

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Universo Visual

JUNHO 2020 | ano XVIII | nº 116 | Dois Editorial
universovisual.com.br



TELEMEDICINA
GESTÃO REMOTA
NOVOS PROTOCOLOS DE HIGIENE
DISTANCIAMENTO
SEGURANÇA DIGITAL
PESQUISA
PRIVACIDADE
ADAPTAÇÕES
REINVENÇÕES

COMO A
OFTALMOLOGIA
ESTÁ LIDANDO
COM A COVID-19



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Universe**Visual**

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

CONSELHO EDITORIAL 2020

Editora

Marina Almeida

Editor Clínico

Marcos Pereira de Ávila

EDITORES COLABORADORES

Oftalmologia Geral

Newton Kara José
Rubens Belfort Jr.

Administração

Cláudio Lottenberg
Marinho Jorge Scarpi

Catarata

Carlos Eduardo Arieta
Eduardo Soriano
Marcelo Ventura
Miguel Padilha
Paulo César Fontes

Cirurgia Refrativa

Mauro Campos
Renato Ambrósio Jr.
Wallace Chamon
Walton Nosé

Córnea e Doenças Externas

Ana Luisa Höfling-Lima
Denise de Freitas
Hamilton Moreira
José Álvaro Pereira Gomes
José Guilherme Pecego
Luciene Barbosa
Paulo Dantas
Sérgio Kandelman

Estrabismo

Ana Teresa Ramos Moreira
Carlos Souza Dias
Célia Nakanami
Mauro Plut

Glaucoma

Augusto Paranhos Jr.
Homero Gusmão de Almeida
Marcelo Hatanaka

Paulo Augusto de Arruda Mello
Remo Susanna Jr.
Vital P. Costa

Lentes de Contato

Adamo Lui Netto
César Lipener
Cleusa Coral-Ghanem
Nilo Holzchuh

Plástica e Órbita

Antônio Augusto Velasco Cruz
Eurípedes da Mota Moura
Henrique Kikuta
Paulo Góis Manso

Refração

Aderbal de Albuquerque Alves
Harley Bicas
Marco Rey de Faria
Marcus Safady

Retina

Jacó Lavinsky
Juliana Sallum
Marcio Nehemy
Marcos Ávila
Michel Eid Farah Neto
Oswaldo Moura Brasil

Tecnologia

Paulo Schor

Uveíte

Cláudio Silveira
Cristina Muccioli
Fernando Oréfice

Jovens Talentos

Alexandre Ventura
Bruno Fontes
Paulo Augusto Mello Filho
Pedro Carlos Carricondo
Ricardo Holzchuh



Universe**Visual**

A REVISTA DA OFTALMOLOGIA

Edição 116 – ano XVIII – Junho 2020

Editora Marina Almeida

Diretora Comercial e marketing Jéssica Borges

Diretora de arte e projeto gráfico Ana Luiza Vilela

Assessoria jurídica: Martins Ferreira Advogados Associados

Colaboradores desta edição: Allan Pieroni, Ariel José Villar Gonçalves, Felipe Pereira, Jeanete Herzberg, Patrícia Akaishi, Paulo Schor, Ramon Coral Ghanem, Roberto Limongi, Samuel Victor Vivas de Castro, Vânia Vendramini e Vitor Martins Neto Manteufel (artigos); Christye Cantero, Flavia Lo Bello e José Vital Monteiro (texto); Regina Vicari (tradução).

Importante: A formatação e adequação dos anúncios às regras da Anvisa são de responsabilidade exclusiva dos anunciantes.

Redação, administração, publicidade e correspondência:

Av. Paulista, 2028 – cj. 111 (CV56) – 11º andar
Bela Vista – São Paulo/SP – 01310-200
e-mail: marina.almeida@universovisual.com.br
site: www.universovisual.com.br

Impressão: Gráfica Piffer Print

Tiragem: 16.000 exemplares

As opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Nenhuma parte desta edição pode ser reproduzida sem autorização da Dois Editorial.

A revista Universo Visual é publicada cinco vezes ao ano pela Dois Editorial e Comunicação Ltda.

Este material é destinado a classe médica.

Ressignificado

Para iniciar esse editorial buscamos um significado que conseguisse definir um pouco do que estamos vivendo. Como já destacado na capa, são inúmeras as mudanças que tivemos em um espaço tão curto de tempo. E talvez a melhor palavra que consiga definir esse contexto seja: Velocidade.

Nos últimos meses, a velocidade com que o mundo precisou se adaptar ao Novo Normal foi ligeiramente acelerada devido a pandemia do Covid-19. A velocidade com que o vírus se propagou e ganhou território fez com que precisássemos nos estruturar, da noite para o dia, para transformar nossas casas em escritórios, em escolas e até em consultórios.

Com a mesma velocidade, avanços tecnológicos foram antecipados a toque de caixa para suprir as necessidades das corporações. Foi preciso reinventar-se. Assim, intensificaram-se a procura por cursos EAD, lives e web meetings.

A Universo Visual não ficou atrás. Estruturamos em tempo recorde o nosso canal “UV Conecta”, para compartilhamento de lives com pautas que contribuem para reflexões de gestão, tecnologia, inovação e o nosso papel como sociedade. Em tempos em que as desigualdades estão expostas e as nossas fragilidades também, a comunicação (mesmo que digital) tornou-se ainda mais essencial.

Por fim, desejamos que você e sua família estejam bem!

Vai passar. Estaremos juntos.

Fiquem bem!

Marina Almeida e Jéssica Borges

Dois Editorial



Caros colegas,

Diante da grave crise de saúde pública mundial causada pelo coronavírus, temos mais uma edição da Universo Visual com matérias de relevância para o seu enfrentamento, e outras que nos estimulam à superação e a contínua procura por um mundo melhor para todos neste momento difícil.

A oftalmologia tem contribuído na procura de soluções, colocando sempre o paciente no centro do cuidado, inovando na oferta de saúde ocular a distância através de soluções como tecnologia de teleorientação e telemonitoramento que auxiliam no efetivo distanciamento social recomendado.

O novo momentum, de maneira inesperada, fortaleceu o Ensino a Distância através de um sem número de Webinares diários cada qual com formato inovador, estimulando sempre a interação entre os participantes, a excelência de conteúdo, e o debate dos grandes temas. Exemplo disto, foi o lançamento recente pela Universo Visual do UV Conecta – série Além da Visão, que Paulo Schor, como moderador, conduzindo os programas de forma excelente, com participação de nomes como Oded Grajew e mais recentemente Cláudio Lottenberg.

As matérias de gestão são esperadas em todas edições, e nesta o foco é a tendência do trabalho durante e após a crise, salientando o trabalho a distância e o reforço a comunicação virtual mais focada e efetiva comparada ao que tínhamos, além do cuidado com a saúde financeira dos nossos consultórios, clínicas e hospitais.

A crise trouxe junto o temor e a paralização, sensações estas que aos poucos vão dando lugar a melhor entendimento e o retorno as nossas atividades. Nesta volta encontramos nossos pacientes e suas necessidades. Assim, nesta edição nossos leitores terão artigos de atualização em retina, oculoplástica, neuro-oftalmologia, cirurgia refrativa e, para realçar nossas conquistas, a história da 1ª LIO implantada por um residente na UNIFESP.

Finalmente, a imperdível entrevista com Oded Grajew que revolucionou as posturas empresariais no Brasil. Além de empresário e empreendedor social ele está preocupado com as desigualdades de acesso à saúde pública e privada no Brasil. Vale a pena a leitura. Uma das mais significativas matérias da UV de todos os tempos!

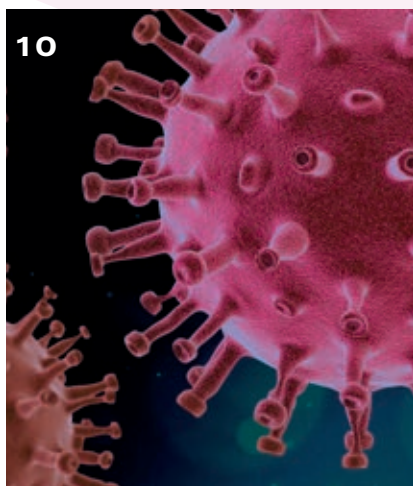
Fique em casa se puder, use máscara ao sair. Juntos venceremos o novo desafio.

Boa leitura!

Marcos Ávila *Editor Clínico*

SUMÁRIO

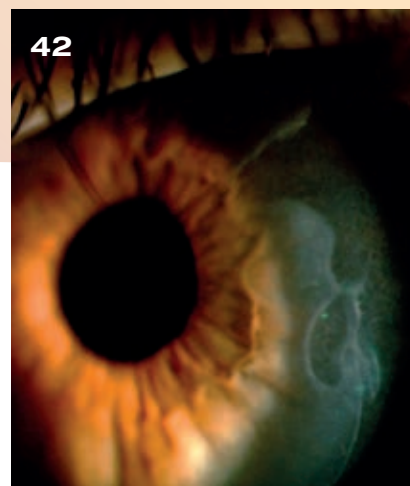
EDIÇÃO 116 / JUNHO 2020



10



22



42

06 ENTREVISTA
De empresário a
empreendedor social,
Oded Grajew fala sobre
como a pandemia
está acentuando as
desigualdades no país

10 CAPA
Em meio a pandemia
causada pelo coronavírus,
o que parecia ser algo
distante, tornou-se
realidade: telemedicina
no Brasil

22 GESTÃO
Covid-19 e aceleração
de tendências do trabalho

28 PONTO DE VISTA
Coluna de Paulo Schor

30 SAÚDE
FINANCEIRA
Coluna de Jeanete
Herzberg

31 RESIDÊNCIA
33 anos do primeiro
implante de uma lente
intraocular na
EPM-UNIFESP

32 OCULOPLÁSTICA
Blefaroplastia estruturada

36 RELATO DE CASO
Alterações Visuais
Associadas ao
Macroadenoma

39 PESQUISA
Práticas oftalmológicas
durante a pandemia
de Covid-19

42 CIRURGIA
REFRATIVA
Que casos desafiadores
existem em cirurgia
refrativa?

48 NOTÍCIAS E
PRODUTOS

50 EVENTOS
O novo UV Conecta,
a série de webinars, trouxe
os temas mais atuais
e discutidos neste
novo momento

51 AGENDA



**Oded Grajew**

Coordenador geral da Rede Nossa São Paulo e do Programa Cidades Sustentáveis

O Brasil que não queremos ter

Oded Grajew fala sobre como a pandemia está acentuando as desigualdades no país

Christye Cantero

O entrevistado desta edição é Oded Grajew, coordenador geral da Rede Nossa São Paulo e do Programa Cidades Sustentáveis. Grajew passou de empresário - fundou, por exemplo, a Grow, a empreendedor social. Criou a Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, da qual foi diretor-presidente até 1998, ano em que fundou junto com outros empresários brasileiros o Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social. Três anos depois, idealizou o Fórum Social Mundial, do qual atualmente é membro do Conselho Internacional.

Em 2007 idealizou a Rede Nossa São Paulo, organização da sociedade civil que tem como missão mobilizar diversos segmentos da sociedade para, em parceria com instituições públicas e privadas, construir e se comprometer com uma agenda e um conjunto de metas, articular e promover ações, visando a uma cidade de São Paulo justa e sustentável.

A revista Universo Visual teve uma grande oportunidade de entrevistá-lo em maio, quando contamos com sua participação no UV Conecta, um projeto muito especial desenvolvido em parceria com o Cirurgião e Professor de Oftalmologia e Ciências Visuais da EPM-Unifesp, Ficsae-Hiae e Ita, Paulo Schor, editor associado e colunista desta revista. Na ocasião, Grajew falou sobre as desigualdades que atravancam o desenvolvimento do Brasil e que foram acentuadas com a pandemia da Covid-19. Confira.

Universo Visual: Com a pandemia, as desigualdades sociais no Brasil se tornaram mais evidentes. O que causa essa desigualdade?

Oded Grajew: Olhando os indicadores sociais, econômicos, ambientais de vários países que deram certo, como os escandinavos, eles oferecem qualidade de vida muito boa para a população. Eles eram os países mais pobres da Europa no começo do século passado. E chegaram a um consenso muito óbvio que para um país, uma comunidade, uma família, um agrupamento ser bem-sucedido o fundamental é ter relações harmoniosas entre as pessoas.

O que causa a desarmonia é a injustiça. Os países escandinavos buscaram construir uma sociedade com a menor desigualdade possível e fizeram dar certo. Educação pública de qualidade para todos, sistema político que representa toda a sociedade e

não apenas alguns, e sistema fiscal e tributário que redistribui a riqueza. Para o Brasil dar certo é preciso ter o mínimo de desigualdade possível.

UV: Como se faz isso?

Grajew: Falamos muito de reformas política, fiscal e tributária, mas a maior reforma que podemos fazer é a cultural. Pensar, refletir, chegar ao entendimento do que é preciso para o país dar certo. O Brasil está muito atrasado e somos um país muito rico, mas infelizmente somos campeões mundiais em desigualdade. No início de maio, por exemplo, saiu um dado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de que 10% da população tem a renda de 50% dos mais pobres, uma porção pequena da população tem quase todo o patrimônio brasileiro. São dados aterradorantes. Desigualdade de raça, gênero, entre homens e mulheres, territoriais, temos desigualdade de todos os tipos. Isso faz com que o Brasil seja o país dos conflitos. A desigualdade provoca conflitos. No Brasil, o número de assassinatos por ano é de cerca de 60 mil, se mata mais do que em qualquer guerra.

UV: Fale um pouco sobre o mapa da desigualdade realizado pela Rede Nossa São Paulo.

Grajew: São Paulo é dividida em 96 distritos e a rede Nossa São Paulo elabora, todo ano, o mapa das desigualdades da cidade que avalia as diferenças como aquelas relacionadas à saúde, sociais, econômicas e ambientais entre os distritos da cidade. Um indicador que pode resumir vários desses é a expectativa de vida (idade média) ao morrer. No distrito de Moema, a expectativa ao morrer é de 81 anos. A 27 quilômetros dele está Cidade Tiradentes, onde a idade média ao morrer é de 57 anos, ou seja, 24 anos de diferença. Falando



O que causa a desarmonia é a injustiça. Os países escandinavos buscaram construir uma sociedade com a menor desigualdade possível e fizeram dar certo. Educação pública de qualidade para todos, sistema político que representa toda a sociedade

da pandemia, na capital paulista 60% dos leitos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão concentrados em três subprefeituras (São Paulo tem 32). Sete subprefeituras na periferia, onde se concentra 20% da população, tem zero leito de UTI. Outro dado é que pelo Sistema Único de Saúde (SUS) há 10 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes. Na rede privada, para quem tem plano de saúde, há 58 leitos para cada 100 mil habitantes.

UV: O que é possível ser feito?

Grajew: Em primeiro lugar, convencer as pessoas de que o caminho para o Brasil ser um país decente, civilizado, com qualidade de vida para a população passa pela redução das desigualdades. Essa percepção não existe pela população e está muito longe de acontecer. Por exemplo, nas últimas eleições o processo da desi-

gualdade não entrou na agenda. O único candidato (Guilherme Boulos) que falou sobre isso teve menos de 1% de votos. O resultado das eleições foi de quem queria fazer e faz o conflito. Não vê a comunidade como um todo, tenta combater quem pensa diferente. É exatamente o caminho oposto de quem deveria promover a redução das desigualdades.

Além de tudo, o Brasil é muito pobre. Mais de 50% da população vive com menos de 850 reais por mês. Isso é uma burrice econômica porque deixa de construir um mercado interno forte. É puramente pragmático. O Henry Ford, lá no começo do século passado, já falava que ia pagar bem os funcionários para ter pessoas que tenham dinheiro para comprar os carros dele. Em vez de ter um mercado interno forte com essa população enorme que temos no país, nós a empobrecemos e concentramos a renda em vez de distribuí-la. A cada ano, o resultado do Produto Interno Bruto (PIB) é medíocre. E isso não vai melhorar a menos que se distribua a renda. Quando se conseguiu distribuir um pouco a renda, no Plano Real ou com o Bolsa Família, foi o momento de crescimento econômico mais vigoroso do Brasil porque a população tinha mais renda. A desigualdade além de matar, é burra.

E agora a pandemia vai reforçar e aprofundar a desigualdade porque atinge, do ponto de vista da saúde e da economia, os mais vulneráveis. Combatê-la é o eixo principal para melhorar o país, é questão de ter a mente voltada para esse assunto percebendo a centralidade e a importância de reduzi-la.

UV: Qual o papel da sociedade civil nesse cenário?

Grajew: A sociedade civil não resolve a escala dos problemas. Ela pode produzir ações exemplares,

mostrar caminhos, fazer testes, dar visibilidade, pautar a sociedade, mas sempre associada à influência nas políticas públicas. Em qualquer país do mundo, não se compara a escala das políticas públicas com a da sociedade civil por mais meritórias e impactantes que sejam.

Por isso é tão importante se interessar pela política, por quem elegemos. Uma das ações de um desses países que citei é que há um esforço enorme para fazer com que a representação política, tanto no Executivo como no Legislativo, corresponda à composição da sociedade. Se a sociedade tem 50% de mulheres, tem de ter 50% delas na esfera governamental. O mesmo acontece com pobres, negros e assim por diante. Por outro lado, a nossa composição política não tem nada a ver com a sociedade. O que mata a sociedade brasileira é achar normal a desigualdade. A desigualdade não é produto divino, ela é resultado de políticas públicas. Por exemplo, nosso sistema tributário e fiscal drena recurso dos pobres para dar para os ricos. Os pobres pagam 32% de sua renda em tributos porque o sistema tributa os bens de consumo na hora que se compra uma garrafa de água, uma TV, qualquer produto tem impostos invisíveis. Quem está na camada mais rica da população paga 21% de imposto sobre sua renda. Não tributa patrimônios, grandes fortunas, nem lucros e dividendos. O Brasil é, junto com a Estônia, o único país do mundo que não tributa lucros e dividendos.

UV: Como o senhor vê a resposta de saúde do país mais rico do mundo à pandemia?

Grajew: Os Estados Unidos são o país mais desigual entre aqueles ditos desenvolvidos. Lá não tem SUS, é tudo privado, e há pessoas

morrendo em casa porque não têm dinheiro para ir ao hospital. E se for não será tratado porque não tem o seguro privado. Esse é o resultado de um estado ausente. Quando se tem empresas que ganham muito dinheiro na saúde e na educação em um país é porque algo está errado. Toda a política de saúde dos Estados Unidos foi baseada em lobby com seguradoras de saúde. Outro exemplo, as prisões lá são privadas, se ganha por preso. O lobby das empresas de prisão no congresso aumentou as penas. No setor privado o interesse é o lucro. O CEO que não dá lucro dois trimestres seguidos é demitido. Essa é a natureza do sistema privado. Ao estado cabe fazer com que haja limites. Nos Estados Unidos inviabilizaram o sistema de saúde. Riqueza não quer dizer qualidade de vida. Lá muita gente morreu na pandemia.

O papel do estado não é acabar com a iniciativa privada é fazer com que ela esteja dentro de um sistema que beneficie a população. Esse é o objetivo maior. O resto é meio. Mas o objetivo tem de ficar bem claro.

Nos países nórdicos existe um órgão independente do governo por onde passa todas as resoluções do governo e analisa se aquela medida vai aumentar ou diminuir a desigualdade. É um filtro. Só passam medidas que possam ajudar a diminuir a desigualdade. No Brasil, está na constituição, que o objetivo maior do governo é diminuir a desigualdade. Uma série de organizações das quais faço parte entrou no Supremo Tribunal Federal (STF) para declarar inconstitucional o sistema fiscal e tributário porque ele é regressivo, aumenta a desigualdade. Se o STF acolher, abre jurisprudência para qualquer tipo

de ação que aumenta a desigualdade, porque é anticonstitucional, portanto não pode ir adiante.

UV: O que será 2021?

Grajew: A população deve estar mais empobrecida, a desigualdade está aumentando. Existe grande potencial de conflito. Espero que eu esteja errado e que tenhamos consciência para poder sair com mais solidariedade e apoio a políticas públicas, continuidade das escolas, da vida econômica.

UV: Como o senhor vê o papel dos profissionais de saúde em relação a redução de desigualdade?

Grajew: Esses profissionais têm uma função pública de saúde que quanto melhor ela for, mais reduz as desigualdades. Há nisso uma missão nobre de atender a quem mais necessita e quanto melhor atender a população mais pobre, aumentando quantidade e qualidade, ajuda a reduzir a desigualdade. É importante reforçar essa agenda de quem quer um Brasil melhor com a redução da desigualdade. E espero que isso tenha impacto nas suas vidas e nas suas escolhas. ✖

Quer acompanhar a participação completa no webinar da Universo Visual?



O MELHOR E MAIS COMPLETO VEÍCULO DE OFTALMOLOGIA,

FEITO POR OFTALMOLOGISTAS PARA OFTALMOLOGISTAS.



Notícias **exclusivas**
sobre oftalmologia



Pesquisas que
estão impactando
a **medicina**



Insights para **evoluir**
na **sua carreira** ou
negócio



Acesso ao calendário
dos **maiores eventos**
nacionais e internacionais



Também disponível
em versão digital

**ASSINE A
UNIVERSO VISUAL**

POR APENAS

R\$50,00
ANUAL

**E GANHE UM E-BOOK GRÁTIS SOBRE GESTÃO
DE CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS.**

   @revistauniversovisual • UNIVERSOVISUAL.COM.BR



A REVISTA DA OFTALMOLOGIA
Universo Visual

TELEMEDICINA: O ATENDIMENTO MÉDICO A DISTÂNCIA EM TEMPOS DE ISOLAMENTO SOCIAL

A modalidade na prestação de serviço de saúde existe há décadas, o atendimento médico a distância, obteve novos recursos de inteligência artificial e de conectividade

Flávia Lo Bello

Com a pandemia do novo coronavírus (Covid-19), a telemedicina ganhou uma relevância ainda maior em tempos de isolamento social. Uma modalidade na prestação de serviço de saúde que existe há décadas, o atendimento médico a distância obteve novos recursos de inteligência artificial e de conectividade e, hoje, é essencial para tratar pacientes que não podem se deslocar até clínicas e hospitais para serem atendidos.

No Brasil, foi aprovada em 20 de março a Portaria nº 467/2020 e, menos de um mês depois, em 15 de abril, foi transformada na Lei 13.989/20, que autoriza o uso da telemedicina enquanto durar a crise provocada pela pandemia. Como está previsto no artigo 4º da Portaria nº 467, o atendimento remoto precisa ser registrado em um prontuário. E, além do atendimento médico em si, a consulta remota pode resultar na necessidade de prescrição médica, que deve ser assinada eletronicamente.

Segundo Donizetti Dimer Giamberardino, 1º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), as diretrizes no período pré-Covid-19 estão estabelecidas no Código de Ética Médica e outras resoluções do CFM - Resolução CFM 1643/2002 sobre telemedicina e outras sobre telerradiologia e telepatologia. “Em relação ao primeiro atendimento entre o profissional e o paciente a distância, apesar de autorização legal, recomenda-se muita

cautela e a possibilidade de reversão para consulta presencial diante de qualquer insegurança percebida”, orienta o porta-voz do CFM.

Para Giamberardino, estas diretrizes apresentam princípios em que a consulta presencial representa um valor ouro da medicina e na qual a telemedicina é um método propedêutico para o exercício da medicina, através de tecnologias, sendo que a consulta a distância deve buscar a mesma segurança ao paciente que representa a consulta presencial. “Deve existir autonomia para o paciente e para o médico, em que ambos devem optar ou não pelo uso da metodologia”, afirma o especialista.

O médico explica que no período da pandemia da Covid-19, com a necessidade do distanciamento social

e o decreto de calamidade pública pelo governo brasileiro, em caráter excepcional neste período de pandemia, a Portaria nº 467/20 do Ministério da Saúde e a lei 13.989/20 da telemedicina, sancionada pelo executivo, autorizam a telemedicina no Brasil de forma mais ampliada. “O CFM preconiza a teleorientação, teletriagem, telemonitoramento e teleinterconsulta (médicos nas duas pontas)”, informa, salientando que o atendimento médico a distância entre profissionais de saúde e pacientes foi liberado conforme a lei, para o seguimento de indivíduos que já realizaram consultas presenciais prévias com o mesmo especialista.

Melhoria no acesso à saúde

De acordo com Giamberardino, a

telemedicina vem para melhorar o acesso à saúde das pessoas, não devendo ser utilizada para substituir o ato presencial do médico. “Todo atendimento por telemedicina deve possuir um prontuário, com níveis de segurança para garantir sigilo, privacidade, inviolabilidade e rastreabilidade”, observa, esclarecendo que todo paciente tem direito a ter um médico e a impessoalidade do atendimento deve ser evitada, assim como todo trabalho médico merece ser remunerado. “O médico só deve atender por telemedicina se desejar e o paciente da mesma forma. Para esta consulta, deve existir um termo de consentimento informado, o qual descreva as limitações do método e a possibilidade da não resolução do problema apresentado, com ne-

AS TRÊS PRINCIPAIS BARREIRAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA TELEOFTALMOLOGIA:

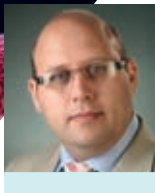
- **CONCEITUAL:** Há um conceito equivocado sobre a telemedicina de que esta seria um substituto para a consulta médica. A telemedicina, na verdade, deve ser vista como estratégia para se atingir um objetivo específico no âmbito da saúde - por exemplo, aumentar a cobertura de rastreio de retinopatia diabética na população ou monitorar pacientes ambulatoriais com DMRI. Ou ainda, ajudar o oftalmologista não-subespecialista no diagnóstico e encaminhamento de doenças específicas, como tumores oculares. Uma vez identificado e definido o problema, a estratégia de telemedicina pode ser desenvolvida.

- **REGULAMENTAÇÃO:** Há falta de regulamentação específica dentro da especialidade, que gera incerteza e insegurança ao médico em relação a uma prática

responsável. A radiologia e a patologia já têm normas definidas em telemedicina.

- **REMUNERAÇÃO:** Há também incertezas sobre a remuneração. Durante a pandemia, há iniciativas que contam com a participação solidária dos médicos, o que é positivo como esforço humanitário em um momento ímbar de saúde pública. Mas, em um horizonte maior, a definição de um sistema de remuneração correto, que valorize adequadamente o trabalho médico, é imperativo para o avanço da telemedicina.

Fonte: Aline Lütz de Araujo. Médica oftalmologista; membro da Comissão de Tecnologia, Telemedicina e Inovação do CBO; Doutorado em andamento na EPM/UNIFESP e autora do projeto TeleOftalmo no Rio Grande do Sul.



“Defino a telemedicina como um novo modo de cuidar. Ora cuidamos de nossos pacientes clinicamente, ora cirurgicamente. Agora temos a opção de também cuidar virtualmente deles

”

Alexandre Taleb



“Deve existir autonomia para o paciente e para o médico, em que ambos devem optar ou não pelo uso da metodologia

”

**Donizetti Dimer
Giamberardino**

cessidade de consulta presencial”, afirma o 1º vice-presidente do CFM.

Conforme explica o especialista, as videochamadas pelo WhatsApp são consideradas vias de comunicação, entretanto não representam os registros no prontuário do paciente. “A plataforma a ser utilizada deve possuir níveis de segurança aos dados do paciente, na transmissão, arquivamento, privacidade e sigilo destes. A chave ou assinatura digital mais segura e do tipo qualificada é o padrão ICP Brasil”, pontua, afirmando que a pactuação ou contrato entre o médico e paciente são fundamentais para estabelecer entre as partes os valores atribuídos, período de validade do atendimento e as limitações do método, sendo essencial a formalização do termo de consentimento informado. “Recomendam-se avaliações presenciais periódicas para verificação e controle da segurança do atendimento”, complementa.

Segundo o porta-voz do CFM, a fiscalização do exercício da medicina é realizada pelos conselhos regionais de medicina, devendo existir cadastro dos serviços de telemedicina nestes órgãos. “A telemedicina é mais um método propedêutico da profissão, dessa forma deve seguir todas as normas éticas para o exercício da medicina”, enfatiza Giamberardino. Ele comenta que a telemedicina vinha sendo implantada com muita cautela até 2019, quando, de forma disruptiva, a pandemia da Covid-19 realizou um impulso no ano de 2020, em caráter excepcional, frente ao distanciamento social, enquanto durar a crise.

Dessa maneira, o especialista revela que há o desafio do novo, uma nova propedêutica, cuja execução abrupta leva a uma insegurança técnica e jurídica. “Temos ainda a

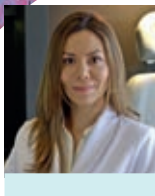
carência de estruturas e plataformas para atender com segurança às necessidades do atendimento por telemedicina, cumprindo as normas vigentes para proteção e sigilo de dados”, destaca. Na opinião do médico, existe o desafio do contrato entre o profissional e o paciente a ser estabelecido, com a pressão das operadoras de saúde, que têm o domínio da intermediação do trabalho médico. “E após este período, teremos suas heranças, a análise de sucessos e insucessos, mas com a possibilidade de que a telemedicina terá outro patamar de importância em relação ao passado recente”, conclui Giamberardino.

Vantagens do atendimento a distância

No cenário da pandemia pelo coronavírus, a médica oftalmologista Aline Lütz de Araujo, que é membro da Comissão de Tecnologia, Telemedicina e Inovação do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), explica que a principal vantagem da telemedicina é prover atendimentos sem quebrar o distanciamento social preconizado pelos órgãos sanitários. “Os benefícios anteriores à epidemia também se aplicam no momento atual: aumento do acesso aos serviços de saúde e melhor utilização do tempo por pacientes e profissionais”, pontua a especialista.

Ela diz que há ainda o impacto sobre os custos envolvidos: “Um paciente que necessita sair de sua cidade para, digamos, mostrar resultados de exames, gera gastos em transportes e perda de dia de trabalho. A telemedicina pode conectar paciente e médico e encurtar a distância e o tempo dispendido”, cita como exemplo. “Já o cuidado direto ao paciente por telemedicina traz novos desafios, principalmente por-





“Os benefícios anteriores à epidemia também se aplicam no momento atual: aumento do acesso aos serviços de saúde e melhor utilização do tempo por pacientes e profissionais



Aline Lütz de Araujo

que um bom atendimento baseia-se em um exame físico minucioso do olho e da visão, tradicionalmente realizado no consultório. Na telemedicina, o médico baseia o seu diagnóstico em dados recebidos (por exemplo, imagens)”, continua a médica.

Outras vantagens, de acordo com a oftalmologista, são a conveniência, por trazer o cuidado de saúde para a casa do paciente, além da possibilidade de maior interação entre médico e paciente ao longo do tempo. “Esse último item é especialmente importante para o monitoramento de doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares. Neste sentido, a telemedicina, na forma de telemonitoramento, adiciona cuidado médico ao paciente no período entre

as consultas”, afirma, enfatizando que a evolução em prontuário médico é obrigatória. “Deve-se registrar que é um teleatendimento e qual a plataforma utilizada”, acrescenta.

“Vivemos uma época inusitada, em que mudanças importantes de hábitos nos foram impostas de forma súbita. A adaptação aos novos tempos demanda calma, parcimônia e abertura a novas possibilidades”, avalia o médico oftalmologista Alexandre Taleb, professor de Telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (GO), enfatizando que a telemedicina surge como uma opção ética e viável. “Defino a telemedicina como um novo modo de cuidar. Ora cuidamos de nossos pacientes clinicamente, ora cirurgicamente.

AMPLIANDO AS AÇÕES MÉDICAS

Em 30 de outubro de 2019, o deputado Carlos Bezerra (MDA) telemedicina trata do uso das modernas tecnologias da informação e telecomunicações para o fornecimento de informação e atenção médica a pacientes e outros profissionais de saúde situados em locais distantes. É uma subárea da telessaúde e seu principal campo, atualmente, é a cibermedicina, medicina por internet ou intranet, e pode ser definida como o conjunto de tecnologias e aplicações que permitem a realização de ações médicas a distância.

Nessa interação, o médico realiza a análise utilizando plataformas de atendimento ao paciente, desde um WhatsApp a sistemas desenvolvidos sob medida para esse fim. Tem aumentado muito, ainda, a tentativa de se medir remotamente os sinais vitais do paciente (temperatura, pressão, saturação de oxigênio etc.). Para isso, é necessário que aparelhos de medições de sinais, como oxímetros por exemplo, estejam ao alcance do paciente.

Com a evolução dos meios de comunicação, é natural que o contato entre o médico e o paciente possa ser feito a distância e,

ao contrário do que se possa pensar, as aplicações dessa técnica vêm apresentando respostas positivas, tanto de médicos quanto de pacientes. A resolução publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2002 (nº 1643) já apresentava conceitos sobre a telemedicina, entretanto a Portaria nº 467/20, do Ministério da Saúde (MS), ampliou os seus serviços, contemplando o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico realizado a distância.

Ainda, de acordo com a Portaria, durante o atendimento, os médicos poderão emitir atestados ou receitas médicas por meio eletrônico e a emissão dos documentos a distância será válida em meio eletrônico, mediante uso de assinatura eletrônica através de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil). Além disso, em relação aos atestados, o documento deverá conter identificação do médico, incluindo nome e número do CRM; identificação e os dados do paciente; registro de data e hora e prazo de duração do atestado.

Agora temos a opção de também cuidar virtualmente deles”, analisa o especialista, para quem esse novo modo de cuidar soma-se aos demais, sem pretender substituí-los ou sobrepor-se a eles.

Teleoftalmologia

Segundo Aline, o oftalmologista há muito tempo pratica uma modalidade de telemedicina, que é a teleinterconsulta: discussão de casos entre médicos. Ela diz que na oftalmologia são muitas as variáveis a serem consideradas para substituir um exame físico por dados. “Não é impossível fazer uma teleconsulta oftalmológica, mas, de maneira geral, não estamos preparados em termos de equipamentos, treinamento, infraestrutura de rede etc., para prestar consultas a distância. Telemedicina não significa, necessariamente, teleconsulta”, avisa. O que se tem feito, de acordo com a médica, é um tipo mais restrito de atendimento, geralmente chamado de teleorientação, cujo objetivo é orientar cuidados a serem tomados em casa e a necessidade de consulta em pronto-atendimento ou eletiva, conforme o quadro relatado pelo paciente.

“A Pandemia da Covid-19 trouxe muitas mudanças à rotina de todos nós. Há cidades cujos consultórios oftalmológicos estão impedidos de funcionar há mais de 60 dias, enquanto que em muitas outras cidades, o funcionamento está limitado (horários, número de pacientes na sala de espera, tempo de desinfecção de consultório a cada atendimento...)”, relata Taleb. Ele salienta que pela proximidade que o oftalmologista fica dos pacientes, o risco de contaminação é um dos maiores entre os especialistas. “Esta nova realidade impactou significativamente no nosso modo de atuar”,

revela, ressaltando que a telemedicina se apresentou, então, como uma alternativa prática e viável para se continuar realizando o cuidado oftalmológico dos pacientes a distância.

O oftalmologista explica que para muitos colegas, a teleorientação tornou-se uma modalidade de rápida implementação, na qual o médico conversa diretamente com o paciente e passa orientações gerais sobre manutenção de tratamentos anteriores, orientações sobre procedimentos adiados, além de esclarecer dúvidas e angústias dos seus pacientes. “A teleconsulta, outra modalidade de telemedicina, foi adotada por muitos outros colegas. Nela, o médico tem a possibilidade de prescrever medicamentos, exames e emitir laudos, porém, por exigir recursos um pouco mais complexos (assinatura digital e prontuário eletrônico), ainda não é praticada por todos”, informa.

Entre as plataformas possíveis de serem utilizadas para o atendimento oftalmológico a distância, Aline enfatiza que a telemedicina síncrona (ou on-line) é realizada por meio de videochamadas. “Outros canais de comunicação, devidamente seguros, dão suporte ao atendimento - por exemplo, para envio de exames para o médico, envio de termo de consentimento, receitas e atestados para o paciente”, comenta, pontuando que para garantir um bom atendimento existe um documento precursor das normas éticas na prática da telemedicina, a Declaração de Tel Aviv, de 1999, que afirma que o médico deve decidir se está seguro em emitir a sua opinião ou conduta, conforme a qualidade e a quantidade de informação recebida de um paciente. “Este deve ser o norte para qualquer tipo de prática médica a distância”, garante Aline.

Na opinião de Taleb, é fundamental que todos os oftalmologistas que optem por realizar telemedicina esclareçam os seus pacientes, através de um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), sobre as possibilidades, vantagens e limitações do teleatendimento. “O TCLE é o primeiro passo e deve ser assinado pelo paciente antes da teleconsulta. Quando o atendimento for começar, o médico deve estar em um local silencioso, com excelente conexão à Internet e com fones de ouvido (para garantir a privacidade do paciente)”, orienta. De acordo com o especialista, recomenda-se que o paciente tenha a melhor conexão possível, para que a interação seja a mais estável e nítida. “Todos os dados trocados devem ser anotados no prontuário do paciente (preferencialmente eletrônico) e os documentos enviados (receitas, exames etc.) devem, também, ser arquivados”, pontua.

O médico afirma que o atendimento depende de onde o paciente se encontra. “Caso ele esteja em casa, isolado, há muitas avaliações que são possíveis, como identificar a presença/ausência de hiperemia ocular, lesões oculares externas (como hordéolo, por exemplo), posição palpebral, presença/ausência de estrabismo, e a motilidade ocular”, comenta. Ele diz que se o paciente for ao consultório e o oftalmologista estiver remoto, dependendo dos equipamentos de captura de imagem disponíveis, é possível receber imagens da lâmpada de fenda e de exames complementares, como o retinógrafo (que completam, sobremaneira, a capacidade diagnóstica do oftalmologista a distância). “Entretanto, ainda não há como avaliar a pressão intraocular do paciente de forma remota”, finaliza o oftalmologista. ✕

Repensando lentes tóricas: uma atualização sobre as lentes de contato gelatinosas tóricas

Baseado no artigo “Turning to torics: an update on soft toric contact lenses” de Anna Sulley, que discute sobre os modernos desenhos das lentes gelatinosas tóricas e como a maior confiança no desempenho das lentes tem aumentado o número de prescrições das lentes tóricas. Este artigo analisa as novas descobertas sobre o aumento da prescrição das lentes de contato gelatinosas tóricas, as vantagens de adaptar os pacientes com os mais modernos desenhos e as técnicas de avaliação para beneficiar ainda mais os pacientes astigmatas.

Autor

Dra. Tatiana Cavalcanti
Usai Souto
Oftalmologista, formada
na Faculdade de Medicina
da UFRJ – RJ, atua como
consultora médica de
Educação Profissional
na Johnson e Johnson
Vision Care.

1. Introdução

O maior número de prescrições de lentes de contato gelatinosas tóricas no Reino Unido nos últimos anos representa uma grande conquista para os profissionais de cuidados oftalmológicos e para a indústria de lentes de contato no atendimento das necessidades de pacientes astigmatas. Em 2014, mais de um terço de todas as lentes gelatinosas no Reino Unido consistia de desenhos tóricos, comparadas com menos de uma em cada cinco em 1996, quando os dados de tendência de prescrição foram relatados pela primeira vez (34% vs. 19%).^{1,2} Os prováveis motivos para esta mudança estão relacionados à disponibilidade das lentes tóricas em mais materiais, modalidades e parâmetros; métodos de fabricação aprimorados, resultando em melhor consistência das lentes; e maior confiança do médico no ajuste dessas lentes.¹

No entanto, a prescrição de lentes de contato gelatinosas tóricas ainda está aquém do nível esperado da prevalência de astigmatismo. Quase metade dos potenciais usuários de lentes gelatinosas (47%) tem astigmatismo de $\geq 0,75D$ em pelo menos um olho, e para míopes a incidência é de 55%.³

Historicamente, pacientes com astigmatismo têm sido sobrerrepresentados entre àqueles que descontinuaram o uso de lentes de contato, o que sugere que a deficiência visual resultante do astigmatismo não corrigido foi um fator contributivo para a descontinuação do uso das lentes.⁴⁻⁷ Uma pesquisa evidenciou que este pode ser o motivo, uma vez que mais que o dobro dos pacientes com lentes tóricas anteriormente tinham descontinuado o uso das lentes devido a queixas de visão quando comparado aos usuários de lentes esféricas.⁸

Um estudo recente sobre a continuidade no uso de lentes de contato entre

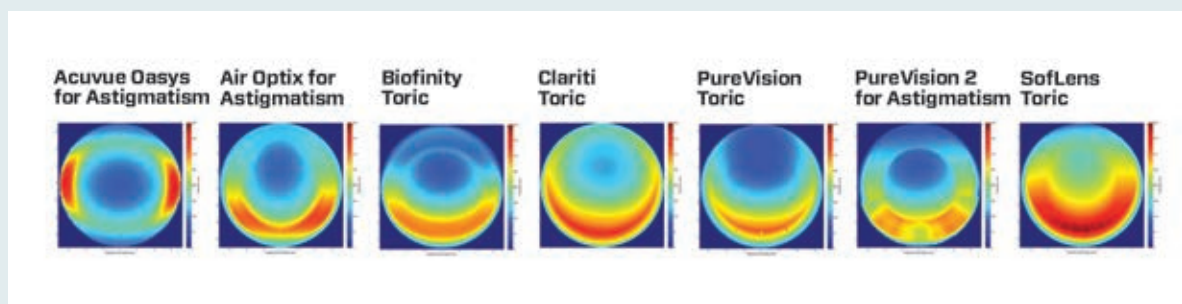


Figura 1: Imagens do perfil de espessura da lente - lentes de contato gelatinosas tóricas (exemplos dados para -3,00/- 1,25x180)

novos usuários, não encontrou uma diferença significativa quanto às taxas de descontinuação em um ano entre pacientes que usam lentes tóricas e lentes esféricas, 78% vs. 73%, respectivamente, novamente atribuído a uma melhoria geral no desenho das lentes tóricas e à crescente confiança no ajuste desse tipo de lente,⁹ dado que a baixa de acuidade visual para longe continua sendo o principal motivo de descontinuação entre os usuários de lentes tóricas.

De forma encorajadora, readaptar pacientes astigmatas com lentes gelatinosas tóricas modernas alcança uma maior taxa de sucesso em comparação com uma estimativa anterior do Reino Unido de 2002 (94% vs. 69%).^{10,4} Além disso, há evidências de que a baixa visão com as lentes de contato tóricas anteriores pode ser superada quando os usuários usam os mais recentes desenhos, com uma taxa de sucesso semelhante (96%).⁸

No que consiste os desenhos mais modernos das lentes tóricas que conduziram a uma maior utilização e um maior sucesso? Como o desenho e o desempenho das lentes disponíveis no mercado se diferem dos desenhos anteriores? E como podemos adaptar nossas técnicas clínicas para aproveitar ao máximo as novas lentes?

2. Desenhos atuais e suas diferenças

O prisma de lastro foi o primeiro método usado para estabilizar as lentes de contato gelatinosas nos olhos. O desenho foi refinado, resultando em perfis de lente mais finos com melhor entrega de oxigênio. Com um desenho de zona fina, a parte central da lente pode ser fabricada em espessuras que se aproximam das lentes esféricas de poder semelhante,

otimizando o conforto e melhorando a transmissibilidade de oxigênio.

Em 2011, Edrington revisou o desempenho de lentes de contato gelatinosas tóricas e descobriu melhorias substanciais.¹¹ Os desenhos mais recentes tendem a melhorar a estabilidade rotacional e reduzir a rotação da lente. A melhor reprodutibilidade da lente, o descarte mais frequente (incluindo lentes de descarte diário), uma maior disponibilidade de parâmetros e materiais mais permeáveis e umectáveis também contribuíram para o maior sucesso na prescrição de lentes de contato gelatinosas tóricas. Uma nova técnica permitiu um melhor entendimento dos atributos relativos aos diferentes desenhos. A Phase Focus Lens Profiler (Phase Focus Ltd, Sheffield) analisa os padrões de difração gerada por laser e, usando algoritmos para corrigir a interferência, calcula os perfis de espessura da lente (ver Figura 1).

Os mapas de perfil de cor indicam a espessura radial da lente variando de vermelho na extremidade mais grossa para azul na extremidade mais fina.

O perfil de espessura revela as sutilezas do desenho das lentes tóricas, destaca as diferentes abordagens dos fabricantes de lentes para a estabilização e mostra como seus respectivos desenhos evoluíram ao longo do tempo.

Com desenhos mais modernos, os fabricantes vêm tentando superar algumas das limitações do prisma de lastro, principalmente o contorno da zona espessa para minimizar a interação com as pálpebras inferiores. E com os mais recentes desenhos de peri-lastro, o prisma está concentrado na periferia, a fim de reduzir a espessura do centro e permitir mais controle da óptica.

PRODUTO	DESENHO
ACUVUE OASYS PARA ASTIGMATISMO (SENOFILCON A, JJVC)	DESENHO DE ESTABILIZAÇÃO ACELERADA (DEA)
AIR OPTIX PARA ASTIGMATISMO (LOTRAFILCON A, ALCON)	PERI-LASTRO MODIFICADO
BIOFINITY TÓRICA (COMFILCON A, COOPERVISION)	PERI-LASTRO
AVAIRA TÓRICA (ENFILCON A, COOPERVISION)	PERI-LASTRO
CLARITI TÓRICA (SOMOFILCON A, SAUFLON)	PRISMA DE LASTRO
PUREVISION 2 PARA ASTIGMATISMO (BALAFILCON A, B+L)	PERI-LASTRO MODIFICADO
PUREVISION TÓRICA (BALAFILCON A, B+L)	PRISMA DE LASTRO
SOFLENS TÓRICA (ALPHAFILCON A, B+L)	PRISMA DE LASTRO

Tabela 1: Lentes de contato gelatinosas tóricas de troca programada testadas

A abordagem alternativa foi usar um desenho dupla zona fina, simétrica, que evoluiu desde então, movendo as zonas de estabilização em direção a linha média horizontal. O posicionamento dessas zonas entre as pálpebras aproveita a rotação induzida pelo piscar, produzindo uma imagem de perfil diferente; as lentes desse tipo são referidas como desenho de estabilização acelerada (DEA).

Nas lentes com DEA, uma vez que as zonas de estabilização são centrais, elas não sofrem a influência desestabilizadora da pálpebra inferior e também independem do tamanho da fenda palpebral, considerando que desenhos clássicos de prisma de lastro são muito instáveis em olhos com fendas mais estreitas. Os contornos horizontais desse desenho também acompanham a forma curva das margens das pálpebras.

3. Efeitos prismáticos

O perfil de espessura revelou mais sobre um outro aspecto do desenho da lente de contato gelatinosa tórica: o efeito prismático vertical na zona óptica. As lentes de contato tóricas modernas são por vezes descritas como apresentando “ótica livre de prisma”, mas descobertas recentes revelaram diferenças marcantes entre as lentes a este respeito.

Um estudo recente usou perfis de espessura (Phase Focus) para quantificar o prisma vertical na área central de 6 mm presente em uma variedade de lentes de contato gelatinosas tóricas de troca programada com diferentes métodos de estabilização (ver Tabela 1).¹²

Todos os desenhos avaliados tinham prisma vertical na zona óptica, exceto a lente com DEA, que não tinha praticamente nenhum ($0,01\Delta$) (ver Figura 2). A média do prisma

variou entre $0,52\Delta$ e $1,15\Delta$, com três desenhos apresentando medida do prisma que variou com o grau esférico.

O prisma localizado dentro da zona óptica de uma lente de contato gelatinosa tórica pode induzir desequilíbrio binocular vertical se o paciente receber a prescrição do desenho de prisma em apenas um olho, especialmente em pessoas com problemas relacionados com foria vertical pré-existente.¹³ A disparidade do prisma vertical maior que $0,5\Delta$ pode levar a perturbação da visão binocular e sintomas como: astenopia, náuseas, desconforto visual e diminuição da estereopsia em alguns pacientes.¹⁴⁻¹⁶

Os médicos devem estar cientes do potencial efeito prismático vertical quando decidirem quais desenhos tóricos vão prescrever, particularmente nos casos de astigmatismo monocular com anomalias de visão binocular pré-existent, e quando tratarem de queixas de astenopia em astigmatas monoculares.

4. Estabilização e orientação

A orientação estável e previsível é uma característica essencial das lentes de contato gelatinosas tóricas a fim de proporcionar um desempenho visual consistente. Edrington¹¹ observou que, nos desenhos de zona fina, as lentes com DEA tendiam a ser mais estáveis durante movimentos oculares versionais amplos, menos afetadas pela gravidade e mostraram uma taxa mais estável de reorientação quando comparada aos outros desenhos de lentes. Vários estudos clínicos investigaram estas características em comparação com os desenhos tradicionais.^{17-19, 22}

As lentes com DEA mostraram orientar-se mais rapidamente e com mais precisão que os desenhos de dupla zona

finas ou prismas de lastro. Além disso, foram mais estáveis e apresentaram melhor desempenho visual e conforto.¹⁷

O DEA é mais estável durante a fixação e movimentos versionais amplos quando comparados a um desenho de prisma de lastro.¹⁸ Além de apresentarem melhor desempenho que outros desenhos quando os pacientes estão em uma posição reclinada, versões extremas ou em posições posturais.¹⁹

As lentes com DEA são, portanto, especialmente úteis em situações dinâmicas, como esportes. Mas o desempenho da lente tórica pode ser desafiado de muitas maneiras diferentes. Atividades diárias, como olhar para o retrovisor ao dirigir ou assistir televisão quando estiver deitado, são outras situações onde a estabilidade rotacional é importante e as lentes com DEA podem oferecer vantagens.

Há evidências de que recentes melhorias no desenho das lentes com prisma de lastro também melhoraram alguns aspectos do seu desempenho; por exemplo, alguns desenhos com prisma de lastro mais recentes mostraram ter velocidade de reorientação semelhante à das lentes DEA e, geralmente, se reorientam rapidamente quanto mais longe da posição de orientação.¹⁸

Relativamente poucos estudos compararam o desempenho clínico de diferentes desenhos de lentes tóricas.

Um estudo investigou a orientação e a recuperação rotacional de cinco lentes gelatinosas tóricas de vários desenhos atualmente disponíveis. Esses autores evidenciaram que um desenho com peri-lastro ajuda a minimizar a rotação das lentes e a recuperação rotacional.²⁰ No entanto, o método usado para medir a orientação das lentes foi questionado.²¹

Outro estudo que comparou o desempenho clínico de duas lentes tóricas, uma lente com DEA e outra lente com prisma de lastro, evidenciou que a lente com DEA apresentou significativamente menos rotação e melhor desempenho visual monocular em uma posição reclinada.²² A lente com prisma de lastro mostrou maior rotação após variação da direção do olhar, especialmente após movimentos versionais súpero-temporais e inferiores.

5. Facilidade e sucesso na adaptação

Estudos clínicos com os mais recentes desenhos derrubaram alguns dos equívocos sobre a facilidade e a velocidade de ajuste das lentes de contato gelatinosas tóricas. Mostraram que a maioria dos astigmatas que não estão usando atualmente lentes de contato gelatinosas tóricas podem ser adaptados com sucesso.^{8,10}

Um estudo no Reino Unido¹⁰ recrutou 200 astigmatas que nunca tinham usado lentes tóricas, com correções de +4,00D a -9,00D e astigmatismo entre -0,75DC e -3,00DC em ambos os olhos. Os pacientes eram usuários de lentes de contato esféricas, ou tinham abandonado as lentes de contato ou usuários

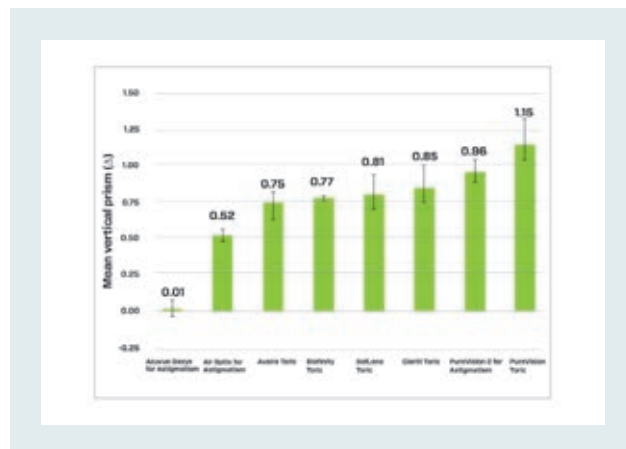


Figura 2: Medida média do prisma vertical em lentes de contato gelatinosas tóricas de troca programada¹²

de óculos, e foram adaptados com lente de contato gelatinosas tóricas com DEA: lentes de descarte diário ou lentes de silicone hidrogel de troca programada de duas semanas.

Uma grande proporção dos olhos (88%) foram adaptados na primeira tentativa e uma proporção ainda maior entre os já usuários de lentes esféricas (94%). A consulta inicial de adaptação durou, em média, 22 minutos. A maioria das lentes se orientou na posição correta, a orientação se manteve estável ao longo do tempo, e as lentes apresentaram centralização e movimentação aceitáveis.

No geral, a taxa de sucesso com relação aos critérios de adaptação, visão e conforto foi elevada (75%) e embora o sucesso tenha sido maior entre os usuários de lentes esféricas (80%), os resultados foram encorajadores para todos os três grupos.

A probabilidade de sucesso não pareceu estar relacionado com idade, sexo ou grau de astigmatismo. A taxa de sucesso foi idêntica para pacientes mais velhos (>45 anos) comparado com pacientes mais jovens e foi apenas discretamente melhor nos casos com astigmatismo < 1,50DC em pelo menos um olho quando comparado com astigmatismos mais altos.

Astigmatas que usam lentes esféricas e tem astigmatismos de baixo a moderado são, provavelmente, os melhores candidatos para usar lentes gelatinosas tóricas. No estudo, as pessoas que descontinuaram anteriormente o uso das lentes, alcançaram acuidade visual comparável ao óculos com lentes gelatinosas tóricas e eram tão prováveis de ter sucesso quanto usuários de lentes de contato esférica. As lentes tóricas modernas fornecem uma ampla cobertura de parâmetros cobrindo a maioria das prescrições; as opções de lentes tóricas de descarte diário fornecem cobertura para cerca de 80% dos astigmatas e as opções de troca programada cobrem cerca de 95%.²⁴



Figura 3: Avaliação do desempenho de lentes de contato gelatinosas tóricas simulando o mundo real usando Eyetrack Monitoring System



Figura 4: Visualização de imagens com o paciente em posição reclinada

6. Readaptando usuários que descontinuaram o uso

Embora a acuidade visual seja o fator mais importante para a retenção de novos usuários de lentes multifocais e tóricas, o desconforto e os sintomas de olho seco permanecem entre os principais motivos para a descontinuação entre usuários de lentes de contato, mesmo com as lentes mais atuais.²⁵ Uma pesquisa anterior também sugere que o insucesso na adaptação das lentes de contato pode estar relacionado com o produto ao invés de problemas específicos do paciente.⁵

Um novo estudo nos Estados Unidos avaliou os principais motivos para a descontinuação no uso das lentes de contato e a proporção de usuários que descontinuaram o uso e que poderiam, com sucesso, voltar a usar lentes senofilcon A (esféricas ou tóricas) de uso diário.⁸ Este material de silicone hidrogel demonstrou aliviar o desconforto e os sintomas de olho seco em pacientes readaptados com estas lentes.^{25,26}

Entre aqueles que foram capazes de lembrar suas lentes anteriores, apenas cerca de um em cada cinco (21%) tinham usado lentes de contato tóricas, mas quase metade (45%) usaram as lentes tóricas neste estudo. Os usuários readaptados com lentes de contato tóricas tinham anteriormente descontinuado o uso das suas lentes, sendo a visão a principal queixa em relação aos usuários de lentes esféricas que descontinuaram o uso de suas lentes (9,0% vs. 3,2%). Isso sugere que os pacientes foram prescritos com lentes de contato tóricas ou suas lentes tóricas anteriores não apresentaram bom desempenho visual.

Entre aqueles que necessitam de prescrição de lentes tóricas, quase todos (96%) poderiam ser readaptados com sucesso com lentes com DEA.

7. Avaliando a adaptação das lentes

Como já observamos, as lentes de contato gelatinosas tóricas podem comportar-se de forma muito diferente em situações dinâmicas e situações da vida real do que em condições estáticas. Novas técnicas de avaliação não apenas melhoraram nosso entendimento na orientação das lentes de contato gelatinosas tóricas,²⁷ como também revelaram uma necessidade de simular o mundo real para avaliar melhor o desempenho das lentes no consultório.²⁸ Embora a adaptação das lentes tóricas possa ser considerada bem-sucedida no consultório, alguns pacientes podem retornar com queixas de instabilidade da visão. A medida da acuidade visual com tabela de Snellen, avaliação do movimento das lentes na lâmpada de fenda, a centralização das lentes e a rotação podem não se correlacionar com a experiência do paciente durante as atividades diárias habituais.

Zikos et al usaram novas técnicas para avaliar a qualidade visual e a estabilidade rotacional das lentes de contato gelatinosas tóricas através de imagens cotidianas que simulam situações do mundo real (ver Figura 3).¹⁷ A posição das lentes foi registrada por um sistema de vídeo, infravermelho, montado na cabeça do paciente enquanto realizavam várias tarefas. Essa técnica poderia ser utilizada para avaliar pacientes durante a execução de tarefas específicas, como por exemplo, durante suas atividades diárias.

Avaliar a estabilidade e a orientação das lentes com o paciente em uma posição reclinada é outra técnica de investigação que tem auxiliado no entendimento das lentes de contato gelatinosas tóricas e ajudou a demonstrar as diferenças de desempenho clínico entre os desenhos das lentes (ver Figura 4).¹⁹

Uma forma potencialmente mais prática para avaliar o desempenho visual e a estabilidade rotacional é através da tabela de acuidade visual para perto com lentes tóricas (VANT).²⁹ VANT mede acuidade usando um alvo de perto (logMAR), uma medida basal é realizada e outras medidas são feitas após a movimentação dos olhos nas quatro direções diagonais do olhar. E evidenciou que esses movimentos diagonais desencadeavam uma rotação mais significativa das lentes.

Incorporar estas avaliações mais realistas na prática clínica, semelhante às usadas nestes estudos, pode ajudar a garantir uma maior satisfação do paciente em condições do dia a dia. Por exemplo, a tabela de VANT pode ser imitada no consultório, pedindo ao paciente para olhar em diferentes direções do olhar e depois pedir que o paciente olhe em uma tabela de visão para perto e avaliar o impacto na rotação das lentes. Questionar os pacientes sobre o estilo de vida, hobbies e perguntar quais atividades podem causar instabilidade na visão, podem ser informações úteis para o desempenho das lentes em situações cotidianas.²⁸

8. Avaliando a visão

Apesar dos avanços nas lentes de contato gelatinosas tóricas, muitos pacientes não estão cientes dos benefícios visuais da correção do astigmatismo e os médicos nem sempre podem demonstrar a diferença que uma lente tórica pode fazer na acuidade visual do paciente.

Uma nova ferramenta para avaliação da visão em pacientes com baixo astigmatismo (LAVA) foi desenvolvida para mostrar os benefícios da correção cilíndrica utilizando quatro características visuais específicas para exibir em duas distâncias de visualização (ver Figura 5).³⁰ O LAVA (Innovia Technology) utiliza-se de uma cena real em que o paciente vê com e sem a correção do cilindro com a finalidade de perceber a diferença da correção do astigmatismo.

Dos 466 médicos que analisaram as cenas, 85% concordaram que ela ajudaria a demonstrar os benefícios das lentes tóricas para seus pacientes com baixo astigmatismo.³¹ Em um estudo nos EUA, 96% dos pacientes com astigmatismo bilateral de 0,75DC ou 1,00DC que participaram do ensaio clínico com cenas LAVA disseram que acreditavam serem úteis e consideravam experimentar lentes de contato gelatinosas tóricas.³¹ Também podem ser úteis para demonstrar a correção do astigmatismo em pacientes com graus elevados de cilindro não corrigido. Uma abordagem semelhante poderia ser aplicada na prática, pedindo aos pacientes para olhar para uma cena envolvente no consultório, em vez de apenas olhar para uma tabela de Snellen, e assim avaliar a qualidade da visão com e sem a correção do astigmatismo.

9. Comunicando-se com astigmatas

Desenhos mais modernos e mais opções podem ter aumentado a prescrição de lentes de contato gelatinosas tóricas, mas ainda há evidências da falta de conhecimento sobre lentes gelatinosas tóricas entre os astigmatas, e sobre a própria condição. Os usuários de lentes de contato para astigmatismo são significativamente menos propensos a dizer que “sabem muito” sobre sua condição ocular quando comparado aos usuários com outros tipos de erro refrativos.³² 80% dos usuários e 90% dos pacientes astigmatas que descontinuaram o uso das lentes relatam que gostariam de saber mais sobre lentes de contato para correção da sua condição ocular. Os usuários atuais reconhecem a importância do conforto e da qualidade das lentes sendo menos influenciados pelo preço.³²

Conversar com pacientes astigmatas e explicar como as lentes de contato gelatinosas tóricas funcionam pode ajudar a satisfazer seu desejo de obter mais informações. Especialistas em comunicação desaconselham estigmatizar os pacientes



Figura 5: Cena LAVA. Características visuais específicas – texto em perspectiva (vermelho), detalhes destacados (amarelo), texto com distração (azul) e faces (verde) – são mostrados com setas

com “você tem astigmatismo” ou dizendo que têm “uma condição”.³³ Eles sugerem explicar que é comum usuários de lentes de contato precisarem de uma correção mais precisa, a mesma que eles já têm em seus óculos.

Outras recomendações incluem evitar descrições mais complicadas e, em vez disso, dizer os principais motivos e os benefícios de se recomendar lentes tóricas, tais como “essa lente vai ajudar você enxergar tão bem quanto se estivesse usando óculos”.

Procurar identificar mudanças nas necessidades visuais dos já usuários de lentes de contato, como um novo trabalho com tarefas visuais diferentes, longas horas de estudo ou aprender a dirigir são alguns exemplos de situações que podem desencadear a necessidade de uma atualização da correção das lentes se o astigmatismo não estiver totalmente corrigido.

É importante, demonstrar a diferença que a correção do baixo astigmatismo pode proporcionar na visão do paciente e mostrar os benefícios visuais.

Os desenhos mais modernos de lentes de contato gelatinosas tóricas têm proporcionado melhorias substanciais no desempenho. Atualmente, existem diversas opções de materiais, modalidades e parâmetros, associado a um melhor entendimento de como as lentes gelatinosas tóricas se comportam no olho. Os médicos, e seus pacientes, estão se voltando para lentes tóricas em maior número, mas ainda há muito a ser feito para satisfazer plenamente as necessidades de todos os astigmatas. ✕

As referências bibliográficas deste artigo encontram-se no e-mail: tsouto@its.jnj.com

Dez anos em uma semana

A aceleração das tendências do mercado de trabalho em função da pandemia

Christye Cantero

Um ano de ajustes, adaptações, reinvenções, autoconhecimento... 2020 está sendo um ano atípico em todos os sentidos. Na área médica, alguns profissionais passaram a dar consulta online e laboratórios intensificaram os atendimentos na casa dos pacientes, professores e alunos trocaram a convivência diária na sala de aula por vídeo-aulas, e o colo aconchegante dos avós precisou ser substituído por beijos e abraços à distância. Tudo isso tem em comum um aliado, o mundo digital.

No mercado de trabalho, a pandemia do coronavírus acelerou a implantação de tendências previstas para acontecer daqui a cinco ou dez anos. E a digitalização foi a principal delas, conforme apontam os entrevistados para esta matéria. E não poderia ser diferente. As empresas tiveram poucos dias para se

adaptar à nova realidade e promover um ambiente de trabalho virtual para seus profissionais. Da mesma forma, ganhou força o marketing digital. Quem ainda não investia nisso precisou correr para entrar no mundo digital e falar com seu público por meio dele.

Segundo Fernando Barra, autor do livro “Meu Emprego Sumiu!”, o mercado de trabalho já vinha em grande transformação mesmo antes da pandemia. “Passamos por duas grandes revoluções durante a história da humanidade que impactaram a forma como trabalhamos. A primeira foi a agrícola, quando o homem sofreu uma crise pela tecnologia da época (o fogo) e precisou aprender a plantar já que não era mais possível caçar e colher. O mesmo ocorreu na revolução industrial, quando as grandes máquinas forçaram a humanidade a trocar seu

trabalho de artesanato para operador fabril e surgiram aí os empregos. Agora chegamos à revolução digital e novamente a tecnologia provoca o homem a repensar sua forma de trabalho”, aponta.

Em tempos de coronavírus, o trabalho remoto, visto até então com ressalvas por boa parte das companhias, se tornou essencial para atravessar este momento e deve permanecer pós-pandemia, até porquê traz redução de custos. Um levantamento feito com 705 profissionais no Brasil pela Fundação Dom Cabral (FDC) em parceria com a Grant Thornton mostra que 54% deles irão pedir à chefia para continuar trabalhando remotamente após a pandemia. Cerca de 40% dos entrevistados apontam que a produtividade em casa é similar àquela que apresentavam no escritório.

“Com o trabalho remoto, podere-





mos ter colaboradores do interior do país, morando em suas cidades natais e atuando remotamente numa multinacional como a Stefanini, atendendo clientes de qualquer parte do Brasil e do mundo. Com isso, cresce a habilidade de autogestão dos colaboradores, que também já era uma tendência e se potencializa mais”, diz Rodrigo Pádua, vice-presidente global de gente e cultura do Grupo Stefanini.

Ele ressalta que o digital first deixa de ser tendência para ser o único caminho possível. “Muitas ações permaneciam presenciais e físicas como treinamentos e reuniões, pois havia uma incerteza sobre a efetividade do digital. Há dois meses estamos experimentando ações que nos surpreendem e nos impulsionam em termos de aprendizado e resultados”, comenta. Outro ponto abordado por Pádua é o das viagens

corporativas, que serão reduzidas já que a pandemia mostrou que se pode viajar menos e continuar fazendo bons negócios.

A intensificação de compras virtuais e de serviços online é outra tendência que foi antecipada. “A tomada de decisão com base em dados e na informação, como o analytics, por exemplo, tem sido essencial no cenário atual para entender toda essa dinâmica. O consumidor está se conectando com a marca além da experiência, ele se conecta também com o propósito, e as empresas que estão colocando isso em prática vão gerar mais engajamento através do acolhimento e da comunicação que se torna ainda mais importante para o relacionamento com o consumidor”, ressalta Marcelo Biasoli, diretor de estratégia de negócios e marketing da Seguros Sura no Brasil.



“Em tempos de coronavírus, o trabalho remoto, visto até então com ressalvas por boa parte das companhias, se tornou essencial para atravessar este momento e deve permanecer pós-pandemia

”

Fernando Barra



“Os líderes estão tendo de lidar com questões emocionais muito mais fortes neste momento. Uma combinação de preocupação com a saúde física e emocional das suas equipes

”

Rodrigo Padua



“A tomada de decisão com base em dados e na informação, como o analytics, por exemplo, tem sido essencial no cenário atual para entender toda essa dinâmica

”

Marcelo Biasoli



“Com a pandemia, em questão de dias companhias de muitos segmentos tiveram de parar por falta de componentes e materiais semiacabados que vinham da China. Isso mostrou a fragilidade das cadeias de valor e terá de ser repensado

”

Octavio Alves Jr.

Octavio Alves Jr., executivo, professor da Fundação Getúlio Vargas (FGV) e podcaster (LideraCast), lembra que o contato com clientes e fornecedores, que antes era olho no olho, também foi para o virtual, mudando a maneira das empresas se relacionarem com as partes interessadas. Outro ponto é o de acordos de reuniões de acionistas. “Empresas que têm ações listadas na Bolsa têm de fazer, a cada trimestre, acordo de acionistas. Foi preciso alterar a lei para permitir reuniões virtuais de acionistas”, explica.

De acordo com ele, outra questão que foi explicitada se refere à fraqueza de muitas cadeias de fornecimento. “Nos últimos anos, a globalização fez com que muitas empresas buscassem cadeias de fornecimento globais e o motor de manufatura acabou indo para a Ásia, para a China. Com a pandemia, em questão de dias companhias de muitos segmentos tiveram de parar por falta de componentes e materiais semiacabados que vinham da China. Isso mostrou a fragilidade das cadeias de valor e terá de ser repensado”, comenta.

Gestão remota

Nos últimos meses, as salas de treinamento físicas deram lugar às salas virtuais, os intervalos para o café ainda existem, mas agora, em vez de acontecer nos corredores do hotel ou na sala ao lado da de reunião, acontecem na cozinha de casa. Além disso, as reuniões com a equipe muitas vezes são interrompidas pelo filho dizendo que quer lanche ou o cachorro que pede atenção. Ou seja, é uma nova realidade. Hoje, cursos e treinamentos são ministrados online e os líderes têm de lidar com a gestão remota e a comunicação virtual. E as em-

presas tiveram de se adaptar a este momento.

Na Stefanini, por exemplo, o Microsoft Teams é parte do cotidiano e está sendo utilizada pelos 25 mil colaboradores em 41 países. “A ferramenta contribuiu para nos aproximar ainda mais dos nossos colaboradores, por meio de reuniões constantes de comunicação, comemoração e celebração”, comenta Pádua. “Entramos, literalmente, nas casas de todos os nossos colaboradores, o que trouxe um enorme calor humano, pois a maioria gosta de apresentar suas casas, filhos, animais de estimação. Quebrou a imagem de líderes e liderados, e criou a conexão de que todos estão juntos numa mesma jornada”, diz o executivo.

Uma questão que foi enfatizada na pandemia, e sobre a qual já se falava, é a importância da questão emocional no trabalho. O futurologista britânico Ian Pearson, por exemplo, já há algum tempo declara em entrevistas que a crescente automação levará as empresas a priorizarem a inteligência emocional e a capacidade de relacionamento.

De fato, o aumento da digitalização levará os empregadores a focarem nas habilidades emocionais, as chamadas soft skills, processo acelerado com a pandemia. “Os líderes estão tendo de lidar com questões emocionais muito mais fortes neste momento. Uma combinação de preocupação com a saúde física e emocional das suas equipes e, ao mesmo tempo, manter o foco nas entregas de resultados do presente e trabalhar na construção do futuro”, comenta o vice-presidente do Grupo Stefanini. O executivo afirma que a empresa lançou, recentemente, o projeto Farol, em que o time de recursos humanos está aberto e treinado para dar apoio e suporte

DICAS PARA O FUTURO

Fernando Barra, autor do livro “Meu Emprego Sumiu!”, dá dicas para o profissional de destacar no mercado futuro:

- Identifique quais são suas habilidades e atividades que gosta de fazer, estude e as aperfeiçoe cada vez mais;

- Mesmo não sendo da área de tecnologia, estude quais ferramentas tecnológicas podem te auxiliar a exercer sua profissão e a quais formatos precisa se adaptar;

- Entenda que trabalho significa ajudar pessoas. Por isso analise quais grupos podem se beneficiar das suas habilidades, quais problemas consegue resolver e para quem. A partir dessa descoberta, utilize a tecnologia encontrada no passo anterior para divulgar seu trabalho e exercê-lo da melhor forma possível.

“Seguindo esses três passos talvez você não tenha emprego por muito tempo, mas certamente terá trabalho para o resto da vida”, finaliza Barra.

individual aos colaboradores neste momento de isolamento social e aumento da ansiedade.

Biasoli, da Seguros Sura, afirma que é fundamental que as pessoas estejam abertas à mudança e para isso precisam olhar para dentro e investir no autoconhecimento. “Elas têm de ser ágeis emocionalmente também para se conectar com o novo mundo que veio para ficar”.

Alves Jr. ressalta que, quando este momento passar, o principal desafio para os líderes é que precisarão manter o nível do rendimento presencial também no virtual. “O digital é muito mais desafiador porque não permite, por exemplo, ler a linguagem corporal da pessoa que está falando e há uma maior dificuldade para se construir empatia e estabelecer laços de confiança. O líder terá de se reinventar e desenvolver essa competência para manter o índice de performance”, acredita.

O que vem por aí?

Como ficará a economia pós-pandemia? Como ficarão as relações de consumo quando tudo isso acabar? Como serão as relações de trabalho? E as consultas e interações entre médicos e pacientes? São algumas das perguntas que nos fazemos.

Um ponto é a crise econômica. Os governos sairão altamente endividados desta pandemia porque neste momento as decisões de despesa estão desconsiderando endividamento. “Todos estão voltados para o drama da saúde pública. As empresas também sairão profundamente arranhadas com a desvalorização do real. Todo mundo, de alguma maneira, sairá empobrecido. Governos, empresas e pessoas precisarão buscar desesperadamente competitividade”, diz Alves Jr..

Além disso, ele comenta que dificilmente as pessoas irão se recolocar

no mercado de trabalho com carteira assinada. “Não sei se para o bem ou para o mal, mas cada um será o CEO da sua empresa. E nesse sentido os profissionais precisarão desenvolver competências que eles não têm”, completa.

A forma de consumir também será alterada. “A consciência em relação ao padrão de consumo será muito diferenciada e essa mudança irá gerar um desafio adicional para as empresas. Talvez o que se vendia muito antes, no pós já não gere tanto interesse”, comenta o professor da FGV. Alves Jr. diz também que o turismo, de agora em diante, deve ser mais local e as pessoas priorizarão ir para o campo, para lugares sem muita gente. “A tendência é das pessoas ficarem mais entocadas”, diz.

Para Biasoli, agora, mais do que nunca, comunicação, inovação e criatividade devem ganhar a atenção das companhias. “Além disso, as empresas tendem a utilizar mais o conceito effectuation, uma filosofia e método para o empreendedorismo e a inovação, que é fazer o que precisa ser feito com os recursos disponíveis, sem meta e visão de médio e longo prazo, mas sim a implantação das ações e a correção das rotas numa visão de curto prazo apenas com os recursos disponíveis”, revela.

Uma coisa é certa, o mundo será muito mais digital. E a conexão não será só externa. “Essa pandemia está oferecendo a oportunidade de nos conectarmos com o que é realmente importante. Vivíamos uma abundância de consumo antes da pandemia e, de repente, tivemos uma restrição grande de acesso a produtos e serviços. Ficando em casa fomos obrigados a entrar em contato com a gente mesmo”, conclui Alves Jr. ✖

HÁ 18 ANOS LEVAMOS
INFORMAÇÃO ATÉ VOCÊ!
E EM TEMPOS DE PANDEMIA,
NÃO SERIA DIFERENTE.

DESDE 2002, A UNIVERSO VISUAL
É FEITA ESPECIALMENTE PENSANDO
EM VOCÊS, OFTALMOLOGISTAS.



ACOMPANHE A UNIVERSO VISUAL NOS
DEMAIS MEIOS DA NOSSA PUBLICAÇÃO:



@revistauniversovisual • UNIVERSOVISUAL.COM.BR

A Universo Visual conta com um conselho editorial formado pelos mais conceituados profissionais em sua área de atuação, todos vinculados às maiores instituições de ensino de Oftalmologia do Brasil. Por isso oferecemos conteúdo relevante e informação com responsabilidade até você, leitor.

Produzimos mais de 406 reportagens publicadas, além de 487 artigos, muitos deles de grande impacto, tais como:

Zika vírus e microcefalia

Implicações gerais e oftalmológicas



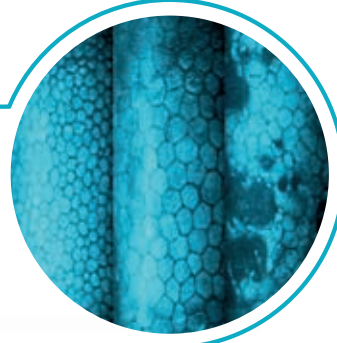
Avanços na cirurgia plástica ocular

E os tratamentos de rejuvenescimento



Regeneração endotelial

Será o fim da fila de espera nos bancos de olhos?



A ceratoconjuntivite

pode ser a apresentação inicial da Covid-19



**Também disponível
em versão digital**



A REVISTA DA OFTALMOLOGIA
UniversoVisual

**Paulo Schor**

Cirurgião e Professor de Oftalmologia & Ciências Visuais da Epm-Unifesp, Ficsae-Hiae e Ita

Vânia Vendramini

Médica ginecologista e obstetra; MBA pela Fundação Getúlio Vargas

Caiu o Muro

“De tudo ficaram três coisas...

A certeza de que estamos começando...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...

Façamos da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro!”

Fernando Sabino, O Encontro Marcado.

Muitos fatores sustentam a velha construção do nosso eu, da nossa engrenagem cerebral. Uma boa parte deles vêm de fora para dentro, do controle e alinhamento entre o certo e errado, no tempo e no espaço inclusive.

Organizamos de maneira disciplinada nossos “inputs”, em compartimentos internos. Cedo encontrei alguns atalhos para me rebelar e até mesmo abusar, certamente com consequências, deste contexto programado. Isso me fez crescer para fora do muro, sob um sol diferente, amadurecer e aparecer entre os tijolos do muro.

O filme Show de Truman (https://pt.wikipedia.org/wiki/The_Truman_Show) explode esse conceito de controle e artificialidade americana, com cenários montados e assépticos, proibindo o ingresso para além do limite conhecido.

Imagino Truman Burbank (o personagem vivido por Jim Carrey) no dia 6 de fevereiro de 2020, exatamente na mesma Califórnia onde foi filmado o longa-metragem. Dia da primeira morte nos USA pelo Sars-CoV-2. Lá, começava o que Fernando Sabino chamou belamente de “interrupção”.

Os limites temporais e espaciais antes cuidadosamente preservados,

que nos balizavam, conferindo certa sanidade, referenciando-nos; agora vêm-se trincados pelo novo vírus. Abalam-se, começam a implodir. Os muros caem!

Vários, como eu, se apoiaram nas cercas (agora do passado) para proteção e rumo. Outros com energia própria romperam precocemente estas barreiras e, apesar da enxurrada em direção contrária, avançaram.

De todo modo, hoje estamos juntos. Espaços agora são únicos, comuns, genéricos e ordinários para trabalho, comida, limpeza, lazer. Todas as caixas de assuntos cuidadosamente compartimentados juntam-se. O tempo já não delimita mais semanas, nem dias, nem horas. Agora tudo junto, agrupado e dispendentemente misturado sem qualquer preparo ou aviso prévio. Tempo assumindo sua grandiosa dimensão.

Controle, controle do tempo, das informações, das ações. Exatamente a deficiência que sempre tivemos, as referências externas tão caras e arraigadas. Tudo ao mesmo tempo agora.

Remodelando-se. Obrigados a acelerar a adaptação e manter a produtividade, pois no modelo sócio-político nada mudou. Aliás, todos perguntam como a bolsa de valores se mantém impávida, maior exemplo da tentativa de manutenção do “status quo”.

Alguns foram promovidos a home-teachers, outros compraram head-phones. Vários incorporaram o Zoom



e Google Meet na sua agenda, e eu passei a mandar vídeos pessoais a pacientes, como forma de manter comunicação e diminuir distâncias.

Não fomos preparados para nada disso. Nem para as ferramentas, nem para o modelo mental que tira as barreiras físicas e temporais, e nos cobra responsabilidade interna. Sem esses limites, estamos livres, à mercê de nossa loucura. Aguentaremos ser interrompidos (voltando a Fernando Sabino) e disso fazer caminhos novos, de novo, e de novo? Quanto queremos ser diferentes? Quanto conseguimos mudar? Quanto aceitaremos o voo, a junção, o novo esculpir?

Não vejo um “novo normal” chegando, mas sim o velho e consolidado habitat intramuros sendo exposto e contaminado. Caem as aulas com leitura de slides na classe, entram materiais pré-aula e discussão para quem tem dúvidas do que leu. A proatividade de cabeças em voo livre, mas não voo solo. Mais mentores, mais facilitadores.

Sai o relógio de ponto. Entra o que foi feito. Menos controle externo. Mais autoconhecimento, autonomia valorizada, maturidade sendo cobra da aguda, brutal e finalmente.

O poder de se concentrar numa arquivancada e estudar. O aprendizado pervasivo, via Youtube e Podcast, e rumo a realidade aumentada. Tecnologia para uma função.

No dia 16 de março de 2020, data

da primeira fatalidade no Brasil, um dique foi perfurado por um pequeno prego, e tendo uma pressão enorme a montante, nem precisou esperar os milhares de novos vazamentos, rompendo completamente sobre nós.

São privilegiados os que precocemente ajustaram a mente descompartmentalizada, e principalmente os que puderam se cercar de toda proteção financeira e social e montar rapidamente condições de isolamento a fim de não serem arrastados pela primeira torrente infecciosa. Sem dúvida o cenário é outro para quem aprendeu a nadar, nadando. Para o enorme contingente invisível que já estava na água, gelada e tortuosa, a queda do muro só expôs ainda mais a desigualdade e contradições no nosso país e em todo o mundo liberal.

Os infográficos (estatística para leigos) que correlacionam diretamente as mortes (agora pelo Sars-CoV-2) às favelas em periferias de São Paulo já eram há muito conhecidos, mas agora ganham destaque, de forma surpreendente e com uma talvez hipócrita surpresa, nas telas, nos jornais, nas mídias, nos discursos pré-montados dos vídeo-encontros.

Discursos de solidariedade, e ações de grupos organizados contrastam com o estado (os estados) que não tem a proteção aos desassistidos como mote eleitoral ou político. Há esperança em grupos de voluntários (conheço bem os li-

gados a EPM - <https://www.voluntariadoepm.com/> e simpatizo muito com o Transforma Brasil - <https://transformabrasil.com.br/>, além da já conhecida CUFA - <https://www.cufa.org.br/> entre outros), e atuação forte em comunidades carentes, levando conforto e sobrevivência pontual a situações dramáticas. Pergunto se haverá alguma incorporação dessa mentalidade de modo sustentável, daqui para frente.

Torço, e muito, pela mudança de mentalidade bairrista e excludente dos que ainda clamam somente por segurança e liberdade num mundo de miséria, de fome, ao nosso lado, nosso vizinho, mas o muro caiu, lembra? Impossível haver paz enquanto houver tamanho contraste na paleta, enquanto a cor forte do pequeno mundo de alguns ofuscar a sobrevivência, o cinza da grande maioria.

Hoje descobrimos, revelamos, expusemos a desigualdade, tristeza, dor e solidão, mas nos encontramos conosco, e muitos já entenderam que “estamos sempre a continuar”, que tudo é incerto e as chances estatísticas explicam matematicamente por onde andamos e onde chegamos.

“No fim tudo dá certo, e se não deu certo é porque ainda não chegou ao fim.” Fernando Sabino continua nos inundando de grande esperança.

Em frente! ✖

**Jeanete Herzberg**

Administradora de empresas graduada
e pós-graduada pela EAESP/FGV. Autora do livro
“Sociedade e Sucessão em Clínicas Médicas”

Pandemia e o mundo novo



E escrevo essa coluna em meio à pandemia do COVID-19. Atividades industriais, comerciais e de serviços absolutamente reduzidas, isolamento social, medo e muitas discussões sobre como será o mundo, como serão os negócios daqui para frente.

Assim como muitos, tenho assistido lives, webinários e palestras online e tenho observado o constante comentário de que o “normal” de depois será diferente do “normal” de antes.

Numa dessas oportunidades, por exemplo, ouvi uma médica oftalmologista, de Los Angeles, comentando sua surpresa em relação ao índice de conversão de pacientes para realização de cirurgias, depois que passou a atender seus pacientes de maneira virtual. Enquanto o índice era de 70% no “normal” anterior, agora que conversa pelos meios virtuais com os pacientes, esse índice foi a 100%!

Ela percebeu que a diferença era a importância, para o paciente, de ter sua atenção total durante aquela conversa para entendimento das vantagens e desvantagens, dos riscos

e benefícios da cirurgia. No modo “normal” anterior, o paciente obtinha todas as informações com a equipe da clínica e não diretamente com ela. E mudar esse sistema fez com que ela percebesse o quanto esse contato direto e a atenção plena eram importantes para o paciente tomar a decisão.

No mesmo evento, um outro oftalmologista comentou que na sua clínica não teriam mais salas de espera como no “normal” de antes. Pensando no tempo em que o paciente fica esperando as coisas acontecerem, durante uma visita anual, por exemplo, ele percebeu que poderia abreviar essa jornada, implantando medidas mais eficientes na parte burocrática e nos processos relativos ao “caminho” do paciente para realização dos exames e a consulta em si. Implantou um sistema de preenchimento de cadastro via online, de maneira que o paciente não teria mais que esperar para fazer o check-in na recepção e repensou as funções de cada funcionário no contato com os pacientes.

A forma de atendimento dos pacientes, assim como a profissionali-

zação da administração de clínicas e consultórios tem sido comentada há tempos. Lembro de ter escrito em outros artigos, a preocupação em reter o paciente, melhorar a jornada deles durante as consultas, usar ferramentas de controle financeiro como fluxo de caixa e de indicadores de desempenho, por exemplo.

O depoimento desses oftalmologistas quanto ao “novo normal” indica que a pandemia está obrigando a todos a entrarem numa nova fase.

As oportunidades e os desafios estão aí: não é mais possível navegar pelo mundo dos negócios de clínicas oftalmológicas sem boas ferramentas de controle que permitam a tomada de decisões baseadas em dados conhecidos e válidos.

Agora é a hora! Mudança é o tema do momento – não esperem uma outra pandemia que os force a descobrir novas formas de trabalho!

Quando saírem do isolamento, abracem o mundo da administração de suas clínicas e consultórios e estabeleçam o seu “novo normal” com eficiência, gestão e bons resultados! Sucesso a todos! ✖



33 anos do primeiro implante de uma lente intraocular na EPM-UNIFESP

Como os residentes em oftalmologia da FAV melhoraram suas competências através de um laboratório de cirurgia virtual



Em outubro próximo completarão 33 anos do primeiro implante de uma lente intraocular (LIO) realizada na UNIFESP-EPM, no Hospital São Paulo. Para os mais jovens terem uma ideia, eu era residente do segundo ano e havia feito dezenas de cirurgias de extração extra capsular do cristalino em 1985, mas SEM a colocação da LIO, pois isso ainda era uma ideia nova, usada por alguns especialistas em São Paulo e no exterior, em hospitais particulares. Era uma sensação péssima terminar uma cirurgia “limpinha” e não poder colocar a lente no final do procedimento, como outros médicos de clínicas particulares já faziam. Depois a saída era receitar óculos de alto grau ou lentes de contato de difícil adaptação pela idade dos pacientes. Isso parecia e era um contrassenso.

Na época, conversei com nosso professor responsável, o querido Dr. Belmiro Moreira, que entendeu a necessidade de passarmos para uma nova etapa na cirurgia de catarata e autorizou o procedimento, desde que eu fosse assessorado por um colega já experiente na inserção

de LIO's em outros serviços. Conversei com Dr. Miguel Del Rey, que prontamente se ofereceu para ficar a meu lado na cirurgia.

Pacientes, como hoje, não faltavam. O problema era: “Como adquirir a LIO?”. O paciente não poderia comprar, e nosso serviço ainda não adquiria essas lentes. Entrei em contato com a Johnson&Johnson que me forneceu uma Lente IOLAB gratuitamente. Fui buscá-la pessoalmente na Rua Avanhandava, centro de São Paulo, local do escritório da Johnson na época.

Um dia antes da cirurgia peguei algumas dicas de inserção da LIO com a Dra. Ana Luiza Hofling-Lima. Afinal seria minha primeira LIO, e a primeira a gente não esquece...

A cirurgia transcorreu como previsto e pude completá-la bem, sem intercorrências. Ótimo pós operatório. Paciente satisfeito. Na semana seguinte coloquei a segunda e, a partir de 1986 a colocação de LIO em cirurgia de catarata na Unifesp -EPM (Hospital São Paulo) tornou-se rotina!! ✕

**Filipe Pereira**

*Mestrado e fellowship em oculoplástica pela USP - Ribeirão Preto
CCPO – Clínica Catarinense de Pálpebras e Olhos - Florianópolis.*

Allan Pieroni, Patrícia Akaishi e Roberto Limongi

co-autores

Blefaroplastia estruturada

Os olhos são os pontos de referência do primeiro contato entre as pessoas, e sua aparência é moldada pelas pálpebras. Já foi cientificamente observado que maior parte do tempo do nosso olhar se concentra na região periocular e é desta área que julgamos a possível idade e disposição ou fadiga de uma pessoa. Com o tempo, as pálpebras superiores e/ou inferiores tornam-se flácidas, “caídas” e “inchadas” (devido bolsas de gordura proeminentes) que causam um aspecto de cansaço, envelhecimento e tristeza, além de poder causar uma sensação de peso e diminuir o campo de visão. O excesso de pele e bolsas de gordura das pálpebras podem ser removidas cirurgicamente e denomina-se blefaroplastia, de amplo conhecimento médico e da população em geral. A blefaroplastia,

ou cirurgia estética palpebral, pode ser superior e/ou inferior, esta é a clássica definição que encontramos, ou seja, uma cirurgia considerada redutora, em que se retira tecidos. Sempre no pódio das cirurgias estéticas mais realizadas, com o tempo as técnicas foram aprimoradas. Entretanto, numa consulta pré-operatória mais detalhada diversas alterações associadas aos excessos de pele e bolsas de gordura podem ser detectadas. Podemos diagnosticar a microptose (posicionamento levemente abaixo da normalidade de uma ou ambas pálpebras superiores), a flacidez ligamentar inferior (com a perda do “olhar amendoado”), sulcos que deviam ser preenchidos, placa tarsal pouco visível, prega palpebral alta, hipertrofia orbicular inferior entre outras alterações que devam ser corrigidas para se alcançar melhores

resultados. Desta forma, o cirurgião foi progressivamente associando outros procedimentos como a conjuntivomullerectomia para correção de microptose, a cantopexia para restabelecimento do “olhar amendoado”, a redistribuição de gordura para correção da calha lacrimal, a sutura de Brassiere para aumentar exposição área tarsal, reconfeção da prega palpebral, orbiclectomia inferior para diminuição rugas, entre outros.

Cada procedimento adjunto à blefaroplastia tradicional aumenta o tempo de recuperação do paciente, aumentam os riscos cirúrgicos, adicionam o tempo e custos de cirurgia, mas totalmente justificados pelos melhores resultado estético e funcional quando bem indicados.

Nos tempos atuais torna-se imperativo que a blefaroplastia tradicional redutora e a que combina pro-

cedimentos adjuntos devam ganhar termos distintos e mais elucidativos. A blefaroplastia manter-se-ia pela sua consagração literária, mas quando se realizam procedimentos adjuntos no sentido de conseguir um resultado superior mereceria um termo específico. Como estes procedimentos associados fortalecem músculos e ligamentos, esculpem tecidos e apresentam suturas especiais, o termo mais adequado seria blefaroplastia estruturada. Esta nova nomenclatura possibilita uma compreensão mais fácil para troca de informações entre especialistas e também entendimento das explicações da cirurgia concedidas aos pacientes. Esta denominação distinta também contribui para cálculos de custos e honorários distintos da blefaroplastia tradicional. Em suma, tratam-se de procedimentos distintos, com tempo cirúrgico, materiais, fios, complexidade, recuperação, custos e resultados distintos.

O termo “estruturada” foi inspirado na rinoplastia, em que foi entendido que o uso do termo seria o mais autoexplicativo, ponderado e científico. Estrutura em biologia significa “distribuição ordenada das células e tecidos em um organismo”, bastante propício em nosso intuito, assim como seu conceito no dicionário “aquilo que dá sustentação a alguma coisa; armação, arcabouço”. Facilmente traduzida para o inglês como “structured blepharoplasty”, cujo termo no pubmed não associa nenhuma publicação científica, mas numa pesquisa no google já foi citada por <https://www.lidlift.com/eyelid-plastic-surgery-beverly-hills/upper-eyelid-surgery/> pelo dr. Kenneth D. Steinsapir, cirurgião plástico na Califórnia. “The youthful eyelid is relaxed, structured, full, and frames the eyes so they are bright. Traditional eyelid surgery does not



Figura 1. Acima – pré-operatório de paciente com dermatocálaze com microptose e flacidez mínima de pálpebras inferiores. Abaixo – pós-operatório tardio de paciente submetida à blefaroplastia estruturada (blefaroplastia superior + inferior + conjuntivomullerectomia 8mm + cantopexia bilateral + orbiclectomia superior + sutura de Brassiere)



Figura 2: Acima – pré-operatório de paciente com dermatocálaze com microptose e flacidez mínima de pálpebras inferiores. Abaixo – pós-operatório tardio de paciente submetida à blefaroplastia estruturada (blefaroplastia superior + inferior + conjuntivomullerectomia 8mm + cantopexia bilateral + reconfecção da prega palpebral)



Figura 3. Acima – pré-operatório de paciente com dermatocálaze com microptose e flacidez mínima de pálpebras inferiores. Abaixo – pós-operatório tardio de paciente submetida à blefaroplastia estruturada (blefaroplastia superior + inferior + conjuntivomullectomia 8mm + cantopexia bilateral + reconfecção da prega palpebral)

restore the youthful structure. Dr. Steinsapir has developed advanced methods that emphasize restoring the eyelid structure rather than just removing skin, muscle, and fat”, compatível com nossa proposta, já imaginando uma boa aceitação em outros países.

A blefaroplastia estruturada está mais alinhada com a evolução da blefaroplastia clássica e tem-se mostrado um tratamento que alcança ou até supera as expectativas do paciente.

Como forma de normatizar seu uso, convencionaria-se que a conjuntivomullectomia e cantopexia seriam técnicas obrigatórias para configurar o termo “estruturada”, suas variações técnicas caberiam ao cirurgião e adicionalmente poderiam ser realizados procedimentos adjuntos.

Discorremos agora sobre a avaliação pré-operatória, fundamental

que a propedêutica de pacientes seja completa.

No caso da avaliação de pálpebras superiores, utiliza-se como padrão a Distância Margem-Reflexo superior (MRD 1 = Margin Reflex Distance) que é a medida da distância com uma régua milimetrada entre o centro da pupila (ilumina-se com lanterna) e a margem palpebral superior em PPO (posição primária do olhar, em que o paciente fixa olhar em sua frente, na mesma altura, em posição ereta e sem inclinação da cabeça). Valores normais da MRD 1 variam de 2,5 a 5,0mm, e considera-se ptose quando está abaixo de 2,5mm ou assimetria maior que 1mm entre os lados. Portanto, em caso de ptose verdadeira, o mais correto é referir-se como blefaroplastia com correção de ptose, mas não o termo “estruturada”.

Consideramos fundamental a realização do teste da fenilefrina, que se baseia na estimulação direta dos

receptores adrenérgicos do músculo de muller pela instilação de colírio de fenilefrina 2,5%, avaliação do efeito 3 a 5 minutos após: se a pálpebra superior se eleva ao nível palpebral desejado o teste é positivo e a técnica estaria indicada.

A pálpebra inferior, em sua tensão normal, é responsável pela propulsão da lágrima produzida continuamente em direção ao ponto lacrimal no movimento do piscar. Com a frouxidão palpebral, perde-se a eficiência deste mecanismo de bomba da pálpebra inferior, a lágrima produzida é acumulada na fenda palpebral e com o piscar é expelida do olho para o rosto.

Além de provocar epífora, a frouxidão palpebral inferior é responsável por alterações mais graves, como o ectrópio, que consiste na eversão da margem palpebral, provocando queratinização da conjuntiva tarsal e ponto lacrimal, predispondo infecções oculares. A frouxidão palpebral deverá ser testada previamente à cirurgia através:

“Distraction Test”: com os dedos indicador e polegar, traciona a pele da região média da pálpebra inferior no sentido anterior estimulando subjetivamente a medida ou com compasso milimetrado, considera-se valor normal até 8mm.

Snap back Test: Com o paciente olhando para cima, o examinador, com os polegares, traciona delicadamente as pálpebras inferiores para baixo e as solta. Se as pálpebras retornarem de imediato à posição original de contato com a superfície ocular o teste é considerado negativo para frouxidão palpebral. O teste positivo pode ser dividido em flacidez leve quando retorna lentamente, moderada quando retorna incompletamente mas totalmente ao piscar, e severa quando o retorno é incompleto mesmo após o piscar.



Figura 4a. Acima – pré-operatório de paciente com dermatocálaze com microptose e flacidez mínima de pálpebras inferiores. **Figura 4b.** Abaixo – pós-operatório tardio de paciente submetida à blefaroplastia estruturada (blefaroplastia superior + inferior + conjuntivomullerectomia 8mm + cantopexia bilateral + orbicuclectomia inferior + reconfecção da prega palpebral)



Portanto, em caso de flacidez severa ou ectrópio verdadeiro, o mais correto é referir-se como blefaroplastia com correção de ectrópio, mas não o termo “estruturada”.

O aspecto que mais difere as filosofias redutora e estruturada é que na segunda utiliza-se de procedimentos adjuntos, a conjuntivomullerectomia e a cantopexia para quando não há ptose nem ectrópio. O uso de CMM reforça diretamente a função do músculo de Muller e indiretamente da aponeurose do músculo elevador da pálpebra superior, elevando o MRD e proporcionando um olhar mais atento e altivo. Já a cantopexia reforça o retináculo lateral ou o tendão cantal lateral e proporciona uma estabilização e elevação do canto lateral visualmente deixando o “olhar amendoado”. Assim, o reforço dos suportes naturais das pálpebras superior e inferior permitem que sejam realizadas vigas de sustentação com o objetivo de manter as estruturas palpebrais como moldadas pelo profissional.

O paciente pode se questionar se a técnica de blefaroplastia estruturada não seria mais invasiva e desnecessária, no entanto, observamos resultados positivos e duradouros com o aspecto mais jovial e belo, e o olhar mais atento.

Entendemos que o paciente que se submete a uma blefaroplastia procura uma expressão mais atrativa e causar uma impressão mais positiva, melhores oportunidades na vida, no trabalho e bem-estar pessoal, melhorar auto-estima, auto-confiança.

A blefaroplastia estruturada já existe há alguns anos, a novidade é sua denominação, aqui tecnicamente nada acrescentamos. O conceito de “blefaroplastia estruturada” faz muito sentido e trará vantagens a todos, vislumbramos que o termo se consagre em todo o mundo. ✱



**Ariel José Villar Gonçalves; Vitor Martins Neto Manteufel;
Samuel Victor Vivas de Castro**

Fundação Hilton Rocha, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Alterações visuais associadas ao macroadenoma hipofisário

Introdução

O adenoma hipofisário consiste na terceira neoplasia primária intracraniana mais comum. É caracterizado por ser um tumor epitelial benigno, e, quando apresenta um diâmetro maior que 10 mm, passa a ser denominado macroadenoma. Tem maior incidência em adultos de 30 a 50 anos, variando de 0,8-8 casos em 100.000 pessoas, anualmente. Na maioria das vezes ocorre como lesão isolada. O quadro clínico consiste de síndromes de hiperprodução hormonal, como a síndrome de Cushing, acromegalia ou hiperprolactinemia, bem como hipopituitarismo por hipofunção glandular, além de sintomas decorrentes do efeito de massa em estruturas adjacentes, como cefaleia e

alterações visuais por compressão da dura-máter e nervo óptico, respectivamente. A baixa acuidade visual e as alterações do campo visual são os principais achados oftalmológicos. É importante ressaltar que, em 50% dos casos, as alterações campimétricas tornam-se mais intensas de tal forma que ocorre atrofia de nervo óptico. A principal alteração campimétrica descrita na literatura corresponde a hemianopsia bitemporal reversível.

Sabendo que o oftalmologista, em muitos casos, é o primeiro médico a ser procurado pelo paciente apresentando tal tumor, este relato de caso objetiva incentivar a realização de diagnóstico diferencial cuidadoso em relação a outras afecções de origem oftalmológica, tendo em vista as alterações de campo visual.

Relato de Caso

R.D.S.A., 37 anos, homem, natural e residente de Belo Horizonte (MG), procurou o serviço da Fundação Hilton Rocha (FHR) devido a um quadro de baixa acuidade visual em olho esquerdo associado a episódios de cefaleia, com início há cerca de seis meses. Ao exame apresentava Acuidade visual com correção de 20/20 em olho direito (OD) (+1.00 -1,25x95°) e conta dedos à 1 metro em olho esquerdo (OE). Na avaliação dos reflexos pupilares, observou-se que o reflexo fotomotor direto do OD não apresentava alteração, enquanto que, no OE, foi constatado defeito pupilar aferente relativo. Por sua vez, ao se avaliar o reflexo fotomotor indireto, o OD apresentou pupila hiporeagente, o que não foi observado

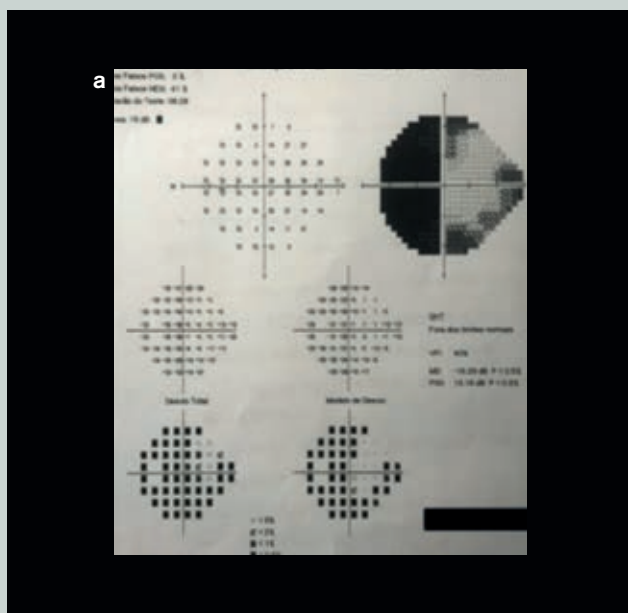


Figura 1a: Campimetria visual computadorizada (Humphrey 24-2) do OE, onde observa-se hemianopsia completa temporal.

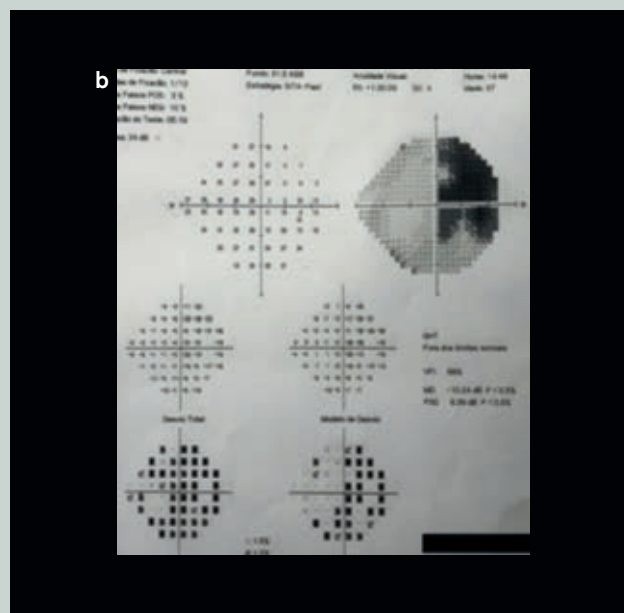


Figura 1b: Imagem do mesmo exame, agora no OD. Destaca-se a hemianopsia parcial temporal.

em OE. A fundoscopia ocular evidenciava disco óptico com palidez em região temporal em ambos os olhos. Sendo assim, foi solicitado: campo visual computadorizado, ressonância magnética de crânio e exames laboratoriais para avaliação da função hipofisária. Na consulta de retorno, foi detectada, por meio da ressonância magnética, lesão volumosa e expansiva em sela túrcica que se estendia lateralmente para ambos os seios cavernosos, resultando em compressão do quiasma óptico. Pela campimetria computadorizada (Humphrey 24-2), foi observado, em OD, escotomas no quadrante temporal superior e, em OE, hemianopsia temporal. Na avaliação funcional da tireoide, foram detectados: níveis baixos de T4 livre 0,44 ng/dL (Valor de Referência –

VR: 0,78 a 2,19ng/dL), Hormônio Luteinizante (LH) 0,85 μ m/ mL (VR: 1,5 a 9,3 μ m/ mL) e níveis altos de Cortisol 25,2 μ g/dL (VR: < 2,0 μ g/dL). Diante de tais achados, o paciente foi referenciado à equipe da neurocirurgia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Iniciou tratamento clínico com levotiroxina 100 μ g e reposição de testosterona em regime ambulatorial, e, posteriormente, foi submetido a intervenção neurocirúrgica, para excisão do tumor.

Discussão

Dentre os tumores da glândula pituitária, os adenomas são os mais prevalentes, correspondendo de 10-15% das neoplasias intracranianas. São mais comuns em adultos na faixa etária de 30-50 anos, sendo a maioria

dos diagnósticos em mulheres na idade fértil. Entre as causas, elenca-se a hereditariedade, influência hormonal e mutações genéticas.

Esse tumor pode ser assintomático ou apresentar sintomas decorrentes do efeito de massa ou alterações hormonais. Os sintomas mais comuns dos adenomas de hipófise são a cefaleia e a redução da acuidade visual. A cefaleia costuma ser o sintoma mais proeminente, sendo de natureza inespecífica e não melhorando mesmo com o uso de analgésicos. Destaca-se, também, que a característica marcante do campo visual nos adenomas hipofisários é a hemianopsia bitemporal, poupando a visão central, resultante da compressão ou destruição das fibras decussantes no centro do quiasma óptico.

O segmento do paciente deve ser

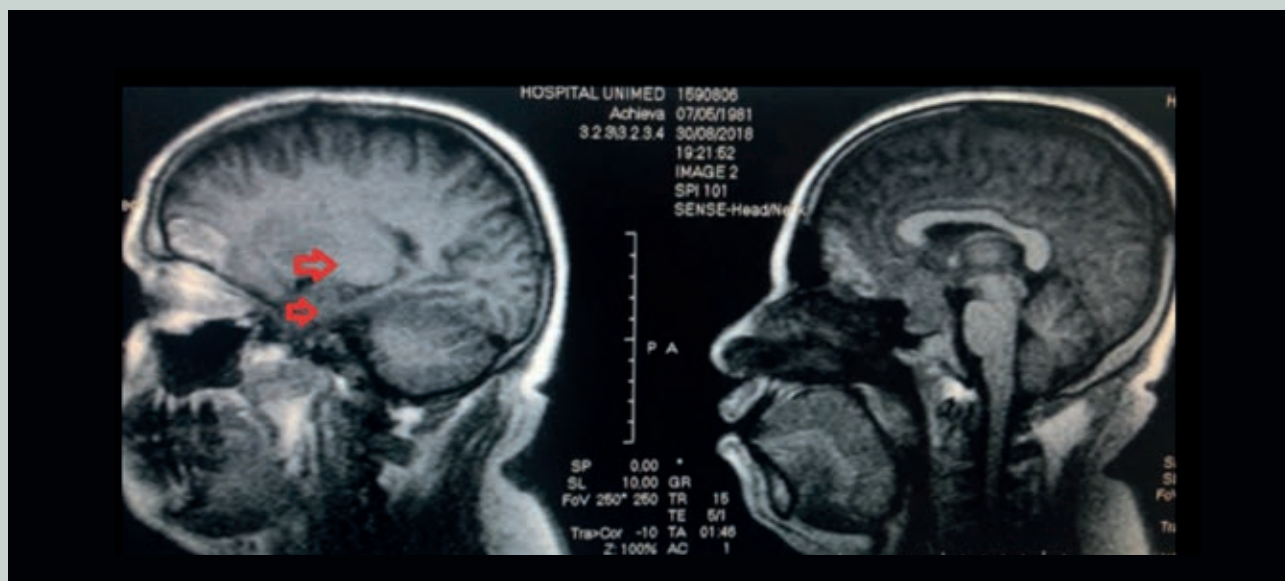


Figura 2: Corte sagital de Ressonância Nuclear Magnética de crânio evidenciando tumor em hipófise, conforme indicado pelas setas em vermelho.

realizado com a dosagem basal dos hormônios relacionados à função hipofisária e das glândulas por ela influenciadas. Podemos destacar como essencial a dosagem da prolactina, tireotropina, tiroxina, adrenocorticotropina, cortisol, LH, Hormônio Folículo Estimulante (FSH), estradiol, testosterona, hormônio do crescimento, entre outros. Tal dosagem é fundamental para verificar a funcionalidade do tumor.

O uso de exames de imagem também é importante para o diagnóstico e tratamento. Destacam-se a Ressonância Nuclear Magnética e a Tomografia Computadorizada de crânio. Dentre os diagnósticos diferenciais, destacam-se: tumores metastáticos, craniofaringiomas, hiperplasia pituitária e aneurismas.

Com relação ao tratamento, podem ser adotadas medidas clínicas,

como a modulação hormonal, radioterapia e intervenção cirúrgica, sendo esta utilizada na maioria dos casos. A principal técnica cirúrgica é a exérese transesfenoidal. O manejo clínico pode ser importante em muitos casos, pois possibilita a redução do tumor, como acontece com a variante prolactinoma, que apresenta boa resposta ao uso de agonistas dopaminérgicos.

O prognóstico é variável e depende de vários fatores, como tamanho do tumor, funcionalidade do tumor e comorbidades associadas.

Por sua vez, a variedade de lesões que afetam o quiasma óptico (dependendo da variação anatômica), como no caso relatado, pode influenciar os achados campimétricos encontrados nos tumores hipofisários.

Portanto pelo fato do paciente apresentar uma acuidade visual pre-

servada em OD e apresentar risco do crescimento do tumor, optou-se por conduta cirúrgica de forma eletiva para preservar a visão do OD.

Conclusão

O diagnóstico de tumores intracranianos, como o macroadenoma hipofisário nem sempre é fácil. O oftalmologista, muitas vezes, vem a ser o primeiro médico a ser procurado pelo paciente, devido às alterações visuais que os efeitos de massa do tumor podem causar. Exames simples, como a campimetria computadorizada apresentando hemianopsia bitemporal, podem ser o principal indício da causa base. O tratamento multidisciplinar, com a endocrinologia e neurocirurgia são fundamentais para o acompanhamento e melhora do prognóstico do paciente, quer seja visual, quer seja visual. ✕

Práticas oftalmológicas durante a pandemia de Covid-19

Pesquisa online revela como os oftalmologistas estão reagindo diante do coronavírus em escala mundial

Logo no início da pandemia ocasionada pelo coronavírus, oftalmologista e Professor assistente do Departamento de Oftalmologia Saint Louis University, EUA, Eduardo Buchele Rodrigues, e seus alunos, realizaram uma IRB-approved Anonymous Research Survey para entender melhor como as práticas de oftalmologia estão mudando ao longo desta pandemia.

O objetivo da pesquisa online foi determinar como as práticas oftalmológicas estão reagindo e mudando durante a pandemia do COVID-19 em escala mundial. Uma pesquisa anônima contendo vinte e duas perguntas foi criada em 31 de março de 2020. A distribuição da pesquisa foi feita por e-mail, WhatsApp, Facebook, Twitter e Instagram, bem como pessoalmente e por telefone. Contataram sociedades de oftalmologia por e-mail ou telefone para ajudar a divulgar a pesquisa. No Facebook, foram feitas postagens para divulgar a pesquisa, bem como mensagens privadas

para outros oftalmologistas ativos. Vários oftalmologistas receberam mensagens diretas no Twitter e no Instagram. A maior parte das respostas foi fornecida por e-mail e Facebook. A análise dos dados foi realizada usando o Microsoft Excel e avaliamos as relações entre localização, níveis de ansiedade, fontes de estresse, idade, orientação oftalmológica e aplicação de telemedicina.

Até 12 de abril de 2020, 494 participantes de seis continentes e 42 países haviam respondido à pesquisa. Os maiores grupos de participantes eram da América do Sul e da América do Norte, enquanto o menor número de respostas veio da Ásia, Europa, África e Austrália. As idades da corte variaram de 20 a mais de 60 anos. Mais de um terço dos participantes tinham entre 30 e 40 anos de idade, mas também havia uma grande representação dos grupos etários de 40 a 50 e 50 a 60 anos. A grande maioria dos participantes da pesquisa era de oftalmologistas ativos, com os próximos

dois maiores grupos demográficos sendo representados por residentes/especialistas e enfermeiros/técnicos.

Compararam a localização de cada participante para obter uma média do nível de ansiedade, fonte de ansiedade e a aplicação de telemedicina. Os níveis de ansiedade foram classificados com base em uma escala de 1 a 5 (1 = nível muito baixo de ansiedade; 5 = nível muito alto de ansiedade). No geral, os níveis de estresse enfrentados pelos médicos eram altos ($3,6 \pm 1,3$; média $\pm$ desvio-padrão) e variavam entre os continentes com números significativamente mais altos na América do Norte e América do Sul em comparação com a Europa e Ásia ($p=0,0020$). As fontes de ansiedade incluíam o medo de transmitir a Covid-19 para os pacientes ou familiares, a autocontaminação, o risco de dificuldade financeira, cobertura para negligência médica potencial, insegurança com relação a suprimentos médicos e alimentos em casa. Na América do Norte e do Sul, na Europa e na Ásia, a causa

número um de preocupação foi a disseminação do vírus para os pacientes ou familiares ($p = 0,003$). A segunda causa mais comum de preocupação na América do Norte, América do Sul e Europa foi dificuldade financeira, enquanto na Ásia foi o medo de autocontaminação.

Também coletaram informações sobre a adoção da telemedicina antes e durante a pandemia. Oitenta e dois por cento dos participantes da pesquisa em todo o mundo não tinham acesso à telemedicina antes da pandemia, mas 41% estavam agora implementando e 26% planejavam utilizá-la em breve. Para infecções ativas ou suspeitas pela Covid-19, 35% dos participantes utilizaram o serviço de telessaúde remota durante as consultas. A nível internacional, todos os continen-

tes aumentaram o uso da telemedicina como uma modalidade de atendimento do paciente, mas em frequências variadas. Observou-se que a América do Norte manifestou o maior aumento no uso (aumento de 5,8 vezes), enquanto a América do Sul, Europa e Ásia apresentaram taxas mais baixas de mudança.

Em todos os contextos de cuidados de saúde, a principal preocupação dos entrevistados foi novamente a transmissão da Covid-19 para um paciente ou familiar ($p=0,005$). A autocontaminação foi a segunda maior causa de preocupação entre os médicos que trabalham em instituições, hospitais e no serviço de veteranos. Por outro lado, para os médicos que trabalham em consultórios particulares, a dificuldade financeira foi a segunda maior

fonte de estresse. Quando estratificado por especialidade oftalmológica, não foi observada diferença estatística no nível de ansiedade ($p=0,2527$). Quanto à orientação especialidade-específica, a maioria dos participantes optou por sociedades/websites de oftalmologia, debates com colegas, instituições locais, mídias sociais ou os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) como seu principal meio de orientação clínica. A nível global, muitos médicos ficaram satisfeitos com o volume de aconselhamento recebido (média: nível de satisfação 7/10) e acreditavam que as respostas fornecidas pelos sistemas de saúde eram adequadas.

Em geral, as fontes mais comuns de orientação oftalmológica originaram-se de sociedades/websites de



oftalmologia (56%), debates com colegas (23%) e mídias sociais (13%) e isso não variou significativamente de acordo com a prática ($p=0,143$). De acordo com as recomendações, os números de consultas clínicas e cirurgias diminuíram durante a pandemia, uma vez que mais de 45% dos oftalmologistas atenderam menos de 25% de seu volume habitual de cirurgias. Foi também

observado que as principais razões pelas quais os oftalmologistas continuaram atendendo pacientes no ambulatório foram checkups logo após a cirurgia (74%), injeções de Antifator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGF) (54%) e medições da pressão intraocular (32%). Outras precauções impostas por diferentes situações e práticas individuais incluíram redução das

horas de trabalho, diminuição da equipe, aumento do uso de EPIs, placas de proteção transparentes na recepção, exigência de desinfecção das mãos na recepção, máscara protetora para lâmpadas de fenda, triagem dos médicos quanto à presença de febre, triagem dos pacientes por meio de questionários e aplicação de telemedicina.

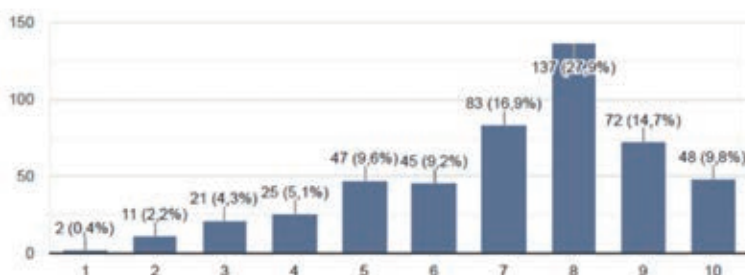
Por fim, compararam o grupo etário de cada participante para obter uma média do nível de ansiedade, origem do estresse e fonte das recomendações oftalmológicas. Os níveis médios de estresse variaram de 3,1 a 3,7 e não foi observada diferença estatística entre os grupos etários ($p=0,1116$). Além disso, as fontes de estresse não diferiram significativamente entre os grupos etários ($p=0,619$).

A exemplo de muitas outras práticas médicas, esta pesquisa reflete a drástica interrupção que a pandemia da Covid-19 causou no campo da oftalmologia em todo o mundo. Acreditam que este estudo seja de especial interesse para os oftalmologistas devido à natureza do exame oftalmológico, que demanda uma proximidade face a face muito grande, mesmo em consultas de rotina. Após a revisão, observaram que as reações e práticas entre todos os grupos demográficos e países pareceram mais similares do que diferentes. Onde foram constatadas diferenças, aprendemos mais sobre os valores individuais, tais como a maior preocupação da Ásia com a autocontaminação e a maior ênfase dos médicos particulares no bem-estar financeiro. Acreditam que a telemedicina irá avançar como um recurso instrumental para todos os oftalmologistas e a pesquisa futura deve continuar a se concentrar nos avanços dentro dessa modalidade de cuidados de saúde. ✖

PERGUNTAS GERAIS

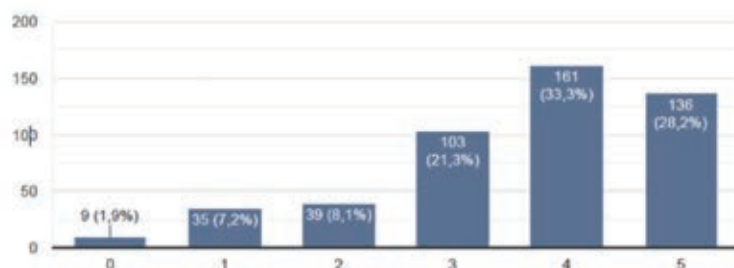
Em uma escala de 1 a 10, qual é o seu nível de satisfação com a orientação fornecida pelas várias Sociedades de Oftalmologia em resposta à COVID-19?

491 respostas



Em uma escala de 1 a 10, qual é o seu nível de satisfação com a orientação fornecida pelas várias Sociedades de Oftalmologia em resposta à COVID-19?

491 respostas



**Ramon Coral Ghanem***Departamento de Cirurgia Refractiva e Catarata**Hospital de Olhos Sadalla Amin Ghanem*

Que casos desafiadores existem em cirurgia refrativa?

E numero aqui as situações desafiadoras mais frequentes no meu dia a dia e como as conduzo:

1. Ceratocones iniciais ou subclínicos, em que a cirurgia pode levar a progressão da doença. A situação mais frequente e difícil é a confirmação do diagnóstico frente a anormalidades sutis da topografia e tomografia corneanas. As mais frequentes na topografia são: (1) assimetria superior-inferior, (2) aumento da asfericidade central, (3) perda de ortogonalidade e (4) padrão vertical em “D” (Figura 1). Em todos estes casos o ideal é o acompanhamento semestral ou anual topo e tomográfico a procura de progressão das anormalidades;

2. Pacientes com ametropias e cicatrizes corneais, quando há necessidade de correção refracional e redução da irregularidade da superfície. Lembrando que o tratamento das aberrações presentes na córnea pode induzir mudanças refracionais, reduzindo a previsibilidade cirúrgica (Figura 2);

3. Cirurgia refrativa prévia, tanto fotorefrativa como incisional (ceratotomia radial e astigmática). Os retratamentos de LASIK em geral podem ser feitos com boa segurança e eficácia, entretanto é fundamental a avaliação da espessura do flap antigo e leito estromal com OCT de córnea. Também é importante verificar as bordas do flap, quanto a regularidade, fibrose e crescimento epitelial da interface (Figuras 3A e 3B). Fibrose nas bordas do flap podem impossibilitar o seu levantamento e o crescimento epitelial pode piorar após retratamentos, podendo muitas vezes ocorrer em casos sem crescimento prévio. Nos casos de ceratotomia radial prévia contraindicamos o LASIK devido maiores complicações relacionadas ao flap. Nos casos selecionados de hipermetropia pós-RK indicamos o PRK. A técnica envolve a realização do PRK topoguiado transepitelial com ajuste da espessura epitelial baseado no mapa epitelial do OCT. Desta forma podemos reduzir a ametropia e as aberrações corneanas. (Figura 4)

4. Alta hipermetropia em jovens. A cirurgia a laser para hipermetropia limita-se a correção de cerca de 6 D quando todos os parâmetros são ideais, especialmente de curvatura da córnea. Em pacientes com córneas mais curvas ou hipermetropias mais altas, não é possível o uso do excimer laser. Nestes casos ainda temos a opção do implante de lentes fálicas, como a Artisan ou Visian ICL. Entre os pré-requisitos para seu implante há a necessidade de uma câmara anterior com profundidade adequada, em geral >2,8 mm à partir do endotélio. Este é um fator limitante pois muitos destes pacientes têm olhos pequenos com câmara anterior rasa. Nos pacientes presbítas ainda existe a opção da cirurgia facorefrativa com lentes mono ou multifocais.

Que critérios devem ser usados em casos limítrofes?

Em cirurgia refrativa a laser existem basicamente os limites estruturais e ópticos. São eles:

1. Estruturais. A fotoablação cau-

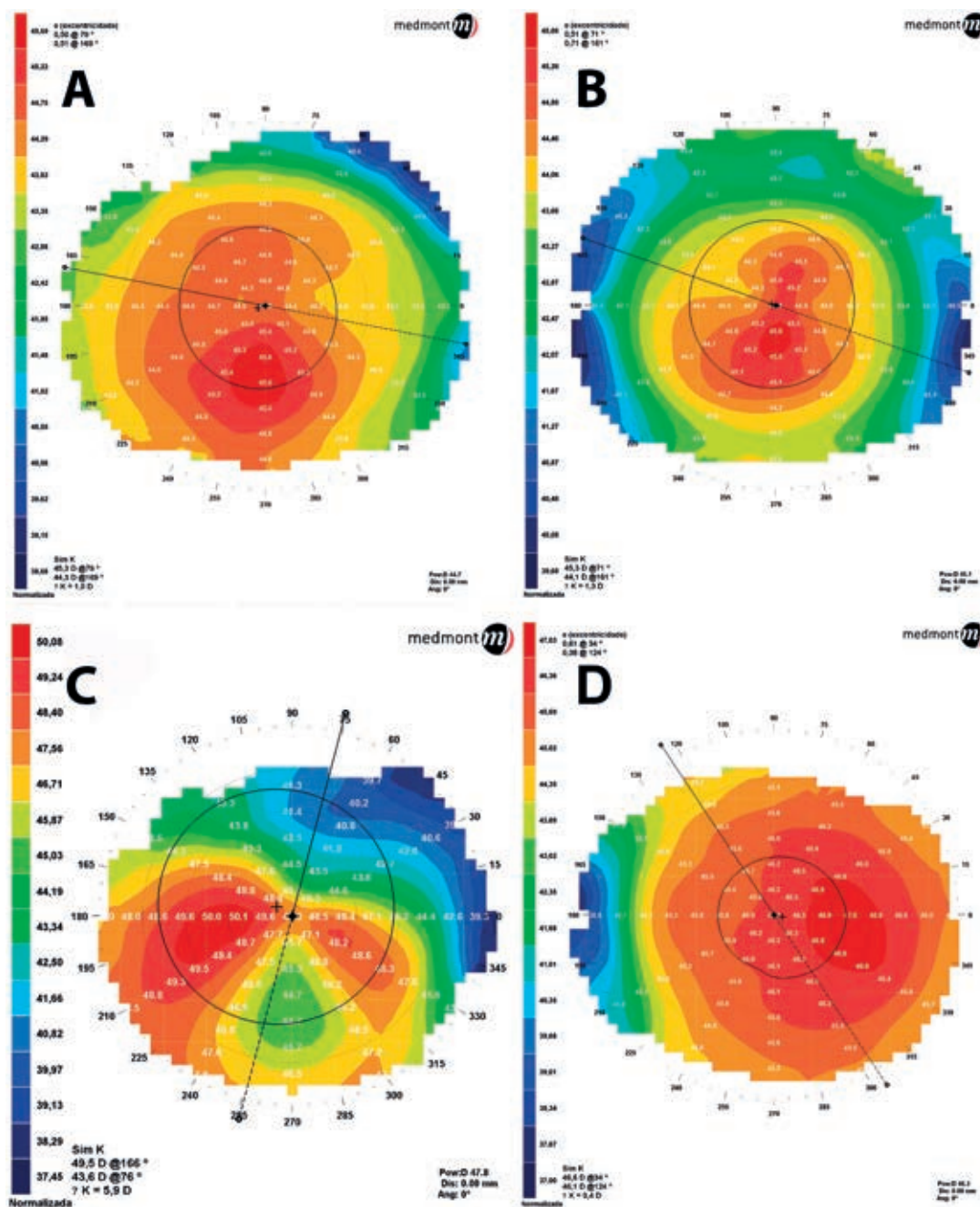


Figura 1. Padrões topográficos suspeitos. A. Assimetria vertical (I-S); B. Córnea hiperprolada com sinal de "baby bowtie"; C. Skewed Radial Axis; D. Assimetria horizontal (padrão em D).

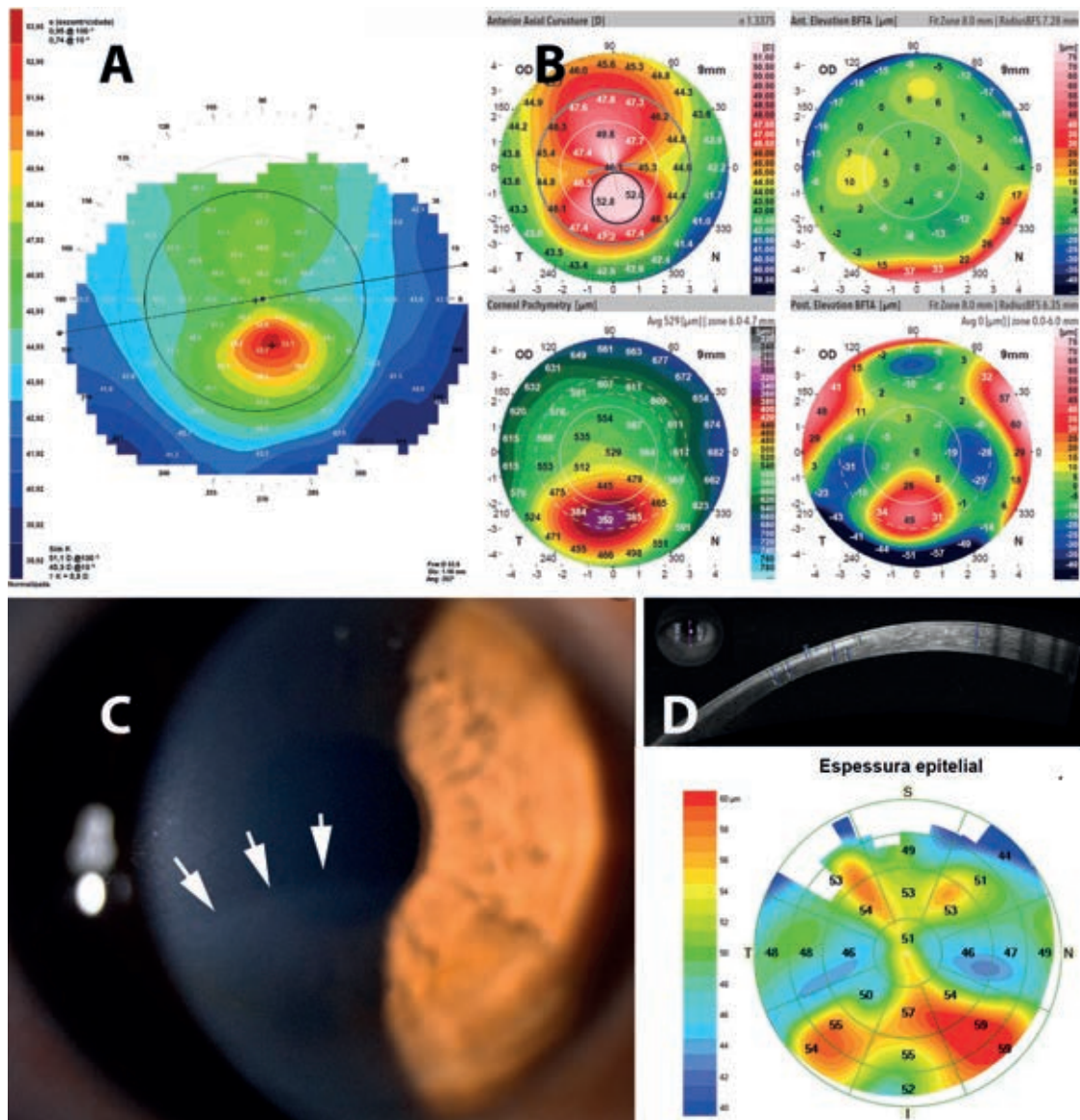


Figura 2. A. Paciente com miopia e astigmatismo e aspecto de ceratocone na topografia, com K apical de 53 D. B. Tomografia por Scheimpflug confirma o achado e mostra afinamento inferior atípico para caso de ceratocone. C. Na biomicroscopia observou-se discreto leucoma superficial na metade inferior da córnea (setas). D. OCT de córnea confirma o falso ceratocone, mostrando hiperrefletividade estromal anterior inferior e afinamento estromal ocasionado por provável ceratite prévia e espessamento epitelial compensatório inferior no mapa epitelial, excluindo doença ectásica. O paciente foi submetido a PRK transeptal topografiado com ajuste da espessura epitelial para regularizar a córnea e reduzir a ametropia.



CURSOS ONLINE

CAPACITE-SE E VALORIZE SEU CURRÍCULO PARTICIPANDO DOS CURSOS OFERECIDOS PELA UNIVERSO VISUAL E PARCEIROS.

FUNDAMENTOS EM FACOEMULSIFICAÇÃO



6h



Muito bom

R\$ 250,00

em até 3x R\$ 83,33 sem juros



SOCIEDADE E SUCESSÃO EM CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS



24h



Muito bom

R\$ 300,00

em até 3x R\$ 100,00 sem juros



ADMINISTRAÇÃO DE CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS



24h



Muito bom

R\$ 300,00

em até 3x R\$ 100,00 sem juros



GESTÃO ESTRATÉGICA DE CARREIRA



16h



Muito bom

R\$ 100,00

em até 2x R\$ 50,00 sem juros



ORIENTAÇÃO CIRÚRGICA



15h



Muito bom

R\$ 364,00

em até 3x R\$ 121,33 sem juros



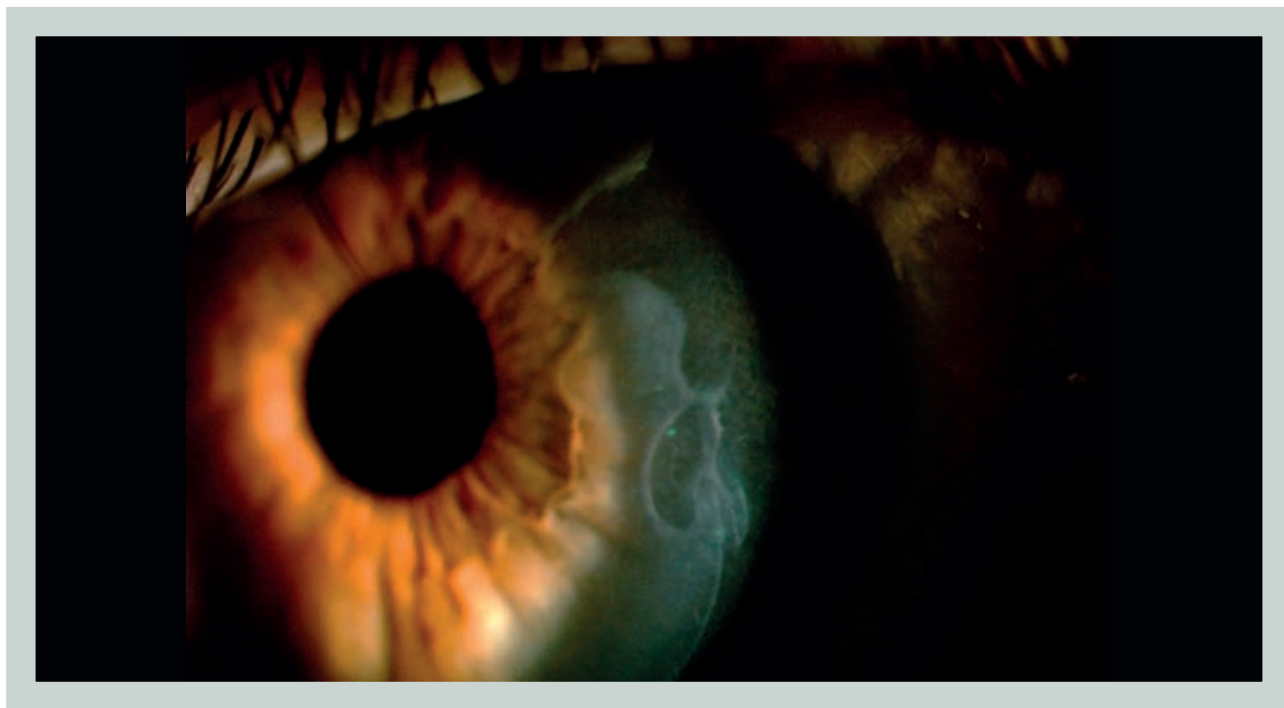


Figura 3 A. Irregularidade no bordo do flap de LASIK impossibilitando o retratamento

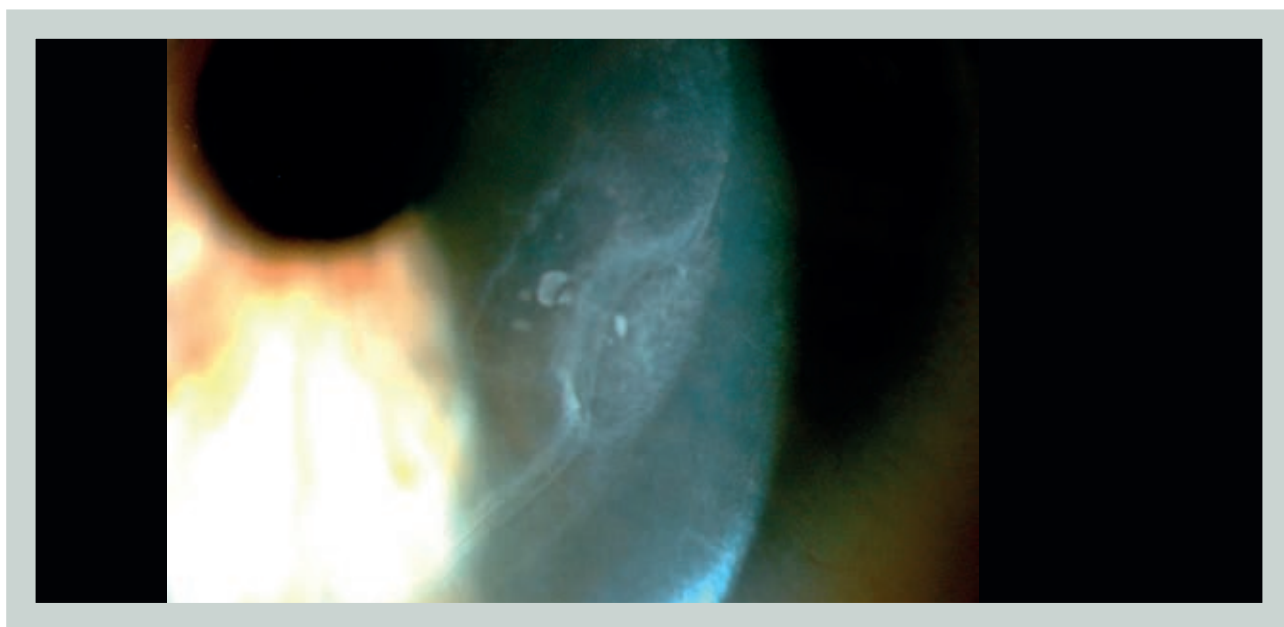


Figura 3 B. Irregularidade no bordo e crescimento epitelial na interface do LASI

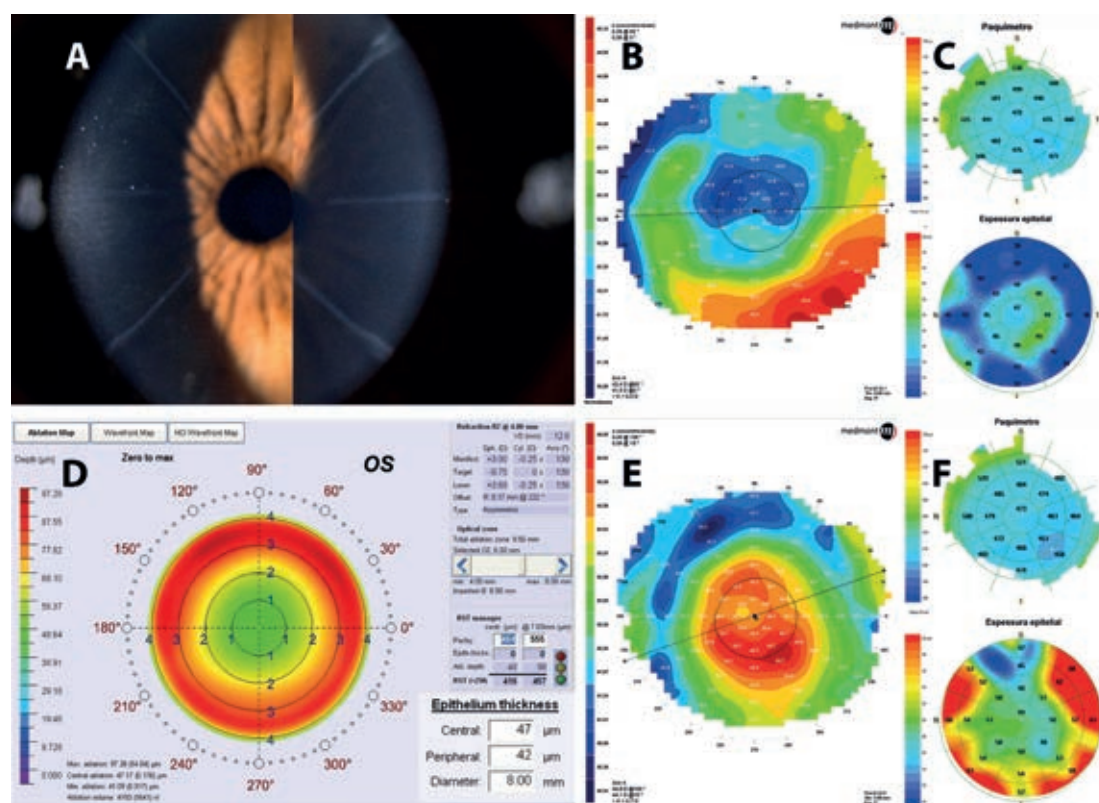


Figura 4. Hipermetropia de +3,00 D após ceratotomia radial. A. Oito incisões radiais bem cicatrizadas. B. Topografia pré-operatória demonstrando aplanamento central importante, com boa regularidade. C. Mapa paquimétrico do OCT no pré-operatório, demonstrando córnea difusamente fina e mapa epitelial (abaixo) mostrando epitélio central mais espesso que periférico, padrão inverso da normalidade. D. Mapa de ablação do PRK hiperométrico topoguiado transepitelial mostrando ablação periférica de quase 100 micra e central de 47, de acordo com ajuste da espessura epitelial realizado (embaixo a direita). E. Mapa topográfico pós-operatório com encurvamento e regularização importantes. F. Mapa paquimétrico e epitelial do OCT pós-operatório demonstrando afinamento estromal na médio-periferia e espessamento epitelial.

sa afinamento e enfraquecimento estrutural da córnea. Na extensa maioria dos casos não há comprometimento biomecânico significativo a nível clínico e o paciente tem seu erro refrativo corrigido sem efeitos colaterais. Em olhos normais o limite de enfraquecimento tolerado pela córnea parece ser próximo a 40 a 50%. Na prática diária utilizamos o PTA (percentual de tecido alterado)

para limitar as alterações estruturais nos tratamentos a laser em córneas normais. Em casos de córneas biomecanicamente fracas, o limite para descompensação e evolução para ectasia pode ser bem menor.

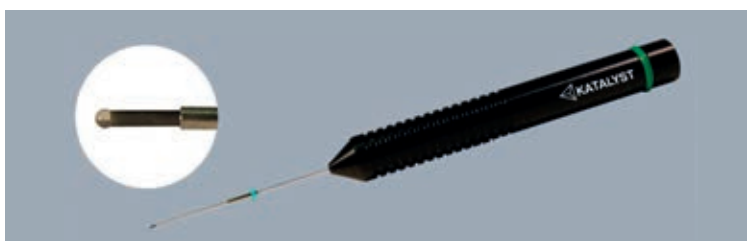
2. Óptico. O excimer laser corrige o erro refrativo através da mudança da curvatura da córnea. Alguns limites devem ser respeitados para que se preserve a qualidade óptica da cór-

nea. Em tratamentos miópicos, em geral, evita-se aplanar a córnea além de 35 a 36 D e em tratamentos hiperométricos evita-se encurvá-la além de 49 D. Nos tratamentos hiperométricos este limite é mais restritivo, pois frequentemente temos pacientes com hipermetropias moderadas (3 a 4 D) porém com córneas já muito curvas, de 47 ou 48 D, impossibilitando a correção com laser. ✖



CINCO EM UM

A Haag Streit continua inovando seu equipamento Lenstar. O novo software inclui inúmeros benefícios: última versão da fórmula de Hill-RBF, baseada em inteligência artificial, fórmulas de Olsen, acesso remoto ao Eyesuite e calculadoras de lentes tóricas. Além disso, todas as máquinas agora incluem o sistema APS, que permite cinco medidas com um único click, facilitando a realização do exame pelo médico.



TRATAMENTO DE BURACO MACULAR

A Medvision acaba de trazer ao Brasil um produto novo para o médico especialista em retina que faz cirurgia de buraco macular. É um instrumental produzido pela empresa norte americana Katalyst Surgical, chamado Manipulador Maeno-Awh. Com a pontinha de silicone negra e redonda, ele é indicado para transplantar a membrana limitante interna preenchendo o buraco macular. Antiaderente, atraumático e eficiente também para manipular e reposicionar a retina em grandes descolamentos.

Receitas médicas e atestados digitais



O Conselho Federal de Medicina (CFM), o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF) lançaram recentemente uma ferramenta importante para que os médicos brasileiros possam, com segurança, no âmbito do atendimento por Telemedicina, emitir atestados ou receitas médicas em meio eletrônico. Trata-se de um site validador de prescrições e atestados, que auxiliará a relação remota entre médico, paciente e farmacêutico. O serviço consolida a possibilidade de o paciente receber prescrições diretamente no celular, sem uma via em papel, e ter o documento conferido, via plataforma, diretamente no balcão da farmácia.

Na plataforma <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>, o médico poderá “baixar” modelos de prescrições e atestados, preencher e assinar digitalmente – com o seu certificado ICP-Brasil, atendendo às exigências legais – a prescrição com a indicação de tratamento ao paciente. Para o farmacêutico, há um espaço de verificação da assinatura e dados de registro do médico, garantindo a segurança na dispensação do medicamento.

Para usufruir do serviço, o médico deve usar assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil). O médico gera a prescrição via plataforma, assina e envia o documento para o paciente ou responsável (via e-mail, SMS, aplicativo de mensagens etc.).

OFTALMOLOGISTA FRANCISCO IROCHIMA CONCORRE À FINAL DO PRÊMIO EURO

Inicialmente concorrendo com três projetos inovadores o Prof. Dr. Francisco Irochima - do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia da Universidade Potiguar/RN - chega a grande final do Prêmio Euro Inovação na Saúde. O reconhecimento é voltado exclusivamente a médicos, devidamente registrados em seus Conselhos Regionais de Medicina.

A iniciativa concorria com outras 1,6 mil inscritas na primeira etapa do prêmio. Em seguida, uma equipe de especialistas escolheu os 100 melhores projetos para concorrerem a 10 vagas na grande final.

O oftalmologista é o único representante da oftalmologia. Seu projeto é o “Novo Dispositivo Móvel para o Combate à Cegueira por Ceratocone (Topograph Smartphone System)”, que consiste em um dispositivo de baixo custo que, acoplado ao celular, é capaz de dar o diagnóstico precoce do ceratocone, uma das principais causas de transplantes no Brasil e no mundo, e que pode levar à cegueira. Só com o diagnóstico na fase inicial, o paciente pode ser submetido ao tratamento que cessa a progressão da doença, evitando a baixa da visão e um futuro transplante de córnea. Atualmente, os equipamentos convencionais que dão o diagnóstico da doença, além de ter um custo muito elevado, apresentam grandes dimensões, baixa mobilidade e necessidade de interpretação profissional. Sintonizado com a proposta futurista de que a medicina vem ultrapassando os limites das instituições de saúde, Irochima desenvolveu em sua Start up um dispositivo de baixíssimo custo que, por meio de uma simples foto de anéis luminosos projetados no olho do paciente, analisa e dá o diagnóstico do ceratocone através de um algoritmo próprio. O dispositivo ainda é capaz de ser operado por um leigo ou professores em escolas, com suporte médico à distância. Dotado de geolocalização, ele ainda permite identificar onde estão os pacientes com a doença e orientar de forma otimizada estratégias de saúde.

O Prêmio Euro é patrocinado exclusivamente pela Eurofarma e tem por objetivo reconhecer e incentivar a comunidade médica do Brasil na busca por soluções inovadoras em produtos, serviços e ações que resultem em ganhos potenciais ou efetivos para a qualidade de vida e bem-estar dos brasileiros.

→ A votação está aberta até o dia 04 de agosto. Para votar, acesse <https://premioeuro.com.br/login>



MULTIPLATAFORMA

Médico Exponencial Ofta, o recém lançado programa de aproximação entre médico e paciente, é um portal de conteúdos que tem o objetivo de oferecer serviços digitais aos médicos oftalmologistas, e que tem como propósito apoiar a rotina desses especialistas ao disponibilizar conteúdo relevante sobre práticas de telemedicina, educação médica e marketing médico.

É dentro deste portal que o médico encontrará algumas ferramentas customizadas, tais como: plataforma regulamentada para atendimento remoto (telemedicina) – Conecta Médico; plataforma regulamentada para prescrição digital – Memed; ferramenta de Marketing Médico – iClinic; amostras Grátis customizada à sua necessidade; Kit de EPIs (máscara escudo protetor facial, máscara de tecido, álcool gel, sabonete líquido); e Consultoria de Apoio na implementação à nível de usuário.

Conecta Médico: Diante deste momento de pandemia que nos

solicita isolamento social, a telemedicina – recém regulamentada pelo Ministério da Saúde, é de extrema necessidade. E o Conecta Médico, como uma ferramenta de auxílio no atendimento, e não de substituição, mas que permite ao oftalmologista atender num ambiente seguro, garantindo o sigilo médico-paciente.

Memed: Integrado à plataforma, permite a teleconsulta, onde o oftalmologista poderá prescrever medicamentos (exceto aqueles que pertencem a listas que exigem notificação de receita), exames e até mesmo emitir atestados, e seu receituário é aceito nas principais drogarias do país.

iClinic: o marketing médico da plataforma auxilia o oftalmologista a reter seus pacientes e oferece cursos e vídeos-aulas gratuitos, assim como vídeos de melhorar a jornada do seu paciente e como fidelizá-los. Oferece também dashboards com relatórios e análises gerais do atendimento.

→ Para saber mais acesse:

www.medicoexponencialems.com.br

UV Conecta provoca debates e inspirações

Série de webinars produzido pela Universo Visual traz a qualidade do conteúdo impresso para o digital

Num cenário marcado por profundas mudanças de comportamento devido à pandemia do novo coronavírus, principalmente pela exigência do isolamento social, novas formas de comunicação foram adotadas. O mundo passou a interagir com intensidade em plataformas digitais e grande parte da população migrou para o ambiente virtual.

Assim, a telemedicina e os webinars deixaram de ser ferramentas inovadoras para virem a ser a solução do momento, tanto para o aspecto ensino-aprendizagem, quanto para possibilitar o atendimento dos pacientes, até que a vida volte ao normal.

Com a Universo Visual não foi diferente. Identificamos essa necessidade e criamos dentro do UV

Conecta – uma série de webinars, denominado “Além da Visão” para inspirar os médicos oftalmologistas e demais profissionais de saúde interessados no assunto.

Sob o comando do médico e professor livre-docente de oftalmologia da Escola Paulista de Medicina e Einstein, e diretor de inovação tecnológica e social da Unifesp, Paulo Schor, realizamos encontros com diversos convidados, que abordaram assuntos como impactos e aprendizados pós Covid-19, mãos na medicina em tempos desafiadores, acesso à saúde e suas desigualdades, trabalho pós-pandemia, e os aspectos que envolvem os dados em saúde, como privacidade, Lei Geral de Proteção de Dados e inteligência artificial.

Num desses encontros recebemos

como convidado especial, o Presidente do Conselho da Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein e do Instituto Coalizão de Saúde, Claudio Lottenberg, que abordou assuntos como as dificuldades de gestão da saúde frente a pandemia, e a importância dos oftalmologistas neste momento.

Para falar sobre a desigualdade de acesso à saúde, trouxemos o coordenador geral da Rede Nossa São Paulo e do Programa Cidades Sustentáveis, Oded Grajew, que falou sobre os indicadores sociais, econômicos, ambientais do nosso país que nos colocam no posto de um dos maiores índices de desigualdade no mundo. E sobre como nós, da sociedade civil, podemos contribuir para a mudança desse cenário. ✕



Para acessar a todos os webinars já promovidos, basta acessar QRCode abaixo.



2020

junho a outubro

junho



→ 26 a 29 de junho
WOC 2020
 Local: VIRTUAL
 Site: <https://icowoc.org/>

setembro



→ 02 a 05 de setembro
**64º CONGRESSO DO CONSELHO
 BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA**
 Local: VIRTUAL
 Site: <http://www.cbo2020.com.br/>

outubro



→ 24 a 26 de setembro
**11ª JORNADA PAULISTA DE
 OFTALMOLOGIA**
 Local: BOTUCATU - SP
 Site: <https://www.jornadapaulistadeoftalmo.com.br/>



→ 10 a 11 de outubro
**SIMPÓSIO INTERNACIONAL
 DE MIOPIA**
 Local: CURITIBA - PR
 Site: <http://simposiosoblec.com.br/>



→ 02 a 04 de outubro
ESCRS 2020
 Local: VIRTUAL
 Site: <https://www.es CRS.org/amsterdam2020/>

SAIBA O QUE FOI ADIADO PARA 2021

- 45º Congresso da Sociedade Brasileira de Retina e Vítreo
- XIX Congresso Internacional de Catarata e Cirurgia Refrativa
- 27º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ATUALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA DA SANTA CASA DE SP
- XIII Simpósio Sul Mineiro de Oftalmologia



ACUVUE®

Acuvue
 Tel. 0800 76 25424
 Informe Educacional
 (páginas 16 a 21)



Amigos da Lente
 Tel. (11) 2176 7225
 Página 13



CBO
www.cbo2020.com.br/
 2ª capa



Ofta
 Tel. 0800 500 600
 4ª capa

