

REVISTA DA

APM

REGIONAL PIRACICABA

Julho de 2016
Edição nº 119



**Conheça a
Plástica Ocular**

**A importância da
Saúde Ocular**

**Retinopatia
Diabética**

**Catarata, tire
suas dúvidas**

**Lentes de
contato**

Oftalmologia

Cuide da saúde ocular



A COOPERAÇÃO FAZ VOCÊ CHEGAR LÁ

CESAR CIELO
COOPERADO UNICRED
DESDE 2006.

Faça como Cesar Cielo. Seja Cooperado Unicred.

Uma das maiores instituições
financeiras cooperativas do Brasil.

PARA SABER MAIS, ACESSE:
UNICRED.COM.BR



ANA CARVALHO DA SILVEIRA
UNIDADE PREVILAB PIRACICABA

PREVILAB

Confiança, Alcance e Cuidado

A melhor forma de cuidar da sua saúde é somar a excelência e carinho no atendimento com o investimento constante em tecnologias e inovações em medicina diagnóstica.

- 45 anos oferecendo resultados precisos
- Qualidade certificada
- Vacinas
- 19 unidades (distribuídas em 9 cidades)



SEMPRE UMA UNIDADE PERTO DE VOCÊ:
Americana, Capivari, Iracemápolis, Laranjal Paulista, Limeira, Piracicaba, Rio das Pedras, São Pedro e Tietê.

Atendimento ao Cliente
Piracicaba: (19) 3429-6900
Demais localidades: 3003-6336
previlab.com.br



REVISTA DA

APM

REGIONAL PIRACICABA

APM
ASSOCIAÇÃO PAULISTA
DE MEDICINA
PIRACICABA**AMB**
Associação Médica Brasileira**EXPEDIENTE****Diretor Executivo da Revista**

Dr. Osmar Antônio Gaiotto Junior

Jornalista e Editora Responsável

Michele Telise (Mtb 56675)

Diagramadora

Juliana Angeli Bosqueiro

Impressão

Gráfica Riopedrense

APM Regional Piracicaba

Av. Centenário, 546 - São Dîmas Piracicaba SP

CEP 13416-000 www.apmpiracicaba.com.br

Os artigos, publicidade e conteúdo científico da revista são de responsabilidade de seus autores. Distribuição Gratuita.

APM
ASSOCIAÇÃO PAULISTA
DE MEDICINA
PIRACICABA**Presidente:** Osmar Antonio Gaiotto Junior**Vice-presidente:** Antonio Ananias Filho**Secretário:** Ricardo Tedeschi Matos**Tesoureira:** Maria Inês Onuchic Schultz**Diretor Defesa Profissional:** Segirson de Freitas Junior**Diretor Cultural e Científico:** Luis Kanhiti Oharomari**Diretor Social:** Pedro Leandro Zilli Bertolini**DELEGADOS:**

José Márcio Zveiter de Moraes

Jurandyr Carvalho Filho

Legardeth Consolmagno

CONSELHO FISCAL - TITULAR:

Alvaro Pereira Pinto

Djalma Sampaio Filho

Renato Cavallini Junior

CONSELHO FISCAL SUPLENTE:

Dairo Bicudo Piai

Eduardo Lucio Nicoleta Junior

Luis Poggi Filho

Um bom começo para reescrevermos a história da saúde

Todos os países do mundo, sem exceção, perseguem alternativas para reduzir os custos em saúde, dar maior assertividade ao sistema, ampliar o atendimento e evitar os chamados quadros agudos, que quando acometem pacientes crônicos, exigem longas internações, com grande impacto financeiro. A chamada gestão dos cuidados de transição (na sigla em inglês TCM - Transitional Care Management) surge como alternativa importante, e já mostra resultados positivos onde foi implantada.

O modelo de Cuidados de Transição é baseado em evidências e promete reduzir re-admissões preveníveis, melhorar os resultados clínicos e a experiência do paciente no ciclo assistencial. De acordo com a Academia Americana dos Médicos de Família, os cuidados de transição são oferecidos a pacientes com condições médicas ou psicológicas que requeiram a tomada de decisões assistenciais de moderadas a altamente complexas, durante a passagem do hospital para sua casa, home care ou casa de repouso.

Um plano de cuidados é desenvolvido seguindo as particularidades do paciente e inclui arranjos logísticos, orientação ao paciente e aos familiares e coordenação do atendimento entre os profissionais envolvidos nessa transição. O objetivo é evitar falhas na comunicação e na transição que possam levar a eventos adversos e reduzir os custos com utilização de recursos de saúde.

O serviço é particularmente importante para idosos com múltiplas condições crônicas e regimes terapêuticos complexos, bem como para os familiares cuidadores, que são particularmente vulneráveis a um desarranjo ou falhas no cuidado.

O modelo foi elaborado pela a professora de geriatria e PhD da Universidade da Pensilvânia, Mary Naylor, hoje a principal estudiosa do assunto. Naylor conduziu uma pesquisa com 550 pacientes que usam o modelo, em conjunto com a Robert Wood Johnson Foundation, organização filantrópica que apoia pesquisas e programas de saúde nos Estados Unidos, e encontrou dados concretos sobre a adoção do procedimento.

O estudo apontou que 60% dos entrevistados já utilizam o TCM sozinho ou em combinação com outras abordagens, para evitar rehospitalizações num período inferior a 30 dias.

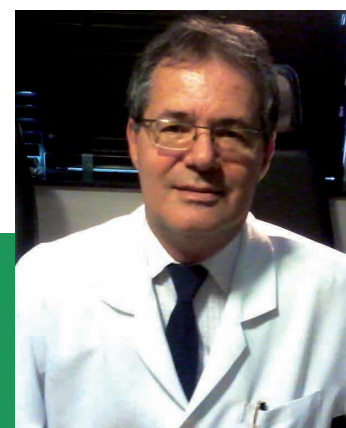
Nos Estados Unidos, dentro das estratégias do Affordable Care Act, conhecido como Obamacare, para aumentar a qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde, os Centros para os Serviços do Medicare e Medicaid passaram a estimular a adoção do modelo. A estimativa do órgão, em 2013, era de que dois terços de todas as altas hospitalares seriam elegíveis para os cuidados de transição.

Em Denver, nos Estados Unidos, uma equipe multidisciplinar do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Colorado testou um programa para estimular o autocuidado e uma participação mais efetiva dos familiares na transição de um ambiente para outro. E concluiu, após seis meses, que treinar pacientes e cuidadores para que sigam corretamente o tratamento e monitorem as condições de saúde levam a uma redução de custos de cerca de US\$ 500 por paciente, já que o índice de reinternação cai.

Em qualquer lugar do mundo o modelo só esbarra na falta de incentivos financeiros, conforme análise de sua idealizadora Mary Naylor. Para ela, um sistema que presta pouca atenção às necessidades de cuidados continuados de idosos e seus familiares cuidadores, enquanto eles se movimentam entre as várias estruturas assistenciais, deixa falhas na assistência,

Em sua opinião, os pagadores públicos e privados deveriam ser mais flexíveis no reembolso, remunerando adequadamente enfermeiras, assistentes sociais, médicos e outros prestadores de serviços pela coordenação e transição dos cuidados, e avançando na questão ao desenvolver e testar incentivos que apoiem os cuidadores e melhorem a transição entre os níveis de cuidado.

As lições trazidas pelo modelo são fundamentais para nós, que vivemos em um país de dimensões continentais, com um sistema insuficiente e deficitário para atender as demandas. Quem sabe seja um bom começo para reescrevermos a história da saúde no Brasil!



Dr. Osmar Gaiotto Jr.
Presidente da APM Regional Piracicaba
CRM 37716

Foto Arquivo Pessoal

EDITORIAL

Oftalmologia e os cuidados com os olhos

“A oftalmologia é considerada uma das primeiras especialidades médicas, sendo praticada desde os tempos remotos. Os antigos egípcios já estudavam o órgão da visão, mas a oftalmologia clínica começou realmente com os gregos. Hipócrates e seus alunos estudaram minuciosamente as doenças oculares, dando dessa época as primeiras descrições anatômicas do olho. Entre os árabes, teve grande importância a obra Dez tratados sobre o olho, de Hunayn ibn Ishaq. A partir do século 17, com o desvendamento das leis da ótica, acelerou-se o conhecimento — e, atualmente, transcorridos pouco mais de 400 anos, já não está tão distante o dia em que teremos implantes bioeletrônicos capazes de simular a visão”, (fonte - <http://visarehospitaldeolhos.com.br/>).

Para explanar sobre o tema Oftalmologia, trouxemos vários artigos, além de uma entrevista especial sobre catarata. Confira nessa edição, o artigo Retinopatia Diabética, da Dra. Claudia Borghi de Siqueira Costa. O Dr. Irineu Pacheco Bacchi, fala sobre a Hipermetropia. O Dr. João Braulio de Oliveira, apresenta o artigo sobre Edema Macular Cistóide.

Confira também, Astigmatismo, no artigo do Dr. Leonardo de Toledo Pesci. Dr. Luiz Augusto Guimarães de Souza, fala sobre a Cirurgia Plástica Ocular. Dr. Pedro Souza Campos Neto, traz o tema, Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI). Dra. Ana Paula C. Teixeira Amalfi, escreveu o artigo sobre Cirurgia Refrativa. Já a Profa. Dra. Keila Monteiro de Carvalho, fala sobre Estrabismo, “uma condição na qual os eixos visuais estão desalinhados, portanto sem fixação bifoveal e sem fusão das imagens. Quando ocorre na infância leva a supressão das imagens a nível cortical com consequente ambliopia. Já quando ocorre no adulto o paciente refere diplopia”, relata a oftalmologista.

Na entrevista especial dessa edição, confira o tema catarata, com os doutores, Carlos Consolmagno e Legardeth Consolmagno. O Dr. Jorge Luiz Martins, esclarece suas dúvidas sobre “lentes de contato”. Dr. José Carlos Marques, fala sobre as diferenças entre, Miopia e Hipermetropia.

O presidente da APM Piracicaba, oftalmologista, Dr. Osmar Gaiotto Jr., escreveu sobre o tema, “A importância da Saúde Ocular”.

No movimento médico desse mês, acompanhe o texto do Presidente da APM São Paulo, Dr. Florisval Meinão, sobre a “CPI em São Paulo fecha cerco aos planos de saúde”.

Finalizo esse editorial fazendo um convite a você, para ler mais uma edição da revista da Associação Paulista de Medicina Regional Piracicaba. Agradecemos aos participantes que nos enviaram textos ou participaram como entrevistados. Confira todos esses temas e muito mais na revista que é sempre sua. Fique com a gente e boa leitura!



Michele Telise
jornalmichele@gmail.com
Jornalista e Editora Responsável
MTB 56675

SUMÁRIO

Movimento Médico	05
Lentes de contato	06
Miopia e hipermetropia	07
A importância da saúde ocular ...	08
Cirurgia refrativa	09
Edema macular cistóide	10
Astigmatismo	11
Catarata	12
Retinopatia diabética	13
Hipermetropia	14
Estrabismo	15
Degeneração macular relacionada à idade (DMRI)	16
Cirurgia plástica ocular	18
Acontece	20
APM Informa	21
Agenda	22
Aniversariantes	22

CPI em São Paulo fecha cerco aos planos de saúde

Em 2015, a Câmara Municipal de São Paulo instalou a "CPI dos Planos de Saúde". Um dos propositores foi o vereador, médico, Dr. Gilberto Natalino. Presidiu a CPI a vereadora Patrícia Bezerra e o relator foi Senival Moura. Um dos principais motivos da criação da Comissão foi uma pesquisa realizada meses antes pela Associação Paulista de Medicina, que demonstrou alto índice de insatisfação dos usuários de planos de saúde em nossa cidade.

Cabe ressaltar que, à época, mais da metade da população de São Paulo era associada a um plano ou seguro-saúde. A despeito de a responsabilidade de fiscalização e normatização do setor ser da esfera federal, executada hoje pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), justifica-se a instalação em nível municipal por ser a saúde direito constitucional.

Foram ouvidos diversos segmentos do setor, como órgãos de defesa do consumidor, administradores de clínicas e hospitais, representantes de todos os segmentos dos planos e seguros-saúde etc. Pela classe médica, estiveram presentes em dias distintos diretores da APM, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e do Sindicato dos Médicos de São Paulo.

Estivemos representando a APM juntamente a nosso diretor adjunto de Defesa Profissional, Dr. Marun David Cury. Em nosso depoimento reiteramos os dados obtidos com a pesquisa realizada por meio do Instituto Data Folha, que demonstrou inúmeros problemas para os usuários:

- Demora excessiva para marcação de consultas e procedimentos apesar de haver resoluções por parte da ANS determinando prazos máximos para o este tipo de atendimento;
- Dificuldades para conseguir internações e/ou marcação de cirurgias eletivas, por falta de leitos hospitalares, falta de médicos na rede credenciada e excesso de burocracia por parte dos planos de saúde para as devidas autorizações;
- Superlotação dos serviços de emergência com demora excessiva para o atendimento;
- Altos custos e reajustes excessivos das mensalidades, muito acima da inflação.

Todos estes problemas fizeram com que

20% dos usuários tivessem que recorrer ao SUS para atendimento. Outra consequência é o excesso de judicialização, resultado das dificuldades encontradas por aqueles que pagam para ter atendimento e em um momento de necessidade encontram inúmeros obstáculos.

Destacamos em nossa explanação que um dos principais motivos que provoca problemas aos usuários reside nos conflitos existentes entre as operadoras de planos de saúde e médicos/demais profissionais de saúde.

As empresas ficaram sem reajustar honorários por alguns anos e quando o fizeram foi sempre abaixo da inflação, criando desequilíbrio econômico no sistema. Inviabilizaram, desta forma, muitos consultórios cujos custos iam aumentando progressivamente.

Mesmo com a vigência de resoluções da ANS determinando que os contratos deveriam ter cláusulas claras de reajuste, a maioria das empresas ignorou-as, levando à situação atual.

Justamente durante a vigência da CPI, a ANS regulamentou a lei 13.003, aprovada em 2014, após longa tramitação no Congresso Nacional. O principal objetivo era disciplinar os contratos entre profissionais de saúde e empresas, tornando-os mais equilibrados.

Isto representou avanço, pois hoje temos instrumento que obriga os planos a realizar reajuste anual. Porém, a regulamentação da ANS ainda deixou a desejar, pois perdeu a oportunidade de intervir de forma eficiente na relação entre as partes, pondo um ponto final aos conflitos.

Além disso, outros assuntos foram tratados na CPI, como a liquidação extrajudicial da Unimed Paulistana, a questão tributária dos planos de saúde, o ressarcimento ao SUS

pelo atendimento prestado aos usuários, etc.

Ao final foram feitas inúmeras recomendações, como a criação de um órgão fiscalizador municipal para o setor, a revisão dos benefícios tributários concedidos às empresas e uma atuação mais rigorosa da ANS para evitar que fatos como o ocorrido com a Unimed Paulistana se repitam, causando grave transtorno aos pacientes.

A conclusão da CPI é a de que os sucessivos governos têm reduzido os investimentos no Sistema Único de Saúde, fazendo a população migrar sempre que possível para a rede suplementar, a qual não tem sido regulamentada e fiscalizada de forma eficiente.



Dr. Florisval Meinão
Presidente da Associação Paulista
de Medicina
Otorrinolaringologia
CRM 20727

Foto Arquivo Pessoal



Lentes de contato

Em 1508, Leonardo da Vinci, idealizou a primeira lente de contato corretiva, imaginou que aplicando-a diretamente no olho resolveria os problemas de visão. Assim nasceu seu conceito que foi aperfeiçoado ao longo do tempo. Só em 1887, o médico suíço Adolf E. Fick, conseguiu transformar as lentes em realidade.

As primeiras lentes eram de vidro, porém com pouca utilidade, pois murchavam o olho. Logo depois foram criadas lentes mistas (plástico e vidro), grandes e duras. No final dos anos 40 é que as lentes ficaram menores e mais usáveis.

As lentes gelatinosas, mais maleáveis e confortáveis, chegaram ao mercado através da Baush & Lomb, nos anos 70.

Tipos de lentes de contato:

Através de muito estudo e da aplicação de alta tecnologia encontramos diversos tipos de lentes: corretiva, cosméticas e terapêuticas.

As lentes que corrigem erros refracionais são destinadas para miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia (vista cansada). Já as cosméticas, pouco usadas no Brasil, mudam a cor dos olhos, ou ainda a cor da esclera. As lentes terapêuticas são usadas para tratamentos das imperfeições corneanas, como ceratocone, são também utilizadas para perfurações corneanas e pós-cirurgias.

As lentes gelatinosas, mais usadas atualmente, são feitas de um material rico em umidade e permeabilidade grande de oxigênio, chamado Hidrogel. Existem ainda as lentes rígidas de acrílico indicada para casos especiais.

Quem pode usar lente de contato?

Quase todas as pessoas podem usar lentes de contato, independente da idade ou estilo de vida. Dependendo sempre da indicação do médico oftalmologista. Em aproximadamente 1% da população existe contra indicação, mas mesmo assim, hoje existe uma lente usada

apenas para dormir e no dia seguinte, sem as lentes, o paciente fica com uma visão satisfatória (ortoceratologia).

Os maiores benefícios encontrados no uso das lentes são conforto e liberdade de movimento, proporcionando maior campo de visão. Não podemos deixar de falar que normalmente o paciente melhora a forma de se ver, aumentando a sua autoestima. Ainda ela nos dá a possibilidade de usar óculos de sol sem grau.

Mitos e verdades:

Existem muitos mitos sobre as lentes de contatos, algumas vezes pode ser difícil de separá-los do fato. Aqui estão alguns dos mitos mais comuns: uso das lentes de contato quando se tem astigmatismo, as lentes causam infecção, as lentes de contato podem se perder na parte de trás do olho, crianças e adolescentes não podem usar lentes de contato ou pessoas com mais de 40 anos não devem usar lentes de contato. Todas essas dúvidas são apresentadas em consultório, porém não passam de informações errôneas. A verdade é que todas as pessoas, com orientação médica, podem usá-las de forma segura.

Com a popularização das lentes, elas passaram a ser comercializada indiscriminadamente trazendo alto risco ao usuário. Jamais deve adquiri-las em óticas, sites e principalmente com vendedores ambulantes. Pois, o uso indevido e sem acompanhamento podem acarretar em futuras doenças graves.

A adaptação e indicação da lente de contato é um ato médico.



Dr. Jorge Luiz Martins
Oftalmologia
CRM 53199

Miopia e hipermetropia



O termo miopia vem do grego myo (fechar) + óps (olho). A manifestação clínica principal da miopia é a diminuição de acuidade visual de longe. Sua prevalência é baixa até os 6 anos de idade (menos de 2%), aumenta para 20% até os 15 anos de idade e pode chegar de 25 a 30% até 40 anos.

Observa-se maior prevalência em etnias (japoneses e chineses) e entre indivíduos com maior atividade visual para perto.

Quanto à taxa de progressão, pode ser classificada como estacionária, temporariamente progressiva e permanentemente progressiva.

Quando de causa patológica, pode ser devido ao aumento do índice de refração do cristalino (catarata), por mudança da curvatura da córnea (ceratone e outras doenças ectásicas da córnea) ou do cristalino (diabetes, espasmo de acomodação, subluxação do cristalino).

As formas de tratamento são óculos, lentes de contato ou cirurgia refrativa. Recentes estudos com instilação de colírio de atropina 0,01% mostram que a velocidade da progressão da miopia pode ser diminuída, apesar dos efeitos colaterais como fotofobia e dificuldade de acomodação estarem descritos.

Hipermetropia

O termo hipermetropia vem do termo Hyper (aumentada) + metron (medida) + óps (olho). Na hipermetropia a qualidade visual pode não ser afetada se sua magnitude for baixa, ou se a amplitude de acomodação for capaz de compensá-la. O esforço acomodativo pode causar desconforto, principalmente nas atividades de perto.

Tipicamente a maioria das crianças tem hipermetropia na infância. Como regra geral, é

aceitável não se prescrever correção óptica se o erro refrativo for pequeno, acuidade visual normal e ausência de sintomas.

O aumento da hipermetropia observado em adolescentes e adultos representa a diminuição na amplitude de acomodação que ocorre com o avanço da idade. A correção óptica faz parte do tratamento e prevenção da ambliopia e do estrabismo, em especial na criança com menos de 6 anos de idade. Assim como na miopia, as formas de tratamento são óculos, lentes de contato ou cirurgia refrativa.

Referências bibliográficas

1. Uras R. *Emetropias e ametropias: testes objetivos e subjetivos*. In: *Óptica e refração ocular*. Manual CBO, Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro, 2000. P.52-55.
2. Alves M R. *Refratometria ocular e a arte da prescrição médica*. 2 ed. Editora Cultura Médica – Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2010. P. 41-78.
3. Huang J et al. *Efficacy comparison of 16 interventions for myopia control in children*. *Ophthalmology* 2016 Apr; 123(4): 697-708.
4. Chia A, Lu Q, Tan D. *Five-year clinical trial on atropine for the treatment of myopia*. *Ophthalmology* 2016 Feb; 123(2): 391-9.



Dr. José Carlos Marques
Oftalmologista
Título de especialista pelo CBO/AMB
CRM 18.973

Foto Arquivo Pessoal



INTERMEDICI
PLANOS DIFERENCIADOS DE SAÚDE

25 ANOS

www.intermedici.com.br

Piracicaba
Av. Torquato da Silva Leitão, 605 | São Dimas
Fones: 0800.770.3770 | 19 3437.3770

Tietê
Rua Onze de Agosto, 151, casa 2 | Centro
Fones: 15 3282.2520 | 3285.1601

Cerquillo
Rua Bento Souto, 31 | Centro
Fone: 15 3384.2109

Resp. Técnico: Dr. Hamilton A. Bonilha de Moraes - CRM 51466

A importância da saúde ocular

Em 1941, SIGERIST propôs que a promoção da saúde seja uma das quatro tarefas básicas da medicina, quais sejam: promoção da saúde, prevenção da doença, restabelecimento do doente e a reabilitação. A Declaração de Alma Ata (Organização Mundial da Saúde, 1978) ratificou a saúde como sendo “um estado de completo bem estar físico, mental e social”, reconhecendo a importância da participação comunitária e a cooperação entre diferentes setores da sociedade. Em 1984, a Organização Mundial da Saúde preconizava que “promoção da saúde é um processo de capacitação de pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la”. A Carta de Ottawa (1986) é considerado até hoje por especialistas em Saúde Pública, um marco conceitual da promoção da saúde pelas considerações a importância do impacto social, econômico, político e cultural, propondo estabelecer políticas públicas saudáveis, desenvolver atitudes pessoais, reorientar os serviços de saúde. A promoção da saúde deve fazer parte das políticas de saúde e é um elemento positivo para o desenvolvimento humano segundo a Organização Mundial da Saúde (2002).

Sabemos que diversas são as causas de perda da capacidade visual por vezes passíveis de serem evitados ou minimizados. O mais recente estudo da OMS sobre a magnitude global e causas de deficiência visual (2013) revela que 80 % dela são previsíveis ou curáveis, revelando que erros de refração não corrigidos correspondem a 43 % dos casos, catarata 33 %, e a seguir glaucoma com 2%, degeneração macular relacionada a idade (DMRI) 1 %, Retinopatia Diabética 1%, opacidades de córnea 1% e 18 % causas indeterminadas. Estima-se que cerca de 285 milhões de pessoas em todo o mundo tem deficiência visual, dos quais cerca de 40 milhões de pessoas são cegas, sendo que 82 % delas tem mais de 50 anos de idade. Embora a prevalência de cegueira em crianças seja cerca de 10 vezes menor do que adultos, sabemos que 50 % dos casos poderiam ser evitados.

Assim sendo, a promoção da saúde ocular e prevenção de doenças inicia-se já no período pré-natal, onde as gestantes são avaliadas com relação a afecções que podem incidir neste período, como por exemplo, rubéola e toxoplasmose. Logo após o nascimento o “teste de olhinho” permite avaliar, já nas primeiras horas de vida, a presença de algumas

doenças oculares quando uma fonte de luz saída de um aparelho chamado oftalmoscópio, parecido com uma “lanterninha”, permitindo observar o reflexo que vem das pupilas. Quando a retina é atingida por essa luz, os olhos saudáveis refletem tons de vermelho, laranja ou amarelo. Em algumas doenças, não é possível observar o reflexo ou sua qualidade é ruim, esbranquiçada, podendo então prevenir e diagnosticar doenças como a retinopatia da prematuridade, catarata congênita, glaucoma, retinoblastoma, infecções, traumas de parto e a cegueira. A comparação dos reflexos dos dois olhos também fornece informações importantes, como diferenças de grau entre olhos ou o estrabismo.

Diversos estudos apontam os erros de refração entre os distúrbios oculares mais frequentes na infância. Aproximadamente 15,0% das crianças em idade escolar necessitam uso de correção óptica, 4,0% são amblíopes, 25,0% necessitam algum atendimento oftalmológico, sendo os erros de refração não corrigidos uma das principais causas de deficiência visual nas crianças no Brasil, segundo Kara-Jose e cols ,1994. Até a idade escolar, pode passar despercebida da família a maior parte das dificuldades visuais da criança, por desconhecimento e/ou ausência de sinais ou queixas. Devido ao fato de que, em condições normais, 85% das impressões são levadas ao cérebro pelos órgãos da visão, percebe-se a importância da boa visão para o processo de aprendizado na infância. Sabendo-se também que a visão desenvolve-se até os 7 a 9 anos de idade a avaliação oftalmológica, a participação dos pais e professores reveste-se de extrema importância nesta fase da vida. Por estes motivos, recomenda-se que a primeira avaliação oftalmológica seja feita por volta dos 4 anos de idade.

Já na idade adulta, das principais causas de cegueira e deficiência visual segundo Alves et al (2014), 42,7 % corresponderiam a erros refrativos e a seguir 23,6 % por catarata, seguida por degeneração macular relacionada a idade, retinopatia diabética e glaucoma entre outras. Entre os erros refrativos, além da miopia, hipermetropia e astigmatismo com prevalência variando de 11 a 36 % da população, temos a presbiopia, que é a redução fisiológica da amplitude de acomodação com dificuldade ou incapacidade de localizar objetos próximos. Inicia-se entre 38 a 42 anos de idade, e atinge 100 % da população a partir

dos 55 anos de idade. Considera-se que a população brasileira apresenta uma das maiores taxas de aumento da expectativa de vida entre os países mais populosos do mundo. Assim sendo, podemos concluir que a prevalência de catarata, degeneração macular relacionada a idade, retinopatia diabética e glaucoma irá ser crescente nos próximos anos. Desta maneira, independente da idade a prevenção é muito importante em qualquer área relacionada à saúde. O diagnóstico precoce é essencial para o tratamento das doenças. A consulta com o oftalmologista, por este motivo é muito importante para prevenir as doenças oculares, pois sabemos que muitos casos de cegueira e perda visual são tratáveis se diagnosticados precocemente, outros se não diagnosticados e tratados podem ter sequelas irreversíveis.

Por isto, a consulta oftalmológica anual torna-se um importante instrumento para a promoção da saúde visual e prevenção de doenças oculares.



Foto Arquivo Pessoal

Dr. Osmar Gaiotto Jr.
CRM 37716
Oftalmologista
Presidente da APM Regional Piracicaba
Residência Médica: HC da FMUSP
São Paulo
Especialista em Oftalmologia pelo
CBO e AMB
Mestre e Doutor pela FOP-UNICAMP
Coordenador da Residência Médica
ISCM-Limeira

Cirurgia refrativa

O olho humano pode apresentar ametropia que significa erro refrativo ocular causando a perda de nitidez da imagem na retina. São elas: Miopia, Hipermetropia e Astigmatismo. As ametropias são corrigidas com uso de óculos, lente de contato e cirurgia refrativa.

Para realizar a cirurgia refrativa são necessários cuidados relacionados a situações que podem alterar os parâmetros próprios do olho, como uso de lente de contato que deve ser interrompido porque altera a curvatura do olho e pode comprometer o resultado final do tratamento. Correção de doenças de superfície ocular e também a gravidez pode alterar parâmetros oculares.

A cirurgia refrativa é realizada com equipamento de Excimer laser basicamente com duas modalidades, PRK (Cerectomia Fotorrefrativa) ou LASIK (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis) dependendo da indicação de cada pessoa. Durante a cirurgia refrativa a movimentação do olho é monitorada por um sistema rastreador chamado Eye Traker o qual faz com que o laser seja aplicado no local correto, trazendo uma segurança maior ao procedimento cirúrgico.

Conforme o protocolo do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), para realizar a cirurgia refrativa é necessário um estudo completo do olho a ser operado com exame clínico, refração, Ceratoscopia Computadorizada (Topografia de córnea), Paquimetria Ultrassônica e Mapeamento de retina.

Entretanto, outros exames devem ser considerados de acordo com o médico cirurgião de refrativa. Destacam-se a Aberrometria ocular ou análise de frente de onda (Wave Front) e a Tomografia de córnea para também analisar a curvatura posterior da córnea.

A técnica de PRK é realizada com uso de colírio anestésico, ocorre a remoção do epitélio da córnea e o Excimer laser é aplicado na superfície da córnea afim de remodelar para correção do grau. Após este procedimento, coloca-se uma lente de contato terapêutica que será removida em até 5 dias após a cirurgia. Esta técnica leva a um pós-operatório mais desconfortável e com isso a recuperação visual pode ocorrer em aproximadamente 15



dias, até que o epitélio cicatrize recubra a área tratada.

A técnica de LASIK atua na camada mais interna da córnea, após a confecção de um corte muito delicado e preciso com um microcerátomo na superfície da córnea com a finalidade de levantar uma lamela (Flap) para depois aplicar o Excimer laser. A lamela é recolocada sem pontos.

Esta etapa da confecção da lamela pode ser realizada com outro tipo de laser chamado Femtosecond Laser, ou seja, todas as etapas da cirurgia são feitas a laser tornando o procedimento ainda mais seguro. Tal procedimento de Femtosecond laser não está contemplado no Rol de procedimentos da ANS, assim como a cirurgia Personalizada ou Customizada que é uma nova tecnologia da cirurgia refrativa que permite o tratamento mais preciso onde corrige pequenas imperfeições da superfície ocular chamadas aberrações. Portanto o PRK e o LASIK personalizado superam o modo convencional, pois diminuem as queixas de visão noturna e em ambientes de baixa luminosidade.

A cirurgia refrativa a laser é mundialmente conhecida pela sua eficácia, segurança e previsibilidade. Entretanto existem presumidas complicações estatisticamente comprovadas, inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, tais como grau residual, infecção, relacionados à confecção do Flap, crescimento epitelial na interface, dobras no Flap, inflamação na interface. Por isso o controle pós-operatório com seu médico, uso correto dos colírios e cuidados locais são obrigatórios após o procedimento.

De acordo com o Rol de Procedimentos da ANS em vigor, as operadoras de saúde suplementar estão obrigadas a cobrir a cirurgia refrativa apenas para quem apresente grau

estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Miopia moderada ou grave, de graus entre -5,0 a -10,0 Dioptrias esféricas, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,00 dioptria cilíndrica com refração medida através de cilindro negativo.
2. Hipermetropia até grau +6,0 dioptria esférica, com ou sem astigmatismo associado, com grau até 4,0 dioptria cilíndrica com refração medida através de cilindro negativo.

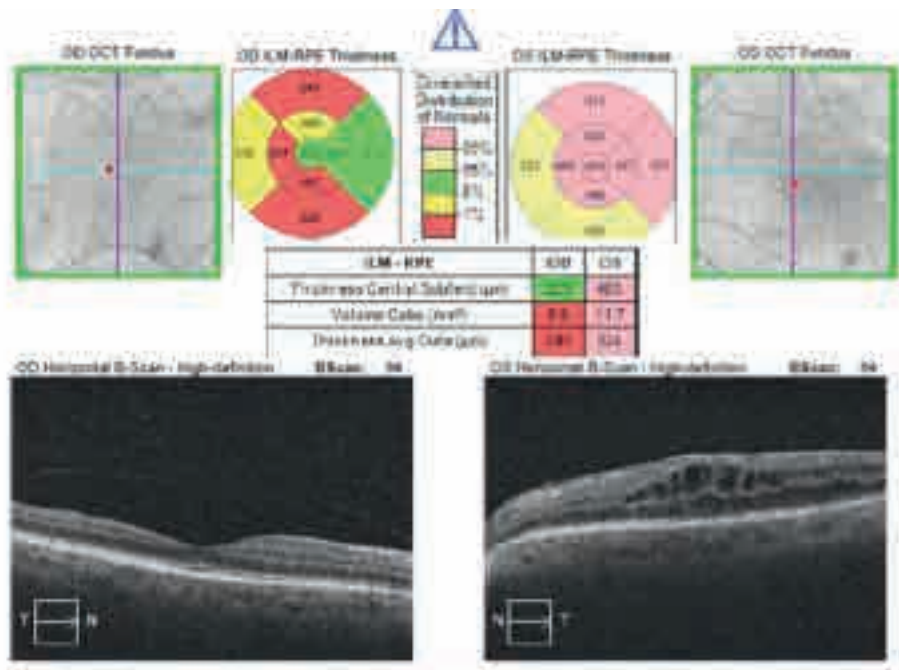


Dra. Ana Paula C. Teixeira Amalfi
Oftalmologista
Especialista pelo Conselho Brasileiro
de Oftalmologia
Membro da Associação
Brasileira de Catarata e Cirurgia
Refrativa
CRM 79288

Foto Arquivo Pessoal

Edema macular cistóide

Edema Macular Cistóide é o espessamento da retina na região macular, devido a ruptura da barreira hemato-retiniana. Ocorre vazamento dos capilares retinianos peri-foveais e acúmulo de líquidos nos espaços intracelulares da camada plexiforme externa, principalmente. A perda visual advém da distorção das camadas retinianas, onde se encontram os fotorreceptores.



FISIOPATOLOGIA: vítreo, retina, epitélio pigmentar retiniano (EPR) e coróide são supridos pela estrutura vascular da retina e da coróide, em um delicado arranjo de mecanismos homeostáticos. A interação entre força osmótica, força hidrostática, permeabilidade capilar e interstício tecidual determina um equilíbrio entre a filtração capilar e a reabsorção do líquido extracelular da retina pelas células gliais e do EPR. Vários fatores podem romper este equilíbrio, levando ao acúmulo de líquidos nos espaços cistóides da camada plexiforme externa. Esta camada retiniana é mais propensa ao acúmulo de líquidos, principalmente na região foveal em função de suas características anatômicas, determinando um padrão petalóide clássico. A tração vítreo-retiniana na região macular é um mecanismo muito frequente e mediado por fatores inflamatórios como os de crescimento de fibroblastos e de plaquetas, além do fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF).

DIAGNÓSTICO: sinais como a perda do reflexo foveal à biomicroscopia de lâmpada de fenda podem ser perceptíveis nos edemas de mais de 300micra, enquanto espessamentos menores dependem dos exames de imagem como a angiografia fluoresceínica e a tomografia de coerência óptica (OCT). Sintomas como piora da acuidade visual e metamorfopsia vista na tela de Amsler, além de diminuição da sensibilidade ao contraste e da percepção das cores são bastante sugestivos do edema macular cistóide.

FATORES DE RISCO: existe uma regra

mnemônica que utiliza a sigla DEPRIVENS (correlações com o Diabetes, colírios com Epinefrina, ParsPlanite e vitreites, Retinose Pigmentar síndrome de Irvine-Gass, correlações com oclusões Venosas, prostaglandinas E2, niacina e ácido Nicotínico e, finalmente, correlação com (S) Cirurgias como vitrectomias, fotocoagulações, crioretinopexias e cirurgias de glaucoma. Além destes fatores merecem ainda citação doenças como a retinose juvenil, Goldmann-Favre, entre outras.

IMAGENS: as imagens da angiografia fluoresceínica e do OCT falam por si mesmas, caracterizando o edema macular cistóide.

TRATAMENTOS: dependem da etiologia do edema macular, mas muitos quadros são auto-limitados e evoluem para melhora em 3 a 4 meses. Os tratamentos CLÍNICOS utilizam drogas como:

AINH: uso tópico ou sistêmico para inibir ciclooxigenase e assim impedir formação de prostaglandinas

Corticoides: uso tópico, sistêmico, periocular, injeções intra-vítreo e implante intra-vítreo de dexametasona, todos destinados a bloquear o processo inflamatório em diversos pontos de toda sua cascata de reações bioquímicas.

Anti-VEGF: aflibercepte e ranibizumabe, além do bevacizumabe são as drogas para injeção intra-ocular, que melhoram a permeabilidade do endotélio vascular com boa eficiência e mínimos efeitos colaterais.

Inibidores da anidrase carbônica: promo-

vem alterações no mecanismo iônico de mobilização dos fluidos do espaço intra-celular do EPR e podem apresentar mais eficiência em edema macular cistóide associado a retinose pigmentar.

VITREOLISE POR DROGAS: em fase de estudos, sem definições no momento

Os tratamentos CIRÚRGICOS como a vitrectomia posterior visam corrigir mecanismos de tração vítreo-retiniana em região macular, com remoção de membranas epiretinianas e da hialóide, bem como da membrana limitante interna em casos específicos. Também os casos de prolapso vítreo em câmara anterior de pseudofácicos podem beneficiar-se da vitrectomia.

PROGNÓSTICO: bastante influenciado pela duração do quadro, sendo mais sombrio para aqueles edemas maculares que persistem por mais de 6 a 9 meses e evoluem para as complicações da doença crônica como atrofia dos fotorreceptores, do EPR, afinamento da espessura retiniana e formação de fibrose cicatricial.



Dr. João Bráulio de Oliveira
CRM 69536
Oftalmologista
Especializado em retina e vítreo
pelo Instituto Tadeu Cvintal

Astigmatismo



sados cefaleias após esforços visuais, perda de linha na leitura, desconforto ocular, embora estes sintomas também possam fazer parte de outras ametropias.

É importante lembrar que crianças podem não perceber o problema, pois pode ocorrer de elas nunca terem visto o mundo em foco.

Como o sistema sensorial amadurece em torno dos sete anos, é oportuno que as crianças façam uma consulta oftalmológica preventiva em torno dos quatro anos, pois caso seja detectado algum erro de refração, teremos tempo suficiente para corrigi-la até o amadurecimento do mesmo, e não aos sete anos, como frequentemente observamos, e se algum problema for observado, pode não mais haver tempo hábil para a correção (ambliope), condenando a uma baixa visão por toda a vida.

O tratamento do astigmatismo pode ser feito de diversas formas, tais como prescrição de óculos com lentes esfero-cilíndricas, lentes de contato rígidas, gás permeáveis, gelatinosas tóricas, descartáveis ou não, ou anel intraestromal (Ferrara), em casos de ceratocone.

Não tem muito que fazer para evitar o astigmatismo, além de evitar trauma ocular, usar equipamento de segurança para serviços de risco (mesmo os domésticos) e lembrar que não coçar os olhos pode prevenir complicações.

Refração é o fenômeno físico em que um raio de luz muda sua trajetória, ao passar de um meio óptico de determinado índice, para outro de índice diferente. Isto é o que acontece quando o raio de luz penetra em nossos olhos. Os raios luminosos chegam paralelos e ao atingirem o olho sofrem um desvio em seus meios ópticos, principalmente na córnea e no cristalino, para atingirem a retina num único plano, que capta essa imagem e a transmite ao cérebro.

O sistema óptico humano é altamente sofisticado, porém para melhor entendimento pode ser comparado ao de uma câmera fotográfica, em que a córnea e o cristalino são a objetiva, a pupila é o diafragma e a retina o filme, nas máquinas mais antigas. Um olho opticamente perfeito é aquele em que as imagens atravessam a córnea e o cristalino e são focalizadas exatamente sobre a retina e é chamado emétrepe.

Na maioria dos casos o sistema óptico humano não é tão perfeito e as imagens que entram do olho podem não ser focalizadas exatamente sobre a retina, determinando os diversos tipos de defeitos ópticos chamados de Ametropias, vícios de refração ou “graus de óculos”.

Para entendermos o astigmatismo, tomem por base dois eixos perpendiculares de uma imagem, as imagens que seus olhos transmitem para seu cérebro são nítidas apenas se os raios de luz que passam para dentro dos olhos se concentram em um único plano coinciden-

te com a sua retina, na parte atrás do seu olho.

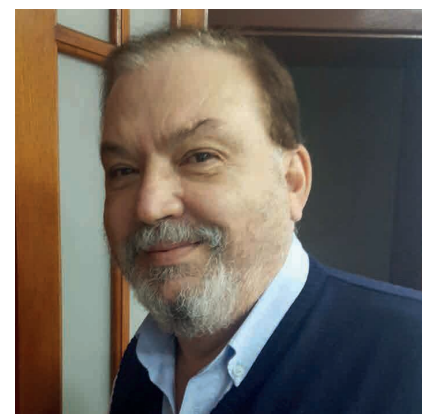
O astigmatismo ocorre quando a superfície do olho (a córnea) e, ou o cristalino atrás dela, tem uma forma irregular. Ao invés de serem redondos, eles tem uma forma mais semelhante a uma bola de futebol americano. Assim esses dois raios não caem sobre o mesmo plano do olho, um deles, ou ambos não cairão sobre a retina, causando os diferentes tipos de astigmatismo. Como resultado, a luz não se concentra corretamente na retina e a imagem transmitida ao cérebro é embaçada.

A córnea ao nascimento é praticamente esférica, porém, a maioria dos astigmatismos já está presente aos quatro anos de idade, de forma espontânea. O astigmatismo adquirido também é observado com frequência, e é causado por patologias da córnea que podem resultar em sua deformidade.

Um exemplo extremo disso é observado na córnea cônica ou ceratocone, embora inflamações, úlceras, alguns pterígio ou mesmo coçar os olhos tenham o mesmo efeito. É importante considerar história familiar.

Os traumas corneanos, incluindo os traumas cirúrgicos ou de forma transitória, algumas patologias palpebrais como calázio, hordeólo ou mesmo neoplasias também podem ser causa de astigmatismo.

Os sintomas mais comuns de astigmatismo considerável é a visão borrada, para longe, perto ou ambas, que muitas vezes melhoram com o apertar os olhos franzindo as pálpebras, visão dupla, fotofobia, olhos can-



Dr. Leonardo de Toledo Pesci
Oftalmologista
Responsável pelo setor de estrabismo e refração do HC. da FAC. de Medicina de Botucatu
- UNESP
CRM 40.678

Foto Arquivo Pessoal

Catarata

O que é Catarata?

O termo “catarata” é dado para qualquer tipo de perda de transparência do cristalino, lente situada atrás da íris, seja ela congênita ou adquirida, independente de causar ou não prejuízos à visão. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a catarata é responsável por 47,8% dos casos de cegueira no mundo, acometendo principalmente a população idosa.

Quais as causas da catarata?

A catarata é uma doença multifatorial e pode ser congênita ou adquirida. A causa mais comum da catarata é o envelhecimento do cristalino que ocorre pela idade, denominada de catarata senil. Porém também poderá estar associada a alterações metabólicas que ocorrem em certas doenças sistêmicas, (ex. Diabetes Mellitus), oculares (ex. uveíte), tabagismo, alcoolismo, secundária ao uso de certos medicamentos (ex. corticoides) ou a trauma ocular (contuso, perfurante, por infravermelho, descarga elétrica, radiação ultravioleta, raios X, betaterapia ou queimaduras químicas graves).

Quais são os sintomas da catarata?

Na maioria das vezes a catarata não pode ser diagnosticada a olho nu e nem mesmo é percebida facilmente pelos próprios portadores da catarata nas suas fases iniciais. Os principais sintomas da catarata são: sensação de visão embaçada, alteração contínua da refração (grau dos óculos), maior sensibilidade à luz, espalhamento dos reflexos ao redor das luzes e percepção que as cores estão desbotadas. Geralmente há uma piora da miopia com redução da visão em baixo contraste e baixa luminosidade principalmente para longe, comparativamente à visão para perto. Somente o oftalmologista poderá solicitar os exames necessários para a confirmação do diagnóstico, bem como, indicar o melhor procedimento cirúrgico para tratamento.

Todas as pessoas terão catarata?

Segundo a OMS, a incidência anual de catarata é estimada em 0,3% ao ano. Isso representaria, no Brasil, cerca de 550 000 novos casos de catarata por ano (TALEB, 2009). É considerada um problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas com a doença, que a cada ano aumenta. A catarata senil não é considerada uma doença, mas um processo normal de envelhecimento, com maior incidência na população acima de 50 anos. O aumento gradual da expectativa de vida provocou consequente aumento da prevalência dessa condição nas últimas décadas. Sua prevalência é foi estimada em 2,5% entre 40 e 49 anos, 6,8% entre 50 e 59 anos, 20% entre 60 e 69 anos, 42,8% entre 70 e 79 anos e 68,3% em maiores de 80 anos.

Qual o tratamento para essa doença?

O único tratamento eficaz para a catarata é a cirurgia.

É possível evitar a doença?

Não há como evitar a predisposição genética e nem o envelhecimento do cristalino. Porém, algumas medidas preventivas podem ser realizadas visando reduzir alguns fatores de risco para o desenvolvimento da catarata. Reduzir o tabagismo proteger-se contra a radiação ultravioleta (principalmente UVB) e traumas, controlar o Diabetes Mellitus, e evitar o uso de corticoides são cuidados que podem ser eficazes na prevenção da catarata. É fundamental ter consciência dos perigos da automedicação.

A catarata precisa alcançar o último estágio para a operação? Quando é indicado?

Na técnica cirúrgica antiga, denominada extracapsular, em que se removia a catarata sem fragmentá-la, havia o consenso de se aguardar a catarata evoluir (amadurecer) para se indicar a cirurgia, pois o procedimento era mais invasivo e sua recuperação mais prolongada, com maiores riscos para o paciente. Com o advento da facoemulsificação, houve uma mudança nesta abordagem, evitando-se que a catarata chegue a um estado muito avançado, pois a sua rigidez dificultará a sua aspiração, aumentando o risco de complicações cirúrgicas e o tempo de recuperação pós-operatório. A indicação mais frequente da cirurgia de catarata é o desejo, por parte do paciente, de enxergar melhor. Entretanto, em determinadas circunstâncias, pode ser necessário partir do oftalmologista a indicação, visando tratar ou evitar complicações decorrentes da presença do cristalino doente, opaco e/ou de volume aumentado, ou ainda para possibilitar a avaliação e tratamento de doenças da retina e do nervo óptico.

Quais os riscos dessa cirurgia?

A cirurgia de catarata é a cirurgia mais realizada na oftalmologia e foi uma das técnicas cirúrgicas que mais evoluiu nas últimas décadas. Há pouco mais de 30 anos, era realizada sob anestesia geral, a catarata era removida através de uma incisão ampla, seguida por implante de lente intraocular rígida e múltiplas suturas do globo ocular. Atualmente, a incisão é de cerca de dois milímetros, a catarata é emulsificada (fragmentada) em pequenos pedaços e aspirada por um aparelho chamado de facoemulsificador e a lente intraocular é dobrável. A incisão de pequeno tamanho e arquitetura auto selante, geralmente, dispensa a utilização de suturas. Trata-se de um procedimento microscópico de alta complexidade, é muito seguro, porém, como qualquer procedimento invasivo, não é isento de riscos. A tecnologia atual e a experiência do cirurgião reduzem significativamente esse risco. A saúde geral e ocular do paciente, bem como sua história familiar, são fatores que influenciam diretamente o resultado cirúrgi-

co. Além disso, é fundamental que o paciente siga as orientações pré e pós-operatórias de seu oftalmologista para minorar os riscos.

O tempo de recuperação após a cirurgia é demorado?

A melhoria da visão está diretamente relacionada com a intensidade da inflamação do olho ao procedimento cirúrgico. A resposta inflamatória pode se manifestar com intensidades diferentes dependendo do grau evolutivo em que se encontrava a catarata e as condições de recuperação da córnea, retina e demais estruturas oculares do paciente. Diabetes e outras alterações também podem interferir na recuperação. É comum a visão ficar embaçada nos primeiros dias de pós-operatório. Havendo pouca ou nenhuma inflamação a visão se recupera rapidamente.

A catarata é hereditária?

Não há comprovação de caráter hereditário em catarata.

A Catarata pode voltar?

Não. Uma vez retirada e substituída por uma lente intraocular, a catarata não voltará mais. O que pode ocorrer em alguns casos é um processo de fibrose na membrana que serve como suporte para lente intraocular. Dependendo da intensidade dessa fibrose a membrana pode se tornar opaca prejudicando a visão. Para resolver essa opacidade é recomendando um procedimento denominado de capsulotomia por Yag LASER. Este procedimento é realizado em caráter ambulatorial, é indolor e, quando indicado, traz melhora significativa da visão.

Considerações finais.

A história não é o inútil e desnecessário registro do passado, mas sim a explicação do presente e a base da formação do futuro. Assim transcrevemos abaixo um texto da Sociedade Brasileira de Oftalmologia SOB, para uma ilustração histórica da cirurgia da Catarata.

A cirurgia ocular já era comum na Babilônia (1730-1685 a.C.) conforme relatos presentes no Código de Hammurabi. Mas, o registro mais antigo de método para remoção de catarata data de 600 a.C.. No livro Samhita Uttara Tantra, o cirurgião Susruta descreve a técnica na qual o cristalino é deslocado por uma incisão mínima por onde era inserido o instrumento cirúrgico. Apesar da ineficiência comprovada por alguns estudos, esta técnica é utilizada ainda hoje em vilarejos da Ásia. Muitos anos se passaram até que Abull Qasim Amar descreveu em 1000 d. C. a técnica de aspiração da catarata por uma agulha. Mas, foi em 1747, que a história da cirurgia de catarata teve seu grande marco: o oftalmologista Jacques Daviel foi o primeiro a realizar a extração extracapsular do cristalino por uma incisão inferior. A extração intracapsular do cristalino ocorreu em 1753 com o cirurgião Sharp. E mais de quarenta anos depois Cassa-

mata realizou, na Alemanha, a primeira tentativa de substituição do cristalino por uma prótese, inserindo uma lente de vidro no olho de um paciente após uma cirurgia de catarata. Como não havia suporte, a lente mergulhou no vítreo e a cirurgia não deu certo. Seguindo a trilha de avanços neste campo, o alemão Albrecht von Graefe desenvolveu, em 1860, uma faca especial para a incisão. Por quase um século, tal instrumento foi o mais usado para extração extracapsular do cristalino. Em 1900, Verhoeff realizou a extração intracapsular do cristalino com uma pinça. Quatro décadas depois, Hermenegildo Arruga e Ignácio Barraquer passaram a utilizar a sucção capsular em seus procedimentos. A história da Catarata está repleta de homens destemidos que enfrentaram as críticas e a incredulidade de seus contemporâneos. Homens como Nicholas Harold Lloyd Ridley que dedicou sua vida profissional a realização de um sonho: desenvolver uma técnica cirúrgica mais eficaz para o tratamento da catarata. Durante a Segunda Guerra Mundial, Dr. Ridley, observou que os pilotos da Força Aérea Real Britânica vítimas de ferimentos oculares com fragmentos da cabine da aeronave, apresentavam

reação inflamatória mínima, e teve a ideia de utilizar o mesmo material – polimetilmetacrilato Perpex CQ – para construir uma lente que substituísse o cristalino humano. Em 1949, o Dr. Ridley efetuou a primeira cirurgia com implante de uma lente intra-ocular. Em 1961, Tadeuz Krwawicz inventou a crioextração, que veio a ser usada universalmente até meados da década de 1980. Apesar de apresentar uma série de vantagens, esta técnica ocasionava várias complicações como edema macular cistóide, descolamento de retina, descompensação corneana e hérnia de íris. As muitas sequelas decorrentes das cirurgias de catarata serviram como motivação permanente para o surgimento de novas técnicas e discussão do tema nos meios científicos. Até que em 1967 o cirurgião norte-americano Charles Kelman

desenvolveu a técnica da facoemulsificação, considerado um procedimento cirúrgico mais seguro e eficaz para tratamento de catarata. Derivado do grego, faco significa cristalino e o método consiste na destruição do cristalino opaco com o uso de energia ultrassônica e sua aspiração. ©2006 Sociedade Brasileira de Catarata Refrativa - Produzido por Selles & Henning

DR. Carlos Consolmagno
CRM-SP 62.777
DR. Legardeth Consolmagno
CRM-SP 8.317
Oftalmologistas



Foto Arquivo Pessoal

Retinopatia diabética

A retinopatia diabética é, hoje, uma das principais causas de cegueira legal no Brasil. É uma patologia de causa multifatorial, relacionada ao tempo de duração da doença. Acredita-se que 1 a 3% da população mundial é diabética; 85% dos casos manifesta-se após os 40 anos.

Ela pode manifestar-se na forma Proliferativa e Não Proliferativa. A forma de retinopatia diabética não proliferativa (RDNP) tem como primeiras manifestações oftalmológicas os microaneurismas que representam um enfraquecimento do capilar retiniano, enquanto as hemorragias intra-retinianas aparecem como manifestações puntiformes ou em manchas ou borrões. Os exsudatos são depósitos lipoproteicos, isolados ou agrupados; que podem desaparecer de forma espontânea ou após tratamento com laser.

A RDNP é classificada em graus crescentes de severidade e risco para progressão a forma proliferativa: muito leve, leve, moderada, severa, muito severa, edema macular diabético, edema macular focal e edema macular difuso.

A retinopatia diabética Proliferativa (RDP) é uma forma mais grave da doença, com componente isquêmico presente; sendo geralmente tratada com laser e/ou cirurgia.

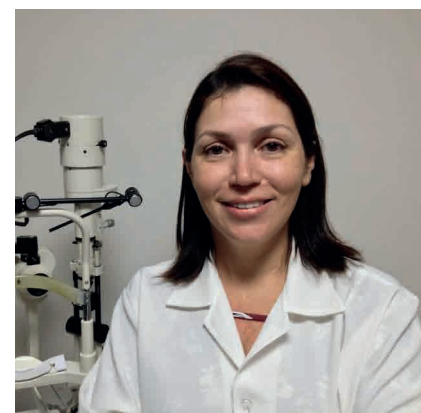
O acompanhamento oftalmológico do paciente diabético deverá ocorrer anualmente se

o paciente for bem controlado clinicamente e não apresentar retinopatia diabética ou apenas a forma leve; será de 6/6 meses quando a retinopatia diabética for leve a moderada sem edema macular; se houver edema macular o paciente deverá ser avaliado a cada 3 ou 4 meses. Esse acompanhamento será feito pelo exame fundoscópico metucioso, angiografia fluoresceínica e tomografia de coerência óptica.

Os achados nesses exames determinarão a necessidade de tratamentos complementares com laser, cirurgia e/ou injeções intra-vítreo de antiangiogênicos.

Os pacientes diabéticos devem ser estimulados a manter hábitos saudáveis de vida, com boa alimentação, exercícios físicos regulares, abandonar o tabagismo; o acompanhamento com o endocrinologista é indispensável, pois o mesmo dará as diretrizes para o tratamento clínico seja com hipoglicemiantes, insulina, acompanhamento nutricional e fará a interpretação dos exames para avaliar se os bons resultados estão sendo alcançados.

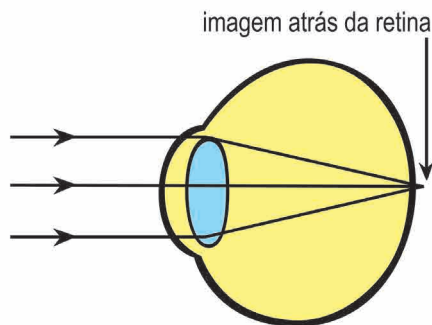
Ainda sobre a retinopatia diabética, devemos orientar as pacientes diabéticas e gestantes que esse acompanhamento profilático deve ser feito antes, durante e após a gestação, uma vez que a literatura mostra uma possível progressão da retinopatia nas gestantes.



Dra. Claudia Borghi de Siqueira
Costa
Oftalmologista (Retina e Vítreo)
CRM 85839

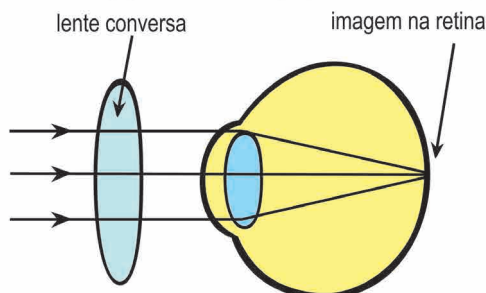
Foto Arquivo Pessoal

OLHO HIPERMETROPE



Hipermetropia

OLHO HIPERMETROPE COM LENTES CORRETIVAS



Hipermetropia é o vício de refração mais comum, principalmente em crianças. O olho, no sentido anteroposterior, pode ser mais curto, normal ou maior. A imagem num olho normal se forma exatamente na retina. Na hipermetropia, a imagem se forma após a retina, pois o globo ocular do hipermetrope é mais curto que o normal. Para compensarmos total ou parcialmente esta diminuição do comprimento do globo ocular, são usadas lentes com graus positivos, ou seja, convergentes (convexas) para que a imagem se forme mais anteriormente. Fazendo corte anteroposterior no olho, temos a primeira lente, que é a córnea, num segundo plano, encontramos o cristalino e por último, a retina que é a parte sensorial e onde se forma a imagem. O cristalino é uma lente biconvexa e que em crianças e jovens tem o poder de compensar diferenças até grandes de tamanho ocular, por conta da acomodação, que nada mais é do que o poder de aumentar sua curvatura. Isto se dá porque o conteúdo do cristalino nesses indivíduos é bastante fluído. À medida que envelhecemos, o conteúdo do mesmo, chamado córtex, vai endurecendo e se torna difícil ou até impossível ele mudar sua refração e daí aparece a presbiopia, que é a “vista cansada” do idoso, necessitando de óculos com grau positivo para poder ler de perto.

A criança muito comumente apresenta hipermetropia, mas o globo ocular tende a crescer principalmente na puberdade e o problema às vezes pode até desaparecer. É comum que crianças e adolescentes portadores de hipermetropia até de grau médio tenham pouco

ou nenhum sintoma por conta da acomodação cristaliniana. Porém, nos graus mais altos o paciente mesmo jovem costuma se queixar de desconforto e certa dificuldade na leitura de perto. Por isso, no exame oftalmológico, para avaliação de ametropia é imperativo que se elimine a acomodação com colírios que impedem a atuação do cristalino.

Existe relação direta entre acomodação e convergência e por esse motivo, é que principalmente em crianças portadoras de média ou alta hipermetropia tenham tendência a desviar o olho para dentro (estrabismo convergente). Esse problema é de grande importância no desenvolvimento da acuidade visual porque se não tratado bem precocemente, com óculos, oclusão ocular e até cirurgicamente, é comum a criança optar usar um dos olhos e o outro não desenvolve a visão satisfatoriamente, o que se chama ambliopia. Por isso, é importante que os pediatras e a própria família fiquem atentos a qualquer desvio na simetria do olhar das crianças, principalmente se persistir após 18 meses de idade e encaminhar ao oftalmologista para que com o auxílio da ortoptista, tome as medidas necessárias.

Independente de qualquer sintoma, toda criança em idade escolar deveria ser levada ao oftalmologista para avaliação refrativa. A correção da hipermetropia pode se fazer com o uso de óculos, lentes de contato e de uns anos para cá, a cirurgia refrativa feita com laser desenvolvida para este fim, o excimer laser. É óbvio que o procedimento cirúrgico por ser definitivo só deve ser feito após termos certeza de que o grau da hipermetropia já es-

tabilizou (em média entre 20 a 24 anos de idade). Por ser considerada como estética, é de grande importância que o paciente demonstre desejo em realizar e ser informado do risco, embora extremamente baixo, do processo cirúrgico. Antes, porém, são feitos exames específicos para determinar a viabilidade e resultado final do procedimento cirúrgico.

Como já foi dito no começo do artigo, mesmo sendo feita a cirurgia e corrigida a hipermetropia, não exime o paciente do uso dos óculos com lentes positivas após os 40 anos de idade por conta da presbiopia.



Dr. Irineu Pacheco Bacchi
Oftalmologista
CRM 13.320

Estrabismo

Estrabismo é uma condição na qual os eixos visuais estão desalinhados, portanto sem fixação bifoveal e sem fusão das imagens. Quando ocorre na infância leva a supressão das imagens a nível cortical com consequente ambliopia. Já quando ocorre no adulto o paciente refere diplopia.

Para o oftalmologista, e mesmo para o médico não oftalmologista, há interesse em diferenciar os tipos de estrabismos manifestos em relação à etiologia. Temos os paralíticos que podem ocorrer por paralisias de nervos cranianos (III, IV ou VI), por miastenia ocular e estrabismos que ocorrem na distrofia miotônica, oftalmoplegia familiar progressiva e outras doenças neurológicas. A miastenia envolve o sistema muscular voluntário geral ou apenas os músculos extrínsecos oculares. Os sintomas mais comuns são a fraqueza muscular que piora ao utilizar os músculos envolvidos sendo as queixas visuais mais comuns pose bilateral, assimétrica e diplopia. Pode haver fraqueza dos músculos inervados pelos nervos cranianos também.

Nos estrabismos restritivos temos os devido a oftalmopatia tireoideana em que ocorre infiltração e espessamento dos músculos extraoculares com restrição de seu movimento, fraturas de órbitas em que ocorre encarceramento do músculo reto inferior no assoalho da órbita, síndromes especiais de estrabismo como síndrome de Brown onde há espessamento do músculo oblíquo superior e síndrome de Duane onde há co-contracção dos músculos retos medial e lateral ocasionando restrição do movimento ocular.

E os estrabismos essenciais, que ocorrem em crianças, podem ser convergentes (esotropia), divergentes (exotropia) ou verticais (hiper ou hipotropias).

Nos bebês é comum o “falso estrabismo” que ocorre pela presença do epicanto - prega no canto interno dos olhos semelhante à prega “mongolóide” - ou por distância interpupilar muito pequena dando a impressão de que os olhos estão próximos sugerindo presença estrabismo convergente. Esse tipo de situação requer o encaminhamento ao oftalmologista pois na consulta oftalmológica poderão ser detectados outros problemas como diferença de grau entre os dois olhos, problemas de transparência de meios, alterações de fundo de olho e outros.

Sempre há essa pergunta dos pais ou até mesmo dos pediatras: Como saber se o bebê está enxergando? A partir de 6 meses de idade o bebê já deve ter bom seguimento visual na horizontal, na vertical e até mesmo convergência. E na consulta

será realizado o exame de acuidade visual do bebê com os testes específicos como os cartões de acuidade de Teller ou as raquetes de LH, a refração objetiva com

equipamentos especiais de autorefracção em crianças como o Plus Optix, e o exame de motilidade ocular que é o exame próprio para estrabismo.

Portanto, nessa idade o oftalmologista afeito a consultas pediátricas já consegue fazer um exame completo do bebê e pode dar as respostas e condutas aplicáveis a cada caso.

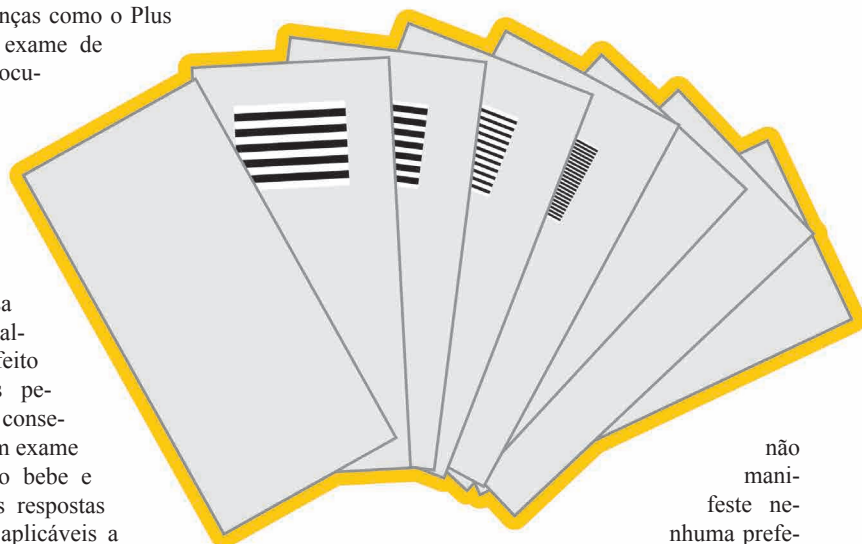
A sequência de condutas que deve ser seguida nos casos de estrabismo começa com a prescrição da refração total sob cicloplegia pois muitos casos são acomodativos e resolvem apenas com a prescrição da hipermetropia. A seguir deve ser estabelecido se há diferença de acuidade visual entre os dois olhos e nesse caso deve ser prescrita oclusão do olho bom para que o olho ambliope (preguiçoso) possa desenvolver a visão igualmente. Por fim o estrabismo poderá ser operado para conseguir o alinhamento ocular, pois o uso do tampão não promove o alinhamento ocular nem corrige a posição viciosa de cabeça que ocorre em alguns estrabismos.

A data para a cirurgia vai depender de a criança conseguir boa alternância de fixação, o que indica visão igualada nos dois olhos. A partir de 7 meses de idade eventualmente a cirurgia de estrabismo já pode ser realizada, mas alguns tipos de estrabismo, como o divergente não devem ser operados antes de 4 anos de idade pois dependem de maturação do sistema sensorial.

A cirurgia nos adultos com diplopia deve ocorrer assim que o processo estiver estabelecido, sem possibilidade de recuperação espontânea.

Devemos lembrar da importância da triagem visual em crianças antes dos 6 anos de idade, pois o tratamento da ambliopia, que frequentemente é associada ao estrabismo deve ocorrer antes dessa idade para ser efetivo.

Como é realizado o Teste com os Cartões de acuidade visual de Teller (ou outros testes como as raquetes): São mostradas telas com listras cada vez mais estreitas, até que a criança



não manufeste nenhuma preferência. As menores

listras correspondem à acuidade visual. Baseia-se no princípio de que crianças pequenas tendem a olhar mais para uma tela com listras pretas e brancas do que para uma superfície homogênea; este é um teste clínico comum no consultório do Oftalmologista Pediatra.



Prof. Dra. Keila Monteiro de Carvalho
Professora Titular Oftalmologia
FCM/UNICAMP
Especialista em Estrabismo e Reabilitação Visual
Diretoria Secretaria Geral do Conselho Brasileiro de Oftalmologia
Oftalmologia
CREMESP: 23133

Foto Arquivo Pessoal

Degeneração macular relacionada à idade (DMRI)

A DMRI é uma doença degenerativa binocular, crônica e progressiva que envolve a parte central da retina, a mácula, responsável pela visão mais nítida, que permite enxergar de forma detalhada tudo que está à sua frente, além de possibilitar a visão de cores. A DMRI é a principal causa da perda de visão do mundo moderno. Estima-se que, no Brasil, cerca de cem mil novos casos se desenvolvam a cada ano, sendo a maior causa de cegueira após os 60 anos. Atualmente, aproximadamente 30 milhões de pessoas no mundo têm DMRI. Este dado representa o dobro das pessoas acometidas de Alzheimer.

O início da doença e sua gravidade sofrem grande influência da exposição ao sol, tabagismo, hábitos nutricionais como dieta pobre em frutas e hortaliças e associação com doenças metabólicas e circulatórias como o diabetes e a hipertensão arterial.

A preocupação com a DMRI deve ser considerada na medida em que a população apresenta uma expectativa de vida cada vez maior. O grande aumento da incidência da DMRI é explicado pelas mudanças da nossa pirâmide populacional associadas à elevação dos níveis de radiação ultravioleta a que estamos submetidos nas últimas décadas pelas mudanças climáticas de nosso planeta.

Existem duas formas de manifestação dessa doença, a DMRI seca e a úmida. A forma seca tende a ser mais benigna por ser de evolução mais lenta com a visão mantendo-se menos alterada durante maior tempo. Essa forma corresponde a 90% dos casos. A perda da visão central é causada pela atrofia do epitélio pigmentar da retina (EPR), camada responsável pelo adequado funcionamento das células foto-receptoras que lentamente degeneram. Os sintomas da forma seca são a perda visual lenta e progressiva, com dificuldade para se adaptar a baixos níveis de luz,

como ao entrar em um restaurante mal iluminado, necessidade de boa iluminação para leitura e redução na intensidade ou brilho das cores.

As lesões conhecidas como drusas da retina são precursoras das formas úmidas da DMRI. Com o passar do tempo, pacientes com a forma seca que apresentem as drusas podem vir a sofrer rupturas do EPR com a formação de membranas neo-vasculares subretinianas, que geram os descolamentos serosos ou sero-hemorrágicos da retina, característicos da forma úmida. Essas alterações causarão danos rápidos e graves à visão se não tratados rapidamente. A forma úmida se caracteriza por sintomas relacionados ao surgimento abrupto de turvação e distorções visuais com linhas onduladas.

Atualmente, exames complementares como a retinografia fluorescente e a tomografia de coerência óptica (OCT) permitem o diagnóstico das membranas neo-vasculares de forma precoce trazendo um melhor resultado terapêutico.

O tratamento da DMRI continua um desafio permanente, pois ainda existem poucas maneiras disponíveis para deter a progressão dos danos causados à retina. A forma seca da doença ainda não tem um tratamento eficaz, mas muitas pesquisas estão sendo

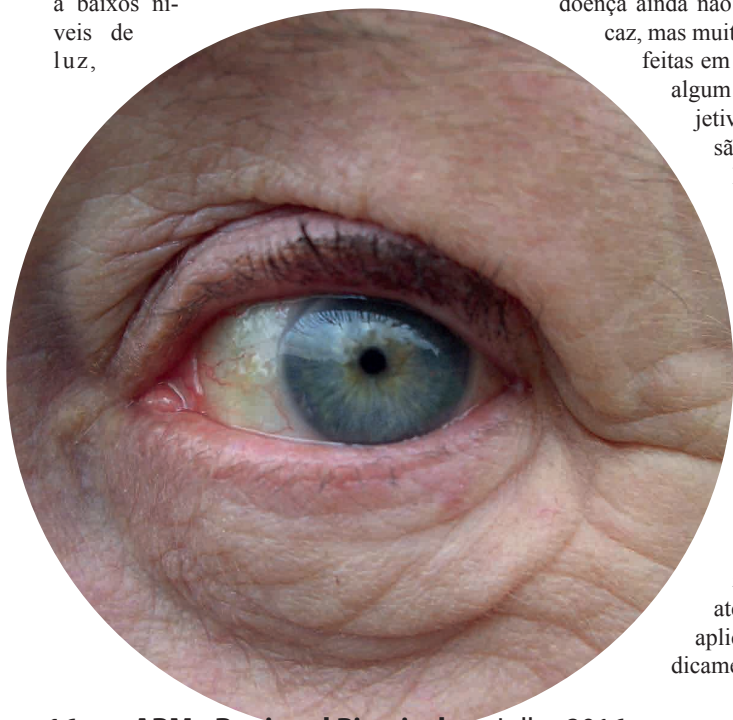
feitas em todo o mundo buscando algum medicamento com o objetivo de estancar a progressão da degeneração. As

Luteínas, as Zeoxantinas e as vitaminas “antioxidantes” estão entre as drogas pesquisadas e entre as mais utilizadas com algum benefício nos dias de hoje. Proteger os olhos da exposição solar deve fazer parte da rotina de todos.

Nas formas úmidas o tratamento mais eficiente para estabilizar o quadro da DMRI, até hoje disponível, é a aplicação intra-vítrea de medicamentos quimioterápicos

antiangiogênicos. Essas drogas têm proporcionado uma excelente chance de se conseguir deter a progressão natural da doença ou até mesmo de se conseguir melhorar a capacidade visual nos pacientes que realizam os tratamentos nos prazos adequados. De um modo geral, são necessárias três aplicações em cada olho, com um intervalo de 4 semanas entre cada uma, seguidas de doses de manutenção individualizadas. A fotocoagulação com laser pode ser considerada nos poucos pacientes em que a membrana neovascular subretiniana se localiza fora da área central da mácula.

A DMRI traz um impacto para pacientes, famílias e sociedade como um todo. Ela reduz a qualidade de vida dos pacientes, causando dificuldades em suas atividades diárias e algumas vezes sendo causa de isolamento social. Pacientes com DMRI têm um nível de depressão mais alto que o normal; têm duas vezes mais risco de morte prematura; têm um risco maior de quedas e fraturas e, consequentemente, entrada prematura em atendimentos clínicos ambulatoriais. A boa notícia é que os estudos oftalmológicos em todo o mundo estão voltados para a busca de novos tratamentos visando a prevenção e cura dessa patologia.



Dr. Pedro Souza Campos Neto
Oftalmologista
CRM 56871

Foto Arquivo Pessoal



3x **%**

DESCONTOS INCRÍVEIS EM MEDICAMENTOS

E ainda parcelamento de até **3x** nas compras acima de R\$90,00 no Cartão Preferencial Drogal ou cartões de crédito.



* Exeto medicamentos, não sujeitos - Promoção válida por tempo indeterminado, e somente para pagamentos à vista.

Faça seus exames no HFC LAB

Excelência em medicina diagnóstica

Horário de Atendimento:

2^a à 6^a das 6:00 às 16:00 horas
Sábado: das 6:00 às 12:00 horas

Escolha o melhor horário e agende.

Vários exames podem ser realizados com jejum mínimo de 3h. Para alguns é necessário evitar atividade física vigorosa nas 24 horas antes do exame, e não ingerir bebidas alcoólicas nas 72 horas que antecedem a coleta de sangue.

É obrigatória a apresentação de documento com foto recente para a realização de exames, conforme Rdc/anvisa 302 - publicação 13/10/2005.

Rua Rafael Aloisi, 51 • Vila Rezende • Piracicaba • SP
(19) 3403-2884 • laboratorio@hfcp.com.br
www.hfcp.com.br

Responsável Técnico: Cilene Innocência - CRBM 2520

 **HFC LAB**
Laboratório de Análises Clínicas
Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba

Cirurgia plástica ocular

A Cirurgia Plástica Ocular é uma subespecialidade da oftalmologia, que trata das deformidades estéticas e reconstrutivas das pálpebras e orbitas.

PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS: BLEFAROPLASTIA

A blefaroplastia, tanto superior quanto a inferior, é uma cirurgia realizada para o tratamento da dermatocálase e/ou das bolsas de gordura palpebral, com o intuito de melhorar a aparência da região periocular do paciente, devolvendo um aspecto mais “jovem” à pessoa.

A dermatocálase é o nome técnico dado ao excesso de pele nas pálpebras que ocorre nas pessoas com o avançar da idade.

O surgimento da dermatocálase é um processo natural do envelhecimento que ocorre devido ao aumento da frouxidão dos tecidos (pele, músculo, etc.) em todo o corpo, que neste caso ocorre na região ao redor dos olhos. A época em que isso começa a ocorrer varia muito; em algumas famílias já se nota desde cedo, em torno dos 35 a 40 anos, mas na maioria das vezes ocorre em torno dos 60 anos de idade.

A dermatocálase leva a uma alteração da aparência, fazendo com que tenhamos um aspecto mais “envelhecido” ou “cansado”. Ela nunca causa cegueira, mas nos casos em que a queda da pele é muito acentuada pode levar a um cansaço visual e diminuição do campo visual.

Para resolver este problema a solução é a cirurgia de blefaroplastia, que é realizada sob anestesia local com ou sem sedação. Vários cuidados devem ser tomados antes da cirurgia e o médico deve estar atento a muitos detalhes. É imprescindível que seja feito um exame oftalmológico completo (medida da acuidade visual e da pressão ocular, fundo de olho, avaliação da qualidade e quantidade de lágrima - pacientes com olho seco devem evitar a blefaroplastia) antes da cirurgia. O objetivo principal da cirurgia não é deixar “a pele dos olhos esticadinha” e sim harmonizar o rosto da pessoa, devolvendo a ela um aspecto mais jovem.

A blefaroplastia é uma das cirurgias estéticas mais realizadas no mundo, mas deve ser feita sempre com o máximo de cuidado e por um profissional médico com experiência no assunto, de maneira a alcançar o melhor resultado com o mínimo risco de complicações.

PROCEDIMENTOS RECONSTRUTIVOS:

- Tumores de pálpebras
- deformidades e mau posicionamento das pálpebras
- obstrução das vias lacrimais

Carcinoma basocelular: é um tumor maligno da pele. É o câncer da pele mais frequente, representando cerca de 70% de todos os tipos. Sua ocorrência é mais comum após os 40 anos de idade, nas pessoas de pele clara e seu surgimento tem relação direta com a exposição acumulativa da pele à radiação solar durante a vida. Cerca de 70% desses tumores ocorrem na região das pálpebras, ao redor dos olhos. A proteção solar é a melhor forma de prevenir o seu surgimento.

A grande maioria das lesões aparece na face, ao redor dos olhos. O tratamento do carcinoma basocelular é na maioria das vezes cirúrgico. Por ser um tumor que não envia metástases, o tratamento precoce leva à cura na grande maioria das vezes.

A exposição prolongada e repetida da pele ao sol causa o envelhecimento cutâneo além de predispor a pele ao surgimento do câncer. Tomando-se certos cuidados, os efeitos danosos do sol podem ser atenuados. Aprenda a seguir como proteger sua pele da radiação solar:

Use sempre um filtro solar com fator de proteção solar igual ou superior a 30, aplicando-o generosamente, pelo menos 20 minutos antes de se expor ao sol e sempre o reaplicando após mergulhar ou transpirar excessivamente. Use chapéus, que bloqueiem ao máximo a passagem do sol. Mesmo assim use o filtro solar pois parte da radiação ultravioleta reflete-se na areia atingindo a sua pele.

Evite o sol no período entre 10 e 15 horas. A grande maioria dos cânceres de pele localizam-se na face, proteja-a sempre. Use óculos de sol, que protegem as pálpebras e os olhos.

Não esqueça de proteger os lábios e orelhas, locais comumente afetados pela doença.

Estas recomendações são especialmente importantes para as pessoas de pele clara, as quais devem evitar qualquer tipo de exposição ao sol sem proteção.

Comece o quanto antes. Cerca de 75% da radiação solar recebida durante a vida ocorre nos primeiros 20 anos. Os efeitos da radiação ultravioleta só se manifestam com o passar do tempo. As lesões começam a aparecer na maioria das vezes ao redor dos 40 anos. Portanto, proteja as crianças e estimule os adolescentes a se protegerem.

Entrópio: é a posição anômala da pálpebra, em que a borda se encontra voltada para dentro levando os cílios a tocarem o globo ocular e lesarem a córnea. Pode ser congênito ou adquirido. O tratamento é cirúrgico.

Ectrópio: é a posição da pálpebra em que sua borda está voltada para fora (evertida), ou seja, afastada do globo ocular. É um achado frequente em pessoas idosas, sendo mais comum na pálpebra inferior. Pode ocorrer por enfraquecimento dos músculos e tendões da pálpebra como parte de um processo de envelhecimento, após paralisia do nervo facial e por tumores ou cicatrizes na pele. O tratamento é geralmente cirúrgico.

Lacrimejamento: constitui uma das queixas mais frequentemente observadas nos consultórios oftalmológicos. Um terço dos pacientes avaliados por oftalmologistas apresentavam “lacrimejamento”. Varias técnicas cirúrgicas corrigem a anomalia. A obstrução congênita, da drenagem lacrimal também é frequente, variando de 1% a 2%. A criança pode nascer com o canal que leva a lágrima para o nariz entupido. O problema, normalmente, é tratado com massagens e uso de colírios antibióticos. Porém, se isso não resolver, deve ser feita uma sondagem das vias lacrimais, para desbloquear o canal, antes do 1º ano de vida.

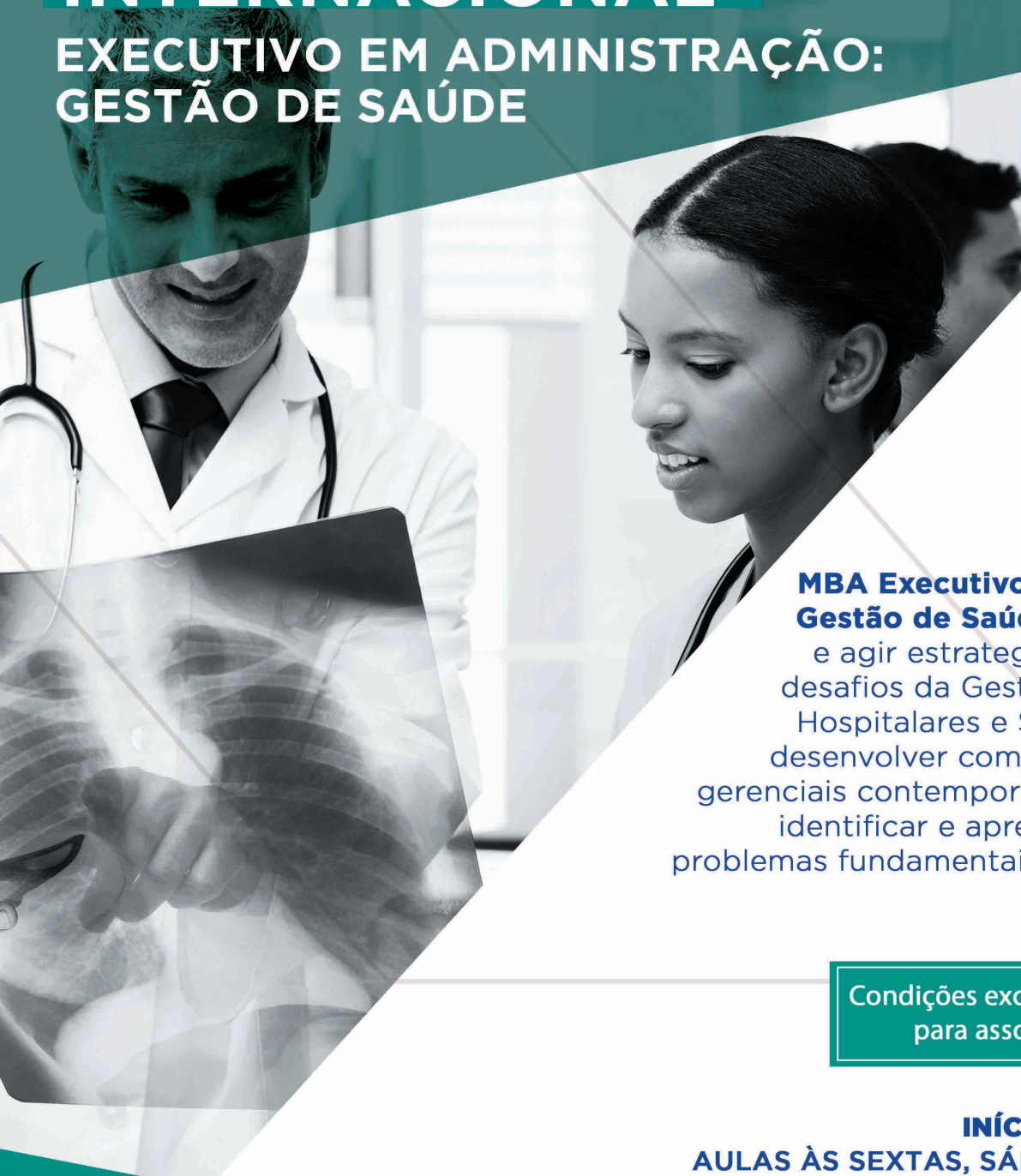


Dr. Luiz Augusto Guimarães de Souza
Oftalmologia (Plástica-Ocular e Catarata)
CRM 32.402

MBA FGV

INTERNACIONAL

EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO DE SAÚDE



**MBA Executivo em Administração:
Gestão de Saúde** possibilita pensar e agir estrategicamente frente aos desafios da Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde e desenvolver competências e técnicas gerenciais contemporâneas que permitam identificar e apresentar soluções aos problemas fundamentais que afligem a área da saúde.

Condições exclusivas
para associados



INÍCIO: AGOSTO DE 2016
AULAS ÀS SEXTAS, SÁBADOS E DOMINGOS
01 VEZ AO MÊS
DURAÇÃO: 24 MESES

Módulo de Certificação Internacional*
mediaX at Stanford University,
University of MIAMI e OHIO University



**opcional*

Unidade Piracicaba - 19 3403-1717
R. Moraes Barros, 506
Centro Piracicaba / SP

www.ibe.edu.br | info@ibe.edu.br



CONVENIADA

MBA  **FGV**

19/05 - GVE XX - VII Encontro anual das Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde



03/06 - GVE XX - Grupo de Vigilância Epidemiológica 20 Piracicaba - "Capacitação - Prevenção e Tratamento de Feridas"





Lançamento de Livro

Dr. Douglas Alberto Ferraz de Campos Filho, médico piracicabano, associado da APM Piracicaba, lançou o livro "Deus e o Diabo disseram não: Conexões, Plágios e Mosaicos que Despertam o Conhecimento", e convida você para apreciar a leitura. A APM Piracicaba parabeniza nosso associado por essa edificante leitura.

Sobre o autor: Dr. Douglas é formado em Ciências Médicas pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas - 1985; Médico Pneumologista e Intensivista pela AMB - SBPT e AMIB; Especialização em Pneumologia e Alergologia na Unidade Respiratória do Hospital Albert Sabin; Médico Militar - Segundo Tenente da Reserva com serviços prestados no CPOR de São Paulo e no Regimento de Cavalaria do Segundo RCC Pirassununga - SP; Diretor médico da Athsma Brasil, clínica de doenças respiratórias e alergias; Médico Clínico Geral concursado pela prefeitura municipal de Piracicaba; Médico do corpo clínico do Hospital Unimed Piracicaba.



CLASSIFICADOS: oportunidade para anúncios pequenos, consultar sobre a aprovação de temas antecipadamente na APM. Para sócios da APM Regional Piracicaba é
FREE!

**Informações pelo telefone
(19) 3422 5444**

AGENDA APM

PIRACICABA

Eventos

*científico / cultural / social

Pós-Graduação em Saúde Mental e Psicoterapias

02/07 – sábado – 08h30

05/07 – terça – 19h30

CEFAS – Centro de Formação e Assistência à Saúde

Urgências Médicas na Odontologia e Doenças Orgânicas

05 e 06/07 – terça e quinta – 08h

DRS X Piracicaba

Público: Cirurgiões dentistas de municípios pertencentes ao DRS X Piracicaba

Capacitação do Teste do Pezinho – Módulo de Atualização

07/07 – quinta – 07h

DRS X Piracicaba

Público: Coordenadores de Atenção Básica de municípios e Santas Casas

Finanças e investimentos para médicos

13/07 – quarta – 19h30

Dr. Elisson de Andrade – Doutor em Economia pela ESALQ/USP

Centro de Estudos HFPC

Discussão de Casos

21/07 – quinta – 19h30

SOCESP – Depto de Cardiologia APM Piracicaba



**As programações estão sujeitas a alterações*

ANIVERSARIANTES DE JULHO

DIA 01

DR. LUDMAR NAVAJAS MACHADO

DR. MÁRIO FLAVIO PANNUTI

DIA 02

DR. BERNARDO DIAS AGUIAR

JR.

DR. HENRIQUE SOUZA QUEIROZ

DI DONATO

DIA 04

DR. ADOLFO FRANCISCO H. GORGA

GA

DIA 06

DR. CASSIO CAMILO A. DE NE-

GRI

DIA 07

DRA. ANA LUCIA LEISTNER

DIA 08

DR. OSVALDO BERTOLINI CHA-

VES

DIA 11

DR. JORGE SALIBA

DRA. BESSEL BASSO MATTOS

REBEIS

DIA 12

DR. VALDIR COLLUCI MACHADO

DIA 13

DR. HELLADIO DO AMARAL M. FI-

LHO

DIA 14

DR. EDSON LUIS DE CAMPOS

BICUDO

DIA 16

DRA. MARIE DENISE CLOTHILDE

BRIHIER

DIA 17

DR. MANOEL JULIO R. DE MO-

RAES

DR. JOSÉ ROGERIO NICOLA

DR. LUIZ FERNANDO DA SILVA

BOCCATO

DIA 18

DR. ERNESTO VALVANO

DR. PAULO TADEU FALANGHE

DR. MARIO IWAO KOHATSU

DIA 19

DRA. RENÉE DANCKWARDT FER-

RARI

DIA 20

DR. FLAVIO AUGUSTO MARCHI

DIA 21

DR. JOÃO ANTONIO GRAZIATO

MARCUZ

DR. JOSÉ MAURÍCIO HIGASHI

DE FREITAS

DIA 23

DR. ANTONIO PEDRO PARDI

DIA 24

DR. PAULO GUSMAO

DR. RAFAEL ANGELO TINELI

DIA 25

DR. RENATO ROSSINI

DR. ANDRÉ SERAFIN GALLINA

DIA 27

DR. DJALMA SAMPAIO FILHO

DIA 29

DR. WILSON AMANCIO MARCHI

JR.

DIA 31

DRA. MARY DA SILVA THEREZA

Parceria APM e Helpmóvel traz mais um Benefício para o Médico Associado

Parceria APM + Helpmóvel deixa seu consultório mais protegido. Urgência e Emergência Médica a qualquer hora.

Solicite uma visita sem compromisso. **19 3417 1170 / 3417 1171**

Responsável Técnico
César Vanderlei Carmona
CRM: 33028



CANAL DE COMUNICAÇÃO 24H

A forma mais fácil de buscar informações
e tirar dúvidas do seu plano.

ligue

0800 774 7775



MKT Unimed Piracicaba



Fique ligado: a partir de 1º de julho, nosso Canal de Comunicação recebe apenas chamadas provenientes de telefonia fixa.

#ESSEÉOPLANO

Unimed 
Piracicaba

45
ANOS

Central de Vendas (19) 3417-1800