde se acumula a maior parte dos resíduos.

6.2 Compressas mornas com máscara de aquecimento palpebral

Esta é uma das intervenções mais eficazes e menos utilizadas. O calor aquece a oleosidade endurecida das glândulas de Meibômio e a fluidifica, permitindo que ela volte a fluir adequadamente.

Como fazer com máscara aquecedora

- Máscaras térmicas específicas (com gel ou cerâmica que retém calor), aquecidas conforme as instruções do fabricante (em geral, no micro-ondas por 20-30 segundos).
- Aplicar sobre as pálpebras fechadas por 10 a 15 minutos.
- Idealmente, 1 a 2 vezes ao dia.
- Em casos mais leves, pode-se usar compressa de água morna (não quente) com gaze ou algodão limpo — eficaz, mas exige reaquecimento a cada poucos minutos para manter a temperatura.

Por que máscara é melhor que compressa simples

A literatura mostra que a temperatura ideal para fluidificar o lipídio das glândulas é em torno de 41-43 °C, mantida por 10 a 15 minutos. Compressas de gaze esfriam em poucos minutos; as máscaras retêm calor por todo o ciclo terapêutico — daí a maior eficácia.

6.3 Compressa morna + expressão / massagem palpebral

Após o aquecimento, a massagem palpebral pressiona suavemente as glândulas e ajuda o lipídio fluidificado a escoar pelos orifícios — desobstruindo-as. É um procedimento de duas etapas: calor primeiro, expressão depois.

Como fazer em casa

- Após 10-15 min de máscara, com os olhos fechados, passe os dedos limpos, no sentido vertical, pelas pálpebras (de cima para baixo na pálpebra superior; de baixo para cima na pálpebra inferior), em direção à margem palpebral, com pressão leve a moderada.
- Faça 5 a 10 vezes em cada pálpebra.
- Pode ser desconfortável nas primeiras vezes, mas não deve doer.

Em pacientes com DGM importante, também realizamos a expressão profissional das glândulas no consultório — com pinças específicas, sob anestesia tópica com colírio, em sessões periódicas. Costuma ser bem tolerada e tem efeito superior à expressão domiciliar.

6.4 Lubrificação

Os colírios lubrificantes ("lágrimas artificiais") são o cavalo de batalha do olho seco leve a moderado. Algumas orientações:

- Para quem precisa pingar de 4 a 6 vezes ao dia, prefira colírios sem conservantes — em frascos monodose ou multidose com sistema sem conservantes.
- Existem lubrificantes com diferentes "densidades" e composições (ácido hialurônico, carmelose, hidroxipropilmetilcelulose, óleos, etc.) — a escolha depende do tipo predominante do olho seco.
- Em pacientes com componente lipídico significativo, lubrificantes à base de óleos (emulsões lipídicas) costumam funcionar melhor.
- O gel oftálmico para uso noturno pode ser útil em casos de sintomas matinais ou em quem dorme com os olhos parcialmente abertos.

6.5 Ajustes ambientais e estilo de vida

- Reduzir tempo contínuo de tela; aplicar a regra 20-20-20 (a cada 20 minutos, olhar 20 segundos para algo a 6 m de distância — para piscar mais).
- Umidificar o ambiente em locais com ar-condicionado.
- Evitar ventiladores e ar-condicionado direcionados ao rosto.
- Ômega 3 (em peixes ou suplemento, conforme indicação) tem evidências em melhorar a função das glândulas de Meibômio.
- Hidratação geral.
- Revisar com o médico que prescreveu os medicamentos sistêmicos que possam contribuir (anti-histamínicos, antidepressivos, ansiolíticos, isotretinoína, beta-bloqueadores).

7. Etapa 2 — Tratamento da inflamação

Em casos moderados e graves, há um componente inflamatório claro na superfície ocular — confirmado clinicamente (vermelhidão crônica, sintomas refratários, dano epitelial) e laboratorialmente (MMP-9 elevada, por exemplo). Aqui entram os anti-inflamatórios e os imunomoduladores.

7.1 Corticoides tópicos em curtos cursos

Em períodos de exacerbação inflamatória, ciclos curtos de corticoide em colírio (geralmente de 2 a 4 semanas) são uma intervenção potente para "resetar" a inflamação. Não são usados como tratamento crônico — porque podem aumentar a pressão ocular e contribuir para catarata em uso prolongado.

Status: in-label para inflamação ocular; uso em olho seco é considerado prática consolidada baseada em evidências.

7.2 Ciclosporina tópica

É um imunomodulador que reduz a inflamação crônica da superfície ocular, especialmente na glândula lacrimal. Tem ação lenta — leva de 2 a 3 meses para o efeito clínico completo — e é segura para uso prolongado, tendo mudado o tratamento do olho seco moderado a grave nas últimas duas décadas.

Status: Ciclosporina 0,05% tem registro na ANVISA para olho seco (on-label). Concentrações maiores (0,1 %, 0,2 %, 0,3 %) costumam ser usadas manipuladas, em algumas situações específicas (off-label).

7.3 Tacrolimus tópico

Outro imunomodulador, mais potente em alguns aspectos do que a ciclosporina, especialmente em casos com componente alérgico (ceratoconjuntivite atópica) associado ou em pacientes que não respondem bem à ciclosporina. Tipicamente em concentrações de 0,01 % a 0,03 %, manipulado.

Status: off-label para olho seco no Brasil. Uso baseado em evidências da literatura, especialmente em casos refratários. Exige consentimento informado, conforme a prática médica para uso off-label.

7.4 Outras opções e o cenário emergente

Existem outros anti-inflamatórios e imunomoduladores em estudo ou em uso restrito (como lifitegrast, varenicline nasal, etc.). A disponibilidade no Brasil varia, e a indicação é caso a caso. A medicina do olho seco está em rápida evolução — esse é justamente um dos motivos pelos quais o acompanhamento periódico é importante.

8. Etapa 3 — Tratamentos para as glândulas de Meibômio

Em pacientes com componente evaporativo significativo (na maioria dos casos), tratar diretamente as glândulas de Meibômio pode trazer uma mudança importante. As opções modernas vão além da compressa domiciliar.

8.1 Expressão profissional das glândulas

No consultório, com o paciente sentado à lâmpada de fenda e sob anestesia tópica, o cirurgião utiliza pinças específicas para realizar a expressão mecânica das glândulas — esvaziando o conteúdo retido e observando a qualidade do material liberado (de claro e fluido, como azeite, em casos leves, a turvo e pastoso, em casos avançados). A liberação dos ductos costuma melhorar a função das glândulas nas semanas seguintes.

- A sessão dura cerca de 15-20 minutos.
- Pode ser desconfortável, mas não dolorosa.
- Frequência típica: a cada 2-3 meses, em séries de 3-6 sessões, conforme resposta.

8.2 Compressa morna + expressão domiciliar — descrito no Capítulo 6.3

É o equivalente caseiro da expressão profissional. Menos eficaz do que a expressão em consultório, mas pode ser feito com frequência regular e mantém o ganho entre as sessões.

8.3 Tratamento com luz pulsada (IPL)

A IPL (Intense Pulsed Light) é uma terapia que tem origem na dermatologia (tratamento de telangiectasias da pele). Adaptada para uso oftalmológico, mostrou-se eficaz no manejo da DGM por múltiplos mecanismos: redução das telangiectasias e da inflamação na margem palpebral, modificação da composição lipídica das glândulas, e possível ação sobre Demodex.

Como funciona o tratamento

- O paciente utiliza proteção ocular específica (escudo metálico).
- Aplica-se gel ou óleo na pele perilpebral.
- Disparos de luz são aplicados em sequência ao redor dos olhos e na bochecha, sem mirar diretamente nos olhos.
- Em cada sessão, a expressão das glândulas é realizada imediatamente após a aplicação da luz (idealmente).
- A sessão dura cerca de 15 a 20 minutos.

Protocolo típico

- 3 sessões iniciais com intervalo de 2 a 4 semanas.
- Sessões de manutenção a cada 4 a 6 meses, conforme resposta.

- Resultados costumam aparecer entre a 2ª e a 3ª sessão.

Quem é candidato à IPL?

Pacientes com DGM, especialmente os que têm telangiectasias visíveis na margem palpebral, rosácea ocular associada ou pele clara com tendência a vermelhidão. Pacientes com fototipo muito alto ou pele recentemente bronzada podem requerer ajuste de protocolo ou contraindicação relativa. A indicação é feita caso a caso, com avaliação cuidadosa antes do início.

8.4 Outras tecnologias térmicas

Existem aparelhos de aquecimento palpebral combinados com expressão (LipiFlow, iLux, TearCare e outros equivalentes) que aplicam calor controlado na parte interna da pálpebra com expressão sincronizada. São tratamentos eficazes em centros adequadamente equipados. A escolha entre eles depende da disponibilidade e do perfil do paciente.

9. Etapa 4 — Tratamentos avançados

Em casos graves, refratários às etapas anteriores, há uma camada terapêutica adicional. Cresce o componente especializado e, em muitos casos, o uso off-label baseado em evidência.

9.1 Colírio de soro autólogo 20%

É um colírio manipulado a partir do próprio sangue do paciente: coleta-se sangue venoso, centrifuga-se para separar o soro, e o soro é diluído em concentração de 20% (mais comum) com soro fisiológico estéril. O resultado é um colírio rico em fatores de crescimento, vitaminas e proteínas — substâncias naturalmente presentes na lágrima — que ajudam na cicatrização e na recuperação da superfície ocular.

Quando indicar

- Olho seco grave refratário a tratamentos convencionais.
- Síndrome de Sjögren com importante dano epitelial.
- Defeitos epiteliais persistentes.
- Pós-operatórios complicados (refrativa, transplante).
- Ceratopatia neurotrófica.

Aspectos práticos

- Coleta periódica de sangue (a cada 1-3 meses).
- Armazenamento sob refrigeração (e congelamento das alíquotas não utilizadas).
- Uso típico: 4 a 8 vezes ao dia.
- Logística mais complexa, mas com bons resultados em casos selecionados.

Status: uso off-label, considerado prática consolidada em centros especializados. Não é "medicamento de bula" — é hemoderivado manipulado, regulamentado pela Anvisa por meio de normas específicas. Exige consentimento informado.

9.2 Colírio de insulina

Tema mais recente e ainda em consolidação na literatura. A descoberta de receptores de insulina e de IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina) na superfície ocular, e a constatação de que a própria lágrima contém insulina, levaram a estudos que avaliam o uso de insulina tópica para acelerar a cicatrização epitelial e tratar defeitos persistentes — incluindo, mais recentemente, sintomas de olho seco refratário.

Onde estamos

- Evidência inicial em úlceras de córnea persistentes (úlceras neurotróficas) — resultados promissores, com séries e ensaios pequenos.
- Em olho seco severo, estudos em andamento; resultados preliminares sugerem benefício em algumas situações, ainda sem ampla consolidação.

- Concentrações típicas em estudo: de 1 UI/mL a 100 UI/mL, conforme protocolo.
- Bem tolerado nos estudos publicados; sem efeitos sistêmicos significativos.

Status: off-label, em consolidação. Uso restrito a indicações específicas, com consentimento informado e dentro de protocolos baseados em evidências. Não é um "tratamento de primeira linha".

9.3 Lentes esclerais

Em casos muito graves, lentes esclerais (lentes rígidas de grande diâmetro que apoiam na esclera) criam uma "piscina" de soro/lubrificante sobre a córnea, protegendo-a e mantendo o epitélio hidratado de forma quase contínua. Pode ser utilizado em pacientes com olho seco grave, ceratoconjuntivite seca por Sjögren ou pós-transplante.

9.4 Plugs lacrimais (oclusão dos pontos)

São pequenos dispositivos colocados no canal de drenagem da lágrima (ponto lacrimal), que bloqueiam a saída da lágrima e mantêm mais lágrima na superfície ocular. Podem ser temporários (absorvíveis, duram semanas) ou permanentes (de silicone). Indicação clássica em olho seco aquoso-deficiente com inflamação controlada — antes de inserir o plug, é importante controlar inflamação para não "prender" lágrima inflamatória na superfície.

10. Situações específicas

10.1 Demodex e blefarite

Demodex são ácaros microscópicos que vivem normalmente nos folículos pilosos da face. Em algumas pessoas, proliferam de forma anormal nos cílios e contribuem para a blefarite crônica e a DGM. O diagnóstico é feito clinicamente (mangitos colaretes característicos na base dos cílios) ou, em casos selecionados, por microscopia.

Tratamento

- Higiene palpebral rigorosa com produtos específicos à base de óleo de árvore-de-chá (tea tree oil).
- Em casos resistentes, opções farmacológicas específicas (recentemente, a ivermectina tópica, na forma de creme palpebral, foi aprovada em alguns países).
- Tratamento de longa duração — meses, com revisões.

10.2 Olho seco pós-cirurgia

Cirurgias podem agravar o olho seco nos primeiros 3 a 6 meses pós-operatórios. O manejo é semelhante ao do olho seco clássico — lubrificação intensa e, em casos mais graves, ciclosporina ou tacrolimus.

10.3 Síndrome de Sjögren

Doença autoimune que afeta principalmente as glândulas produtoras de lágrima e de saliva. Olho seco em Sjögren costuma ser mais grave e tende a exigir abordagens combinadas, frequentemente com hemoderivados (soro autólogo, PRP), imunomoduladores e acompanhamento conjunto com reumatologista.

10.4 Olho seco em idosos

A produção de lágrima cai naturalmente com a idade, e medicações sistêmicas (anti-hipertensivos, antidepressivos, anti-histamínicos, isotretinoína) podem agravar o quadro. O manejo é o mesmo da escada terapêutica, com atenção redobrada à adesão e ao apoio para uso correto dos colírios em pacientes com limitações motoras ou cognitivas.

11. O acompanhamento — porque olho seco é manejo, não cura

Vale começar este capítulo com uma frase que costumo dizer em consulta: olho seco, na maior parte dos casos, é uma condição que aprendemos a manejar — não algo que "curamos" definitivamente. Isso pode soar pessimista, mas, na prática, é a mensagem mais libertadora que se pode dar ao paciente. Por dois motivos:

- Primeiro: porque tira o peso da expectativa de "resolver tudo". O objetivo passa a ser sentir-se confortável, com sintomas controlados e cuidados sustentáveis ao longo do tempo.
- Segundo: porque, com manejo adequado, a esmagadora maioria dos pacientes consegue alcançar um bom patamar de conforto. Não é raro vermos pessoas que conviviam com sintomas há anos relatarem mudança importante de qualidade de vida após algumas semanas de tratamento estruturado.

11.1 O ritmo das revisões

- Após o início do tratamento: revisão em 4 a 8 semanas para avaliar resposta inicial.
- Casos estabilizados: revisão geral a cada 6 meses.
- Pacientes com componente inflamatório ativo, em ciclosporina/tacrolimus, ou com IPL em curso: revisões mais frequentes nos primeiros meses.
- Sempre que houver mudança de sintomas ou intercorrência: revisão antes do prazo.

11.2 O paciente como parceiro

O bom manejo do olho seco depende fortemente da consistência dos cuidados domiciliares. A higiene palpebral, as compressas, o uso correto dos colírios, o cuidado com o ambiente — nada disso funciona se feito por dois dias e abandonado. Por isso, parte da consulta inclui ajustar a rotina com o paciente, identificar barreiras práticas e elaborar um plano sustentável.

12. Checklist do paciente com olho seco

Diferente das cirurgias dos outros guias, o tratamento do olho seco é predominantemente clínico — mas tem rotinas próprias que vale documentar.

Checklist diário

- ☐ Higiene palpebral 1-2 vezes ao dia (manhã e/ou noite).
- ☐ Compressa morna / máscara aquecedora por 10-15 minutos (idealmente 1-2 vezes ao dia).
- ☐ Expressão palpebral suave após a compressa.
- ☐ Colírios lubrificantes nos intervalos indicados.
- ☐ Outros colírios prescritos (ciclosporina, tacrolimus, etc.) nos horários certos.
- ☐ Atenção ao ambiente — umidificador, posicionamento de ventiladores e ar-condicionado.
- ☐ Pausas regulares ao usar tela (regra 20-20-20).

Sinais para entrar em contato

- Piora súbita dos sintomas, especialmente com dor mais intensa.
- Vermelhidão importante associada a desconforto crescente.
- Queda de visão que não melhora ao piscar.
- Secreção purulenta.
- Sensação de corpo estranho persistente após lubrificação.

13. Perguntas frequentes

Olho seco tem cura?

Em casos leves, especialmente quando ligados a fatores reversíveis (ambiente, medicamento, uso de telas), o quadro pode se resolver com mudanças de hábito. Em casos crônicos, o objetivo é manejo bem-sucedido, não cura definitiva. A maioria das pessoas com olho seco crônico convive com a condição de forma confortável quando o tratamento está bem ajustado.

Posso usar colírio o dia inteiro?

Sim, com uma ressalva importante: colírios com conservantes (especialmente cloreto de benzalcônio) podem agravar o olho seco se usados em alta frequência. Para uso frequente, prefira colírios sem conservantes — em frascos unidose ou multidose com sistema de filtro.

Compressa morna funciona mesmo?

Funciona muito bem em olho seco evaporativo por disfunção das glândulas de Meibomius — que é o tipo mais comum. A chave é manter a temperatura adequada (em torno de 41-43 °C) por 10 a 15 minutos, o que é mais fácil com máscaras térmicas do que com compressas de gaze.

E o uso de telas?

Não causa olho seco de "forma direta", mas reduz drasticamente a frequência do piscar — uma pessoa pisca cerca de 12 vezes por minuto em conversa normal, e apenas 4 a 6 vezes por minuto à frente da tela. O resultado: filme lacrimal mais instável, sintomas piores. A regra 20-20-20 ajuda.

Soro autólogo e colírio de insulina são seguros?

Os dois têm perfis de segurança bem documentados na literatura para as indicações em que são usados. Soro autólogo tem longa história de uso em centros especializados; insulina tópica é mais recente, com evidências promissoras especialmente para defeitos epiteliais persistentes e olho seco refratário. Ambos são usados off-label e dentro de protocolos com consentimento informado.

Posso usar lente de contato com olho seco?

Depende do grau. Em olho seco leve a moderado controlado, lentes específicas (geralmente as de hidratação alta, descarte diário) podem ser bem toleradas. Em olho seco grave, podem agravar — ou mesmo serem contraindicadas. Em alguns casos refratários, as lentes esclerais são uma alternativa terapêutica, não estética.

E a alimentação?

Ômega 3 (EPA + DHA) tem evidências moderadas em ajudar a função das glândulas de Meibomius. Hidratação geral, redução de inflamação sistêmica e dieta equilibrada também ajudam — embora dieta sozinha raramente resolva olho seco moderado a grave.

Posso interromper o tratamento quando melhorar?

Em geral, não. Olho seco crônico costuma ser, na prática, uma condição de manejo contínuo — embora a intensidade do tratamento possa diminuir quando se atinge bom controle. Interromper completamente costuma resultar em recidiva dos sintomas dentro de semanas.

14. Mitos e verdades

"Olho seco é só falta de lágrima."

MITO. É uma condição multifatorial. A maioria dos casos tem disfunção das glândulas de Meibomius como componente principal — não apenas "baixa produção de lágrima".

"Quem tem olho seco lacrimeja muito."

PARCIALMENTE. Parece contraditório, mas é comum. O olho irritado faz uma resposta reflexa de lacrimejamento, mas essa lágrima reflexa é de qualidade ruim e evapora rápido. O paciente "chora" e ainda assim continua com olho seco.

"Computador causa olho seco permanente."

MITO. O uso prolongado de tela agrava sintomas, mas não causa olho seco "permanente". Com ajuste de hábitos e tratamento adequado, melhora.

"Colírio de farmácia resolve tudo."

PARCIALMENTE. Lubrificantes resolvem casos leves. Em casos moderados a graves, tratamentos adicionais costumam ser necessários — e abordar o componente das glândulas de Meibomius é o que mais costuma trazer diferença real.

"Compressa quente é sempre boa."

PARCIALMENTE. Atenção à temperatura: "quente" demais pode queimar a pele palpebral, que é fina e sensível. "Morna" (em torno de 41-43 °C) é o ideal. Por isso máscaras térmicas com controle são mais seguras que compressas improvisadas.

"Olho seco aparece só em idosos."

MITO. Idade é um fator, mas hoje vemos olho seco em pacientes cada vez mais jovens — em grande parte pelo uso prolongado de telas e por outros fatores ambientais.

15. Sobre o Dr. Bernardo Kaplan Moscovici



Médico oftalmologista com atuação em Cirurgia Refrativa, Córnea, Ceratocone e Catarata.

Formação

- Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), em 2005.
- Residência em Oftalmologia pela Santa Casa de São Paulo.
- Especialização em Cirurgia Refrativa pela UNIFESP.
- Especialização em Córnea e Doenças Externas pela Santa Casa de São Paulo.
- Especialização em Superfície Ocular pelo HC-USP.
- Doutorando pela UNIFESP.

Atuação acadêmica e clínica

- Chefe de Córnea de Residências Médicas entre 2017 e 2020.
- Médico assistente nos setores de Cirurgia Refrativa da UNIFESP e da Santa Casa de São Paulo.
- Autor de mais de 100 artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais.
- Mais de 100 aulas em congressos.
- Coordenou o Curso de Cirurgia de Pterígio nos Congressos Mundial e Europeu de Oftalmologia.

- Autor do livro "Tudo sobre Pterígio: Da Evidência à Prática Clínica" (2026).
- Autor de capítulos de livros sobre Cirurgia Refrativa, Ceratocone e Córnea.
- Desenvolveu a técnica de dissecação com bolha de ar para cirurgia de pterígio, descrita na literatura científica (Moscovici et al., 2022).
- Realizou mais de 10 mil cirurgias.

CRM-SP 120.495 • RQE 40978

Leve estas 5 perguntas para a consulta

Para tirar o máximo da avaliação presencial, sugerimos chegar com estas cinco perguntas em mente. São perguntas que ajudam a personalizar a decisão para o seu caso específico.

1. Eu sou candidato a essa abordagem?

Critérios anatômicos, refrativos, clínicos e expectativas precisam encaixar. A primeira pergunta da consulta é objetiva: o seu caso permite este caminho — ou faz mais sentido considerar uma alternativa?

2. Entre as opções disponíveis, qual técnica se encaixa melhor para mim?

Cada técnica tem trade-offs. Conhecer qual perfil de paciente se beneficia mais de cada uma ajuda na decisão informada.

3. Qual risco específico é mais relevante para o meu caso?

Riscos populacionais são úteis, mas o que mais importa é entender qual deles pesa mais na sua situação específica (idade, anatomia, profissão, doenças associadas).

4. Qual resultado é realista para o meu caso?

Estatísticas globais são uma referência. O resultado individual depende de fatores próprios — entender essa faixa para o seu caso permite expectativa calibrada.

5. Que cuidados, da minha parte, podem mudar o prognóstico?

Em muitas condições oculares, a adesão do paciente aos cuidados clínicos altera substancialmente o desfecho. Saber quais são esses cuidados — para você — é parte da decisão.

Referências selecionadas

As afirmações quantitativas e os parâmetros clínicos citados ao longo deste material têm base na literatura científica. Esta lista, não exaustiva, indica fontes representativas para os principais pontos abordados.

- Craig JP et al. TFOS DEWS II Definition and Classification Report. Ocul Surf. 2017;15(3):276-283.
- Wolffsohn JS et al. TFOS DEWS II Diagnostic Methodology report. Ocul Surf. 2017;15(3):539-574.
- Jones L et al. TFOS DEWS II Management and Therapy Report. Ocul Surf. 2017;15(3):575-628.
- Vigo L et al. Intense Pulsed Light Therapy in dry eye disease related to meibomian gland dysfunction. J Clin Med.
- Tananuvat N et al. Controlled study of the use of autologous serum in dry eye patients. Cornea.
- Wang AL, Weinlander E, Metcalf BM et al. Use of topical insulin to treat refractory neurotrophic corneal ulcers. Cornea.
- Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 56/2023 — Uso off-label de medicamentos. CFM, 2023.

Para a literatura completa, recomenda-se consultar bases científicas (PubMed, SciELO) e diretrizes das sociedades nacionais (CBO, BRASCRS) e internacionais (AAO, ESCRS).

Contato

Dr. Bernardo Kaplan Moscovici

Oftalmologia • CRM-SP 120.495 • RQE 40978

CONSULTÓRIO 1 — Higienópolis

Av. Angélica, 1996 — conjuntos 1407 e 1408 — Consolação, São Paulo / SP — CEP 01228-200

Telefone: (11) 2373-9333

WhatsApp: (11) 93070-8392

CONSULTÓRIO 2 — Vila Leopoldina

Av. Imperatriz Leopoldina, 1248 — conjuntos 908 e 911 — Vila Leopoldina, São Paulo / SP

Telefone: (11) 97818-7409

Online

Site: www.drbernardokmoscovici.com

Instagram: @oftalmobernardomoscovici

Este material tem finalidade exclusivamente educativa e informativa, em conformidade com a Resolução CFM nº 2.336/2023. Não substitui a consulta oftalmológica. Indicações, técnicas e resultados são individuais e dependem de avaliação clínica completa. Os dados estatísticos apresentados referem-se a médias populacionais de estudos publicados e não constituem garantia de resultado individual. Tratamentos descritos como off-label seguem as normativas do CFM para uso responsável de medicamentos fora da bula, com base em evidência científica e consentimento informado.