



**Série
Manuais do
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP**

Manual de Processos de Trabalho da

OFTALMOLOGIA



1ª edição

**Campinas
2011**

ISBN 978-85-63274-25-0

**UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA**

Ficha catalográfica elaborada por
Rosana Evangelista Poderoso
CRB8/6652

M319

Manual de processos de trabalho da Oftalmologia [recurso eletrônico] / Universidade Estadual de Campinas. Hospital de Clínicas da UNICAMP. - Campinas, SP : Hospital de Clínicas da UNICAMP, 2011. 306 p. - (Série Manuais do Hospital de Clínicas da UNICAMP)

Modo de acesso : Intranet.
ISBN 978.85.63274.25.0

1. Oftalmologia. 2. Hospitais - normas. I. Universidade Estadual de Campinas. Hospital de Clínicas da UNICAMP.

CDD. 617.7

ÍNDICE

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	9
OFT. 01 – CARACTERÍSTICAS E AÇÕES DA UNIDADE OFTALMOLOGIA	9
OFT.02 - MAPA DE RELACIONAMENTO FORNECEDOR / PROCESSO / CLIENTE	11
OFT.03 - MACROFLUXO DO PROCESSO	12
1. PROCESSOS GERAIS DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA GERAL – SOG	13
OFT. P1 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PELO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA GERAL	13
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	13
ACOLHIMENTO DO PACIENTE NÃO AGENDADO	14
FECHAMENTO E FATURAMENTO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	16
INTERNAÇÕES DE CASOS DE URGÊNCIA OFTALMOLÓGICAS	17
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OFTALMOLÓGICA NA UER	17
RETORNO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA URGÊNCIA	18
Fluxograma para atendimento de urgência de pacientes com procura espontânea	20
Fluxograma para atendimento de urgência de pacientes encaminhados	21
OFT.P2 – ATENDIMENTO DE TRIAGEM DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA GERAL	22
Fluxograma para agendamento do SOG (triagem) adulto e infantil	24
2. SUB-ESPECIALIDADES DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	25
OFT.P3 – ROTINAS GERAIS PARA O ATENDIMENTO PELAS SUB-ESPECIALIDADES DA OFTALMOLOGIA	25
ATENDIMENTO DE PACIENTES AGENDADOS	25
ATENDIMENTOS DE PACIENTE POR ENCAIXE	26
2.1. CATARATA	28
OFT.P4 – AMBULATÓRIO DE CATARATA	28
DEFINIÇÃO E TIPOS DE CATARATA	28
PRINCIPAIS SINTOMAS DOS DIFERENTES TIPOS DE CATARATA NO ADULTO	29
TRATAMENTO DA CATARATA	30
AMBULATÓRIO DE CATARATA	31
Fluxograma do ambulatório de catarata	31
CIRURGIA DE CATARATA	32
CUIDADOS IMPORTANTES PARA O PACIENTE NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO	32
2.2. DOENÇAS EXTERNAS	34
OFT.P5 – CERATITES	34
CERATITES BACTERIANAS	35
Fluxogramas de tratamento de ceratites bacterianas	37
CERATITES FÚNGICAS	38
Fluxograma de tratamento de ceratites fúngicas	38
CERATITES PARASITÁRIAS	39
Fluxograma de tratamento de ceratites por Acanthamoeba	40
CERATITES VIRAIS	41
Fluxograma de tratamento de ceratites herpéticas	42
OFT.P6 – CONJUNTIVITES	47
QUADRO CLÍNICO	48
CONJUNTIVITES AGUDAS INFECCIOSAS E NÃO INFECCIOSAS	48
SINAIS MAIS COMUNS NAS CONJUNTIVITES AGUDAS	49
CONJUNTIVITE CATARRAL	49
CONJUNTIVITES BACTERIANAS	50
CONJUNTIVITES VIRAIS	50

CONJUNTIVITES CRÔNICAS INFECCIOSAS E NÃO INFECCIOSAS	51
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CONJUNTIVITES FOLICULARES CRÔNICAS	51
CONJUNTIVITE NÃO INFECCIOSA	52
OFT.P7 – PROCESSO INFLAMATÓRIO	56
OFT.P8 – QUEIMADURAS QUÍMICAS - RECONSTRUÇÃO DA SUPERFÍCIE OCULAR	58
QUEIMADURAS POR ÁCIDOS	58
QUEIMADURAS POR ÁLCALIS	59
Fluxograma de tratamento de queimaduras químicas	61
MEMBRANA AMNIÓTICA	62
OFT.P9 – ALTERAÇÃO NA INTEGRAÇÃO NEUROANATÔMICA DA SUPERFÍCIE OCULAR	63
OFT.P10 – DESTRUIÇÃO DO LIMBO, CÉLULAS GERMINATIVAS CORNEAIS E MEMBRANA BASAL	64
OFT.P11 – DOENÇAS IMUNOLÓGICAS	66
CERATITE NEUROTÓFICA	66
OFT.P12 – OLHO SECO	70
Fluxogramas - protocolo de olho seco	78
OFT.P13 – DISTROFIAS E ECTASIAS	82
DISTROFIAS EPITELIAIS	82
CAMADA BOWMAN	83
ESTROMA	83
ENDOTÉLIO	84
ECTASIAS	84
2.3. TRANSPLANTE DE CÓRNEA	85
OFT.P14 - INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA	85
CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE CÓRNEA	85
TRANSPLANTE TECTÔNICO DE CÓRNEA	85
PRÉ-OPERATÓRIO	87
PER OPERATÓRIO	88
ETIOLOGIA	89
RESULTADOS	89
FUNÇÕES E DEVERES DO BANCO DE OLHOS	90
OFT.P15 – REJEIÇÃO DE TRANSPLANTES DE CÓRNEA	91
DEFINIÇÃO	91
FATORES DE RISCO PARA REJEIÇÃO	92
TIPOS DE REJEIÇÃO	92
QUADRO CLÍNICO	92
TRATAMENTO	94
OFT.P16 – INSTRUMENTAL PARA TRANSPLANTE DE CÓRNEA	95
CAIXAS DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA	95
2.4. ESTRABISMO	96
OFT.P17 – AMBULATORIO DE ESTRABISMO	96
FUNCIONAMENTO DO AMBULATORIO	96
TRATAMENTO DO ESTRABISMO	97
TOXINA BOTULÍNICA A (TBA) PARA O TRATAMENTO DO ESTRABISMO	99
CIRURGIA DA MUSCULATURA EXTRAOCULAR	99
COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ESTRABISMO	108
2.5. GENÉTICA	110
OFT.P18 – GENÉTICA OCULAR	110
EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS OCULARES HEREDITÁRIAS	110
ABORDAGEM TERAPÊUTICA	112

2.6. GLAUCOMA	115
OFT.P19 – AMBULATÓRIO DE GLAUCOMA	115
INTRODUÇÃO	115
FLUXOGRAMAS DO SETOR DE GLAUCOMA	116
Fluxograma de indivíduos com suspeita de glaucoma	116
NORMAS PARA PACIENTES COM GLAUCOMA DE ÂNGULO ABERTO	117
NORMAS EM PACIENTES COM GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO	118
Fluxograma de pacientes com glaucoma agudo	119
Fluxograma de pacientes com glaucoma neovascular	120
NORMAS PARA PACIENTES COM GLAUCOMA E CATARATA – CIRURGIA COMBINADA	122
EXAMES REALIZADOS NO SETOR DE GLAUCOMA	122
2.7. LENTES DE CONTATO	124
OFT.P20 – AMBULATÓRIO DE LENTES DE CONTATO	124
2.8. NEURO-OFTALMOLOGIA	128
OFT.P21 – AMBULATÓRIO DE NEURO-OFTALMOLOGIA	128
DEFINIÇÃO	128
AMBULATÓRIO DE NEURO-OFTALMOLOGIA	128
NEUROPATIAS ÓPTICAS ISQUÊMICAS ANTERIOR (NOIA)	128
NEURITES ÓPTICAS	129
PAPIEDEMA	131
PARALISIA DOS PARES CRANIANOS (III, IV E VI nervos cranianos)	131
EXAMES MAIS SOLICITADOS NO AMBULATÓRIO	136
2.9. RETINA	137
OFT.P22 – AMBULATÓRIOS DE RETINA	137
DEFINIÇÃO	137
AMBULATÓRIOS DA ESPECIALIDADE DE RETINA	137
ATIVIDADES CIENTÍFICAS / DISCUSSÕES EM RETINA	138
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO EM RETINA	138
2.10. URGÊNCIA	147
OFT.P23 - TRAUMATISMO OCULAR	147
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DO TRAUMA	147
Fluxograma sobre tipo de trauma ocular e tipo de objeto do trauma	147
TRAUMA OCULAR E SUA PREVENÇÃO	148
CORPO ESTRANHO (CE) INTRA E EXTRAOCULAR	150
CONDUTA NAS URGÊNCIAS	151
2.11. VIAS LACRIMAIS	154
OFT.P24 – CONDUTAS EM AFECÇÕES EM VIAS LACRIMAIS	154
Fluxograma de atendimento de casos novos	155
Fluxograma de atendimento de crianças	155
Fluxograma de atendimento de retornos	156
Fluxograma de atendimento de recidivas	156
2.12. VISÃO SUBNORMAL	163
OFT.P25 - AMBULATÓRIO DE VISÃO SUBNORMAL	163
3. TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	165
OFT.T1 - ANAMNESE OFTALMOLÓGICA	165
OFT.T2 - ANGIOGRAFIA OCULAR	172
OFT.T3 - AUTOCERATO - REFRAÇÃO	176

OFT.T4 - BIOMETRIA	178
OFT.T5 - CURATIVO OCULAR SIMPLES	181
OFT.T6 - CURATIVO OCULAR COMPRESSIVO	183
OFT.T7 - CURATIVO OCULAR PROTETOR COM COPO/CONCHA	185
OFT.T8 - DILATAÇÃO DA PUPILA	187
OFT.T9 - EXAME DE FUNDO DE OLHO	188
Fluxograma para o agendamento e atendimento do exame de fundo de olho (FO) adulto e infantil	190
OFT.T10 - INJEÇÃO SUB-CONJUNTIVAL/SUB-TENONIANA	191
OFT.T11 - LAVAGEM OCULAR	193
OFT.T12 - LENSOMETRIA	196
OFT.T13 - PERIMETRIA	199
OFT.T14 - SONDAGEM E IRRIGAÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS	204
OFT.P15 - TESTE DE AMSLER	206
OFT.T16 - TESTE DE ISHIHARA	208
OFT.T17 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA PERTO EM CRIANÇA	210
OFT.T18 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA LONGE EM CRIANÇA	212
OFT.T19 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA LONGE NO ADULTO	215
OFT.T20 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA PERTO NO ADULTO	219
4. OUTRAS ROTINAS DO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA	221
OFT.P26 - ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO DO CECOM	221
OFT.P27 - ROTINA PARA FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS RELATIVOS A MEDICAÇÕES DE ALTO CUSTO	222
OFT.P28 - ROTINA PARA FORNECIMENTO DE RELATÓRIOS MÉDICOS	224
OFT.P29 - ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E DE ORGANIZAÇÃO REALIZADAS PELA ENFERMAGEM NO SOG	225
GUARDA DE CHAVES DA OFTALMO (CLAVICULÁRIO)	226
ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	227
5. BANCO DE OLHOS	229
OFT.P30 – OBJETIVOS DO BANCO DE OLHOS DA UNICAMP	229
Fluxograma do processo de trabalho do Banco de Olhos Unicamp	230
OFT.P31 – PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE CÓRNEAS	231
LOCALIZAÇÃO DE DOADORES	231
ABORDAGEM DE DOADORES	231
CONTRAINDICAÇÕES À DOAÇÃO	232
PROCESSO DE ENUCLEAÇÃO	234
REGISTRO DE DOADORES	235
ENCAMINHAMENTOS APÓS A ENUCLEAÇÃO	236
Fluxograma do processos de captação de tecido ocular	237
OFT.P32 – PROCESSO DE PRESERVAÇÃO	238
TEMPO PARA PROCESSO DE PRESERVAÇÃO E SOROLOGIAS	238
PROCEDIMENTO	238
DESCARTE DE TECIDOS NÃO UTILIZADOS	239

OFT.P33 – PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DA CÓRNEA PARA TRANSPLANTE	240
PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA CORNEA	240
RETIRADA DA CÓRNEA PARA TRANSPLANTE	240
OFT.P34 – ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE OLHOS	242
CONTROLE DOS MATERIAIS DE CONSUMO	242
MATERIAIS DE ESCRITÓRIO	242
INSTRUMENTAIS	243
MATERIAIS DE CONSUMO EM GERAL DO BOU – DIVERSOS	244
MANUTENÇÃO E CONTROLE DOS EQUIPAMENTOS	245
OFT.P35 – CUIDADOS DE LIMPEZA DO BOU	246
LIMPEZA DE SUPERFÍCIES	246
GELADEIRA	246
LIMPEZA DOS EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS	247
OFT.P36 – RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA FUNCIONAMENTO DE BANCO DE OLHOS E BIOSSEGURANÇA	248
MANUSEIO DE PRODUTOS QUÍMICOS	248
CONTROLE AMBIENTAL	248
PARAMENTAÇÃO	249
PROIBIÇÕES	249
BIOSSEGURANÇA	250
6. CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS	252
OFT.P37 – PRÉ-OPERATÓRIO PARA CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS	252
GRUPO DE ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA - GOPO	253
PROTOCOLOS DE AGENDAMENTO DE CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS AMBULATORIAIS	257
AGENDA CIRÚRGICA DA CATARATA – ADULTO	257
AGENDA CIRÚRGICA CATARATA CONGÊNITA	259
AGENDA CIRÚRGICA DA CONJUNTIVA	260
AGENDA CIRÚRGICA DO GLAUCOMA	261
AGENDA CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ADULTO E CRIANÇA)	263
AGENDA CIRÚRGICA DA OFTALMO PLÁSTICA	265
AGENDA CIRÚRGICA DA RETINA	267
AGENDA CIRÚRGICA DAS VIAS LACRIMAIS	269
OFT.P38 – RECEPÇÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E CUIDADOS NO INTRAOPERATÓRIO	271
CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS	271
RECEPÇÃO E PREPARO DO PACIENTE	271
PREPARO DA SALA OPERATÓRIA	271
PROTOCOLO DE PREPARO DAS CIRURGIAS DE RETINA	273
ASSISTÊNCIA NO INTRAOPERATÓRIO	274
7. ENFERMARIA DE OFTALMOLOGIA	276
OFT.P39 – INTERNAÇÃO DO PACIENTE DA OFTALMO NA ENFERMARIA	276
8. NÚCLEO DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA E PROJETO CATARATA	278
OFT.P40 – FUNCIONAMENTO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE CEGUEIRA E PROJETO CATARATA	278
9. ENSINO E PESQUISA DA OFTALMOLOGIA	280
OFT.P41 – ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA DA OFTALMOLOGIA	280
10. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DA OFTALMOLOGIA	282
OFT.P42 – ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	282
ANEXOS	284

OFT.A1 - NORMAS, PORTARIAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS QUE EMBASAM O FUNCIONAMENTO DA ÁREA	284
OFT.A2 – DOCUMENTOS UTILIZADOS NA ÁREA	289
OFT.A3 - TABELA DE TEMPORALIDADE DOS DOCUMENTOS	302
OFT.A4 - CARTILHAS E FOLDERS EDUCATIVOS PRODUZIDOS NA ÁREA	303

MANUAIS DE PROCESSOS DE TRABALHO E TÉCNICAS DE COMPETÊNCIA DE OUTRAS ÁREAS

Ambulatórios e Procedimentos Especializados – [dampe.pdf](#)

Anatomia Patológica – [anatomia_patologica.pdf](#)

Central de Materiais e Esterilização – [cme.pdf](#)

Centro Cirúrgico – [centro_cirurgico.pdf](#)

Farmácia – [farmacia.pdf](#)

Gerenciamento de Resíduos – [residuos.pdf](#)

DSG – Hotelaria - Higiene e Limpeza e Rouparia – [hotelaria.pdf](#)

Serviço Social – [s_social.pdf](#)

Superintendência – [superintendencia.pdf](#)

Suprimentos – [suprimentos.pdf](#)

DSG - Transporte – [transporte.pdf](#)

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL			OFT.O1

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

OFT. 01 – CARACTERÍSTICAS E AÇÕES DA UNIDADE OFTALMOLOGIA

CARACTERÍSTICAS DA OFTALMOLOGIA

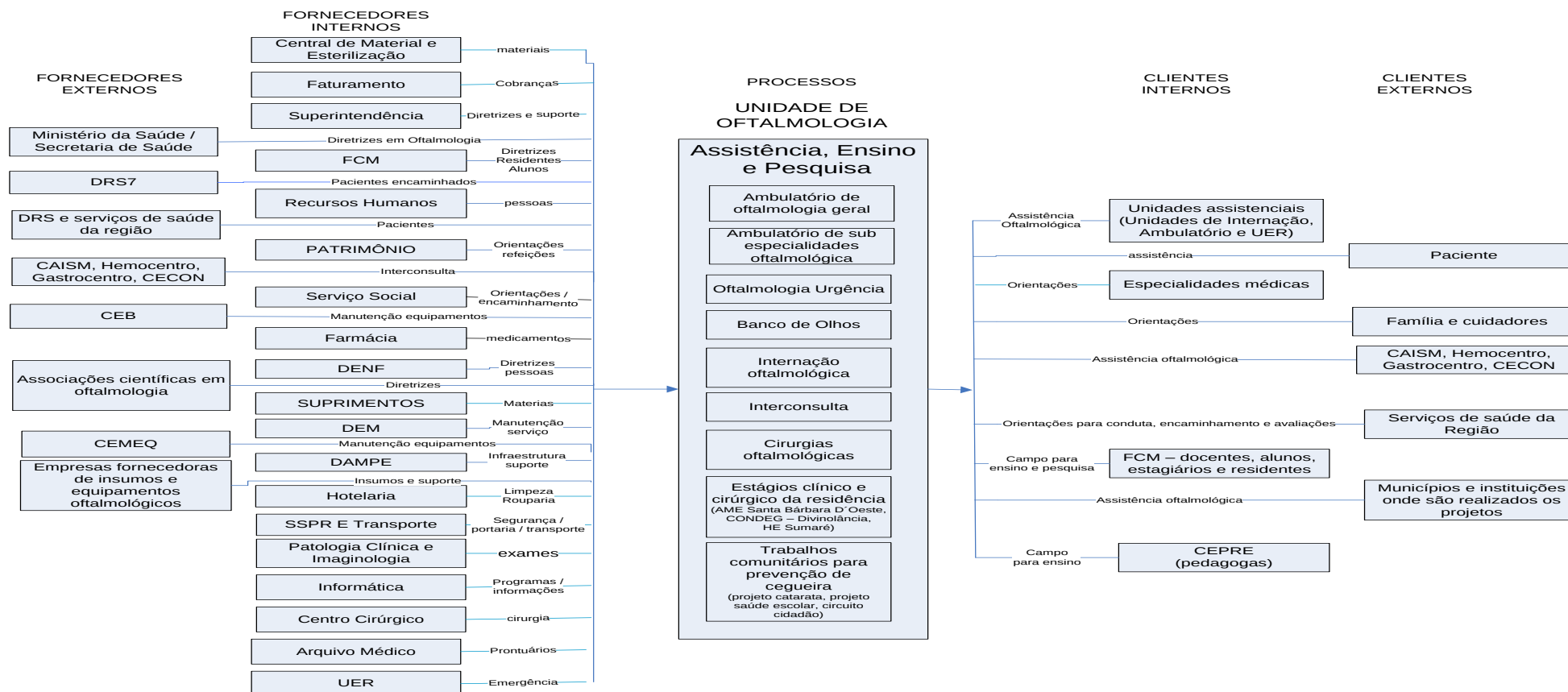
- Ambulatório Geral com atendimento mensal de aproximadamente 6.000 casos.
- Enfermaria: 07 leitos, com possibilidade de internação também em leito de Pediatria e da Urgência (30 internações semanais).
- Hospital de Divinolândia 10 leitos.
 - Centro Cirúrgico Divinolândia: 15 cirurgias semanais.
- Centro Cirúrgico: 10 cirurgias semanais eletivas.
 - Cirurgia Ambulatorial: 75 cirurgias semanais eletivas.
- Pronto Socorro: 15 cirurgias semanais.

São atendidos no ambulatório de oftalmologia cerca de 950 pacientes por semana. Para tanto, o ambulatório conta com 15 consultórios, todos com equipamento completo: catarata, externas, glaucoma, retina, estrabismo, visão subnormal, lente de contato e vias lacrimais. Há ainda um setor específico para o primeiro atendimento (triagem) e atendimento de urgências, o Setor de Oftalmologia Geral (SOG). A sala de catarata conta com 3 conjuntos de refração, 5 lâmpadas de fenda, tonômetros de aplanção, autorrefrator, oftalmoscópio indireto e PAM. Junto à sala de catarata existe outra sala aonde funciona a biometria, YAG Laser, controle de lentes intraoculares, e arquivos da especialidade, contando com 2 funcionários. O setor de glaucoma conta com consultório completo mais perimetro computadorizado e manual e ainda uma funcionária exclusiva para a realização de campos visuais. O setor de doenças externas e lentes de contato contam além de consultório completo, com 1 lâmpada de fenda para fotografia e 1 para filmagem, topógrafo de córnea e paquímetro. O setor de retina possui equipamento específico: laser de argônio e retinógrafo. O SOG possui área específica de atendimento e material próprio: 4 lâmpadas de fenda, 2 conjuntos de refração, 1 autorrefrator, 1 autolensômetro e oftalmoscópio indireto. Conta com 2 enfermeiras, 1 auxiliar de oftalmologia e 2 agendadoras.

O SOG é responsável pelo primeiro atendimento ao paciente no ambulatório. São atendidos por dia uma média de 25 pacientes de triagem, e 40 casos de urgência. Os pacientes de triagem são encaminhados da rede pública primária ou por médicos particulares. Os pacientes que procuram espontaneamente o serviço são orientados a procurarem antes a rede básica para o encaminhamento correto. O primeiro atendimento consta de exame oftalmológico completo e a partir do diagnóstico os pacientes são encaminhados as diversas especialidades.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

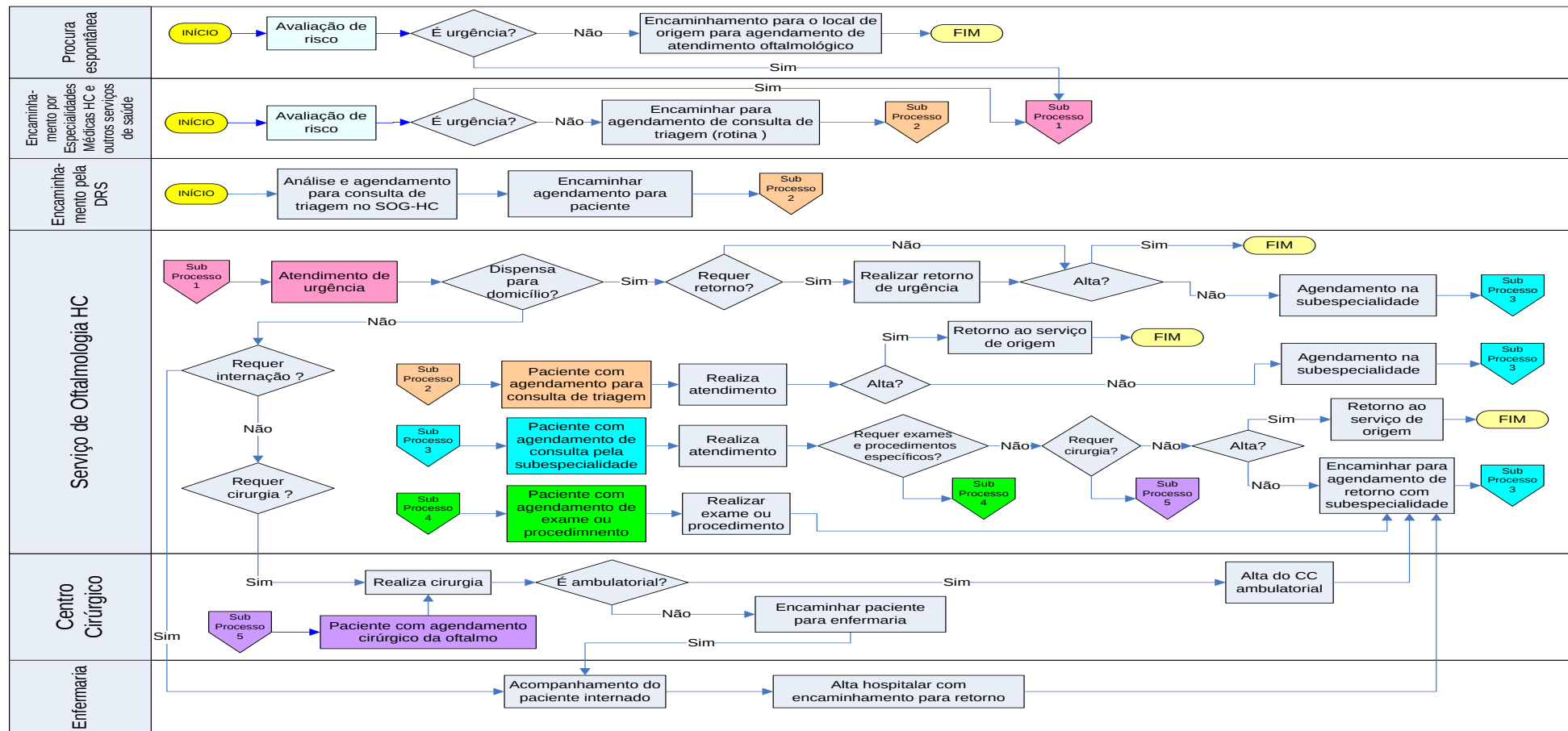
OFT.02 - MAPA DE RELACIONAMENTO FORNECEDOR / PROCESSO / CLIENTE



 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Denise Fornazari de Oliveira			
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011	
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL			OFT.03

OFT.03 - MACROFLUXO DO PROCESSO



 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

1. PROCESSOS GERAIS DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA GERAL – SOG

OFT. P1 – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PELO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA GERAL

SOG (SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA GERAL)

O SOG é a porta de entrada do Serviço de Oftalmologia, em assistência multidisciplinar, por meio de:

- Atendimento de Urgência (incluindo casos de úlcera de córnea);
- Atendimento de Retina (triagem);
- Realização de exame de fundo de olho.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

FUNCIONAMENTO

O atendimento de Urgência realiza-se de segunda a sexta-feira, das 7h00 às 19h00 e destina-se a pacientes agendados e não agendados, sem restrição do número de atendimentos diários.

Das 19h00 às 7h00 e aos sábados, domingos e feriados, o acesso para o atendimento é por meio da UER (adulto e infantil).

PACIENTES NÃO AGENDADOS

- Referenciados – pacientes encaminhados por diferentes serviços de saúde (públicos e privados) ou por oftalmologistas da região, mediante histórico oftalmológico focado na queixa do paciente;
- Não referenciados - procura espontânea de pacientes com queixa oftalmológica.

PACIENTES AGENDADOS

- Retornos – pacientes atendidos inicialmente pela Urgência e que necessitam de reavaliação;

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

- Úlceras – pacientes atendidos pela Urgência, com diagnóstico de úlcera de córnea que necessitam de reavaliação freqüente para acompanhamento e adequação do tratamento.

ACOLHIMENTO DO PACIENTE NÃO AGENDADO

ABORDAGEM

A abordagem do paciente no SOG é realizada no Balcão de Atendimento 1, pela equipe de enfermagem que efetua o acolhimento e verifica se o caso é referenciado ou não. Se houver encaminhamento, deve ser lido e avaliado.

Questionar o paciente / acompanhante sobre a queixa para verificar se o caso deve ser atendido pela Urgência ou pela rotina.

O profissional deve seguir um roteiro com perguntas claras, objetivas, cronológicas, com enfoque na queixa abordando, principalmente, a história da doença atual, antecedentes oculares e pessoais, conforme técnica de Anamnese Oftalmológica descrita na OFT.T01 – ANAMNESE OFTALMOLOÓGICA.

O profissional que executa a abordagem deve preencher o impresso próprio com as informações obtidas ou completar o encaminhamento do paciente.

DEFINIÇÃO DO TIPO DE ATENDIMENTO

Mediante as informações colhidas, o profissional deve direcionar o caso para atendimento de Urgência ou Rotina. Havendo dúvida sobre o direcionamento adequado, buscar orientação do enfermeiro ou do oftalmologista.

Com a definição do atendimento a ser prestado, a enfermagem deve orientar o paciente.

No caso de atendimento de rotina, preencher o impresso específico e encaminhar o paciente para o Setor de Agendamento do Serviço de Oftalmologia, onde um funcionário deve agendar o atendimento, conforme rotina da DAMPE ([dampe.pdf](#)).

Uma vez confirmada urgência, a enfermagem chama o paciente para a abertura da ficha de atendimento

ATENDIMENTO DE CASO DE URGÊNCIA NO SOG

ABERTURA DO BAU

A enfermagem deve preencher os dados de identificação da ficha de urgência, o impresso específico para a abertura do Boletim de Atendimento de Urgência (BAU) e encaminhar o paciente ao Setor de Agendamento do Serviço de Oftalmologia.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

O agendador deve emitir o BAU, considerando os códigos abaixo, para fins estatísticos da produção dos atendimentos da Oftalmologia Urgência:

- 28030 - Oftalmo Urgência Retorno;
- 1128250 - Oftalmo Urgência Primeiro Atendimento (PA);
- 28075 - Oftalmo Úlcera;
- 28062 e 28080 – Fundo de Olho Adulto e Infantil;

Os códigos 28058 e 28079 triagem adulto e infantil não serão computados na estatística de produção por não serem considerados atendimento de urgência.

O agendador deve orientar o paciente a retornar ao balcão 1, sem que haja a necessidade de entrar na fila para a entrega do BAU.

No caso de interconsultas de pacientes da UER, CAISM e outros serviços, também deve ser aberto o BAU oftalmológico. Para interconsultas de pacientes internados nas enfermarias do HC não há necessidade de abertura de BAU oftalmológico.

ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM

A enfermagem deve receber o BAU e conferir se o paciente possui número HC para a solicitação do prontuário junto ao SAM. Anexar os impressos para o atendimento: ficha de Urgência, BAU, encaminhamento e ficha azul.

Orientar o paciente a aguardar a chamada pelo nome, em frente ao Balcão 1.

Registrar, no livro de atendimento, o nome do paciente, horário e encaixar os impressos segundo a ordem de chegada dos pacientes.

O médico R2 deve avaliar, constantemente, as fichas de atendimento dispostas no balcão e delegar os atendimentos.

O médico (R1 ou R2) deve chamar o paciente e realizar a consulta:

- Anamnese oftalmológica;
- Acuidade visual;
- Biomicroscopia;
- Tonometria (se indicado);
- Fundo de Olho (se indicado);
- Exames complementares oftalmológicos (se necessários).

Discutir o caso com os superiores e, em conjunto, definir a conduta.

Realizar procedimentos necessários (retirada de corpo estranho e pseudomembranas, medicações, colocação de lente de contato terapêutica, etc).

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizzioli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

A enfermagem deve auxiliar o médico durante o atendimento:

- Instilação de colírios;
- Administração de medicações: IM, EV, oral;
- Lavagem ocular;
- Verificação de sinais vitais;
- Mensuração de Glicemia capilar;
- Auxílio no exame na lâmpada de fenda e de fundo de olho;
- Coleta de materiais para cultura;
- Curativos, dentre outros.

Ao término da consulta, o médico deve encaminhar o paciente com os impressos para a realização da pós-consulta de enfermagem, no balcão 1.

A enfermagem deve receber o paciente, conferir os impressos, verificar a conduta médica e, após, orientar o paciente para:

- Abertura de prontuário, se necessário;
- Agendamento de consultas e procedimentos (retorno, caso novo, interconsultas, exames laboratoriais e de imagem);
- Agendamento de exames oftalmológicos complementares;
- Encaminhamento para Serviço Social.

Organizar os impressos de atendimento, anexando-os no prontuário.

Acondiciona o prontuário, em local adequado, para que o funcionário do SAM faça o seu recolhimento ([sam.pdf](#)).

Encaminhar o BAU e a folha azul para o Setor de Agendamento do Serviço de Oftalmologia.

FECHAMENTO E FATURAMENTO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PROCEDIMENTO

O agendador deve dar baixa no atendimento, inserindo os dados de: horário de saída, diagnóstico e destino do paciente. O procedimento de fechamento do BAU está descrito em detalhes no manual de processo de Trabalho da Unidade de Emergência Referenciada ([emergencia.pdf](#)).

O BAU tem que ser encerrado no mesmo dia do atendimento (até a zero hora), não pode ser deixado para o dia seguinte.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

O agendador, após baixa, deve encaminhar o BAU, com a folha azul, para o funcionário responsável pelo faturamento.

O funcionário do faturamento, após a fatura, deve devolver o BAU à enfermagem da Oftalmo Urgência que procederá ao arquivamento deste em envelopes identificados com o mês e ano do atendimento.

Para pacientes de alta da Urgência e que não possuem matrícula, a ficha de atendimento deve ser arquivada no próprio serviço, em envelopes identificados, em ordem alfabética e ano do atendimento.

Para pacientes que tenham retorno na Oftalmo Urgência e não possuem matrícula, a ficha de atendimento deve ser arquivada no próprio serviço, em pastas suspensas, identificadas por ordem alfabética, possibilitando localização dos dados assistenciais para futuros atendimentos.

Para pacientes com matrícula, a ficha de atendimento deve ser anexada ao prontuário.

INTERNAÇÕES DE CASOS DE URGÊNCIA OFTALMOLÓGICAS

PROCEDIMENTO

Caso a conduta médica seja internação do caso de urgência, o médico residente deve verificar a disponibilidade de vaga dentre os leitos determinados para a Oftalmologia.

Caso não haja leito da Oftalmo, o residente deve negociar com outras especialidades e com chefe de plantão da UER o leito em que poderá internar o paciente.

Caso a conduta seja intervenção cirúrgica, o residente deve realizar o pedido de cirurgia, pelo sistema informatizado, informando o CC indicado ao caso.

A equipe de enfermagem deve organizar os impressos do atendimento (ficha de atendimento oftalmológico, BAU, prescrição médica, solicitação de exames, AIH e prontuário quando houver), entregá-los ao paciente / acompanhante e orientá-los a se dirigir ao Setor de Internação, localizado no 3º andar.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OFTALMOLÓGICA NA UER

RECEPÇÃO DA UER

DAS 19H00 ÀS 7H00, SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS

Realizar a emissão do BAU com o clínico de plantão.

Caso seja necessário atendimento oftalmológico, o BAU do clínico deve ser encerrado e aberto o BAU oftalmológico.

Acionar o oftalmologista de plantão pelo celular.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

Orientar ao paciente para aguardar a chegada do oftalmologista na UER.

MÉDICO/RESIDENTE DA OFTALMOLOGIA

Recepcionar o paciente na UER e acompanhá-lo até o SOG.

Realizar a consulta, os exames oftalmológicos indicados e estabelecer conduta.

Anotar na ficha de atendimento os exames realizados, hipóteses diagnósticas e condutas.

Anotar no BAU o horário de saída, diagnóstico e destino do paciente.

Realizar as orientações e preencher o impresso de retorno, se necessário.

Orientar o paciente a retornar na recepção da UER com o BAU oftalmológico.

Deixar a ficha de atendimento oftalmológico em local específico do SOG.

RECEPÇÃO DA UER

Receber e realizar a baixa do BAU oftalmológico.

Encaminhar o BAU para o serviço de faturamento.

RETORNO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA URGÊNCIA

PROCEDIMENTO

O paciente deve ser acolhido no Balcão 1 pela enfermagem que recebe o agendamento, conferindo data, horário e tipo de atendimento (urgência ou úlcera de córnea).

Caso o paciente tenha matrícula, pegar o prontuário disponibilizado pelo SAM, sendo utilizado para estas situações o código 28030.

Caso o paciente não tenha matrícula, solicitar emissão do BAU para possibilitar a fatura do atendimento. Resgatar atendimento anterior em pasta organizada por ordem alfabética.

Anexar a folha azul e o agendamento, anotar no livro de registro da Urgência e dispor sobre o balcão para a equipe médica.

Para pacientes com diagnóstico de úlcera de córnea, a enfermagem deve solicitar abertura de prontuário, após o 1º atendimento, devendo utilizar o código específico 28075 para o agendamento dos retornos.

Para pacientes que necessitam de acompanhamentos frequentes na Oftalmo Urgência, a enfermagem deve solicitar abertura de prontuário, utilizando o código 28030 para o agendamento dos retornos.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DRS VII, DAMPE, Enfermaria, UER, CCA, Anestesistas, Laboratório de Patologia Clínica

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura



Manual de Processos de Trabalho
OFTALMOLOGIA
Implantação
30/09/2011

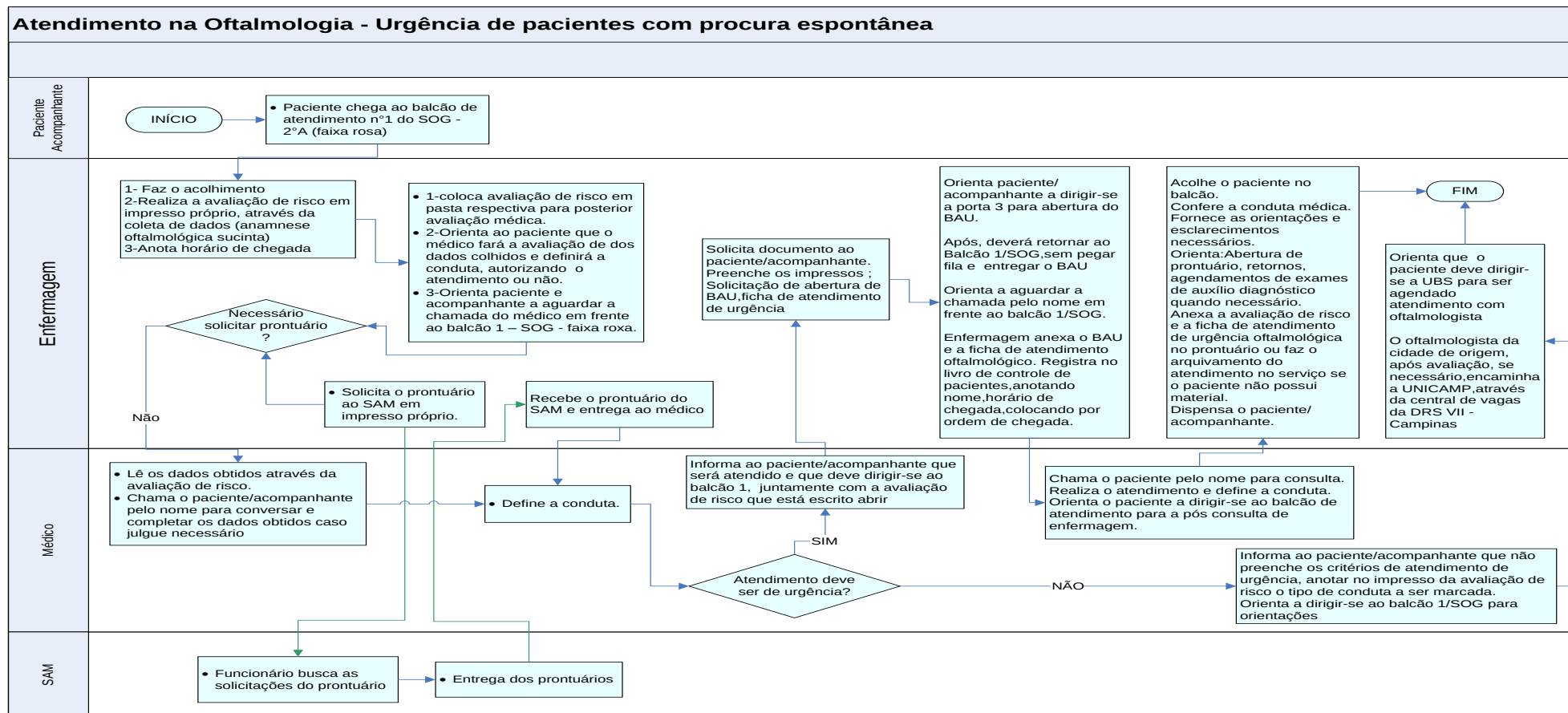
Revisão
Nº: 001
Data:
30/09/2011



PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA

OFT.P1

Fluxograma para atendimento de urgência de pacientes com procura espontânea

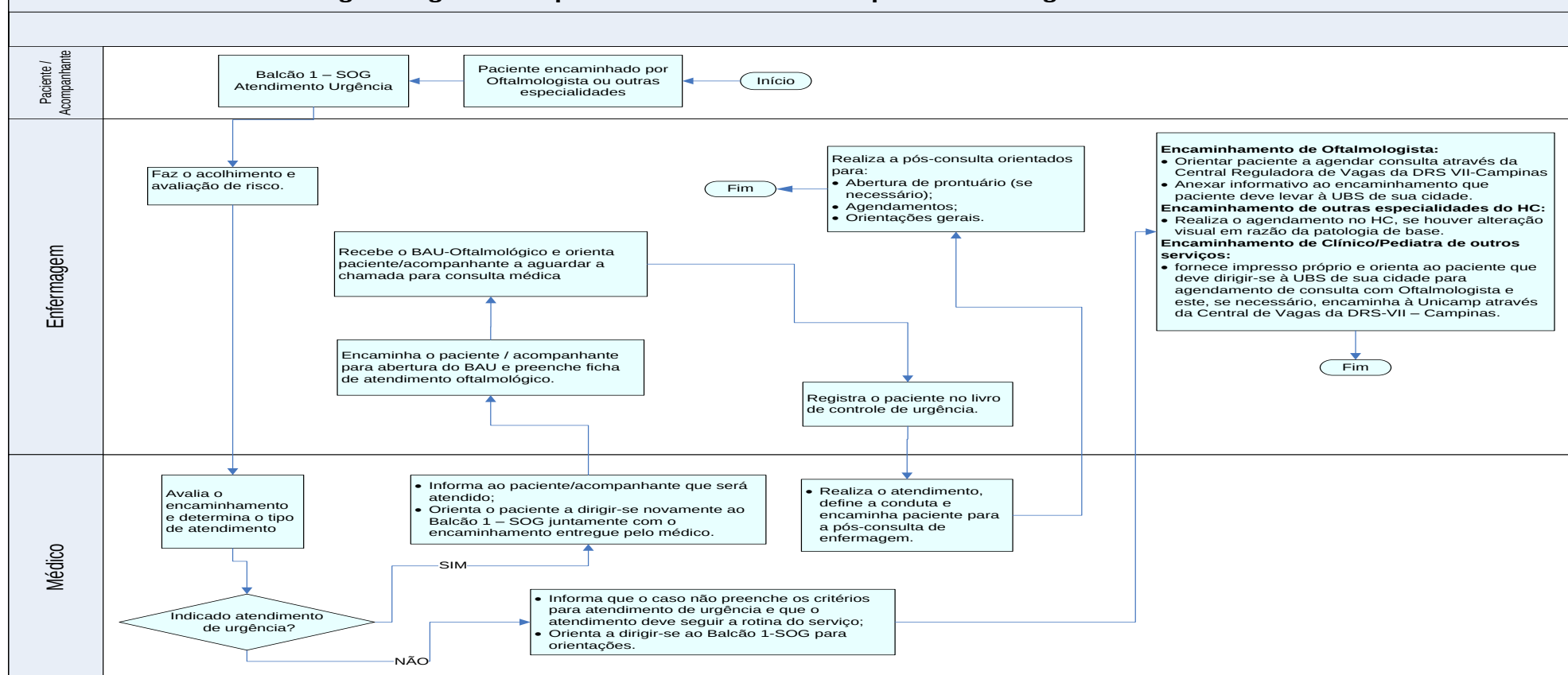


Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon			
Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH	Data: 30/09/2011
Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	SST	Data: 30/09/2011
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P1

Fluxograma para atendimento de urgência de pacientes encaminhados

Atendimento na Oftalmologia - Urgência de pacientes encaminhados por Oftalmologista ou outros médicos do HC e rede



 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Dr ^a Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P2

OFT.P2 – ATENDIMENTO DE TRIAGEM DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA GERAL

CONCEITO

Tiagem consiste no primeiro atendimento oftalmológico onde se realiza anamnese oftalmológica completa, teste de acuidade visual, exame de refração, biomicroscopia, tonometria, fundo de olho e exames complementares (Ishihara, Amsler, Shirmer). Mediante esta avaliação, é determinado o diagnóstico, a conduta e direcionamento para:

- Acompanhamento pelas subespecialidades oftalmológicas do HC;
- Retorno ao Serviço de origem;
- Alta.

PROCEDIMENTO

O acolhimento é realizado no Balcão de Atendimento 1. O atendimento é realizado no salão da Urgência do SOG.

Este atendimento destina-se a pacientes encaminhados de outras especialidades do HC (interconsultas ambulatoriais) e a pacientes externos agendados via central de vagas da DRSVII Campinas.

O agendamento tem vagas limitadas, sendo 16 pacientes por dia, de 2ª a 6ª feira (adulto/infantil).

São cedidas 80% das vagas (adulto/criança) à central de vagas da DRSVII, que administra os agendamentos.

Estão disponíveis, no sistema de informática, 20% das vagas para uso interno de outras especialidades do HC/UNICAMP, que solicitam avaliação oftalmológica. Estas solicitações são analisadas pela enfermagem e, se necessário, pelos médicos no balcão de Atendimento 1:

- Quando a doença de base (ex: DM, HAS etc) puder levar a comprometimento oftalmológico, agenda-se a triagem.
- Quando a queixa ocular não estiver relacionada à doença de base (ex: refração), os pacientes são orientados a agendar consulta com oftalmologista na cidade de origem e após, caso necessário, o paciente poderá ser encaminhado ao Serviço de Oftalmologia do HC, através da central de vagas DRSVII-Campinas.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P2

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DRS VII, Especialidades Médicas HC, DAMPE

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura



Manual de Processos de Trabalho
OFTALMOLOGIA
Implantação
30/09/2011

Revisão
Nº: 001

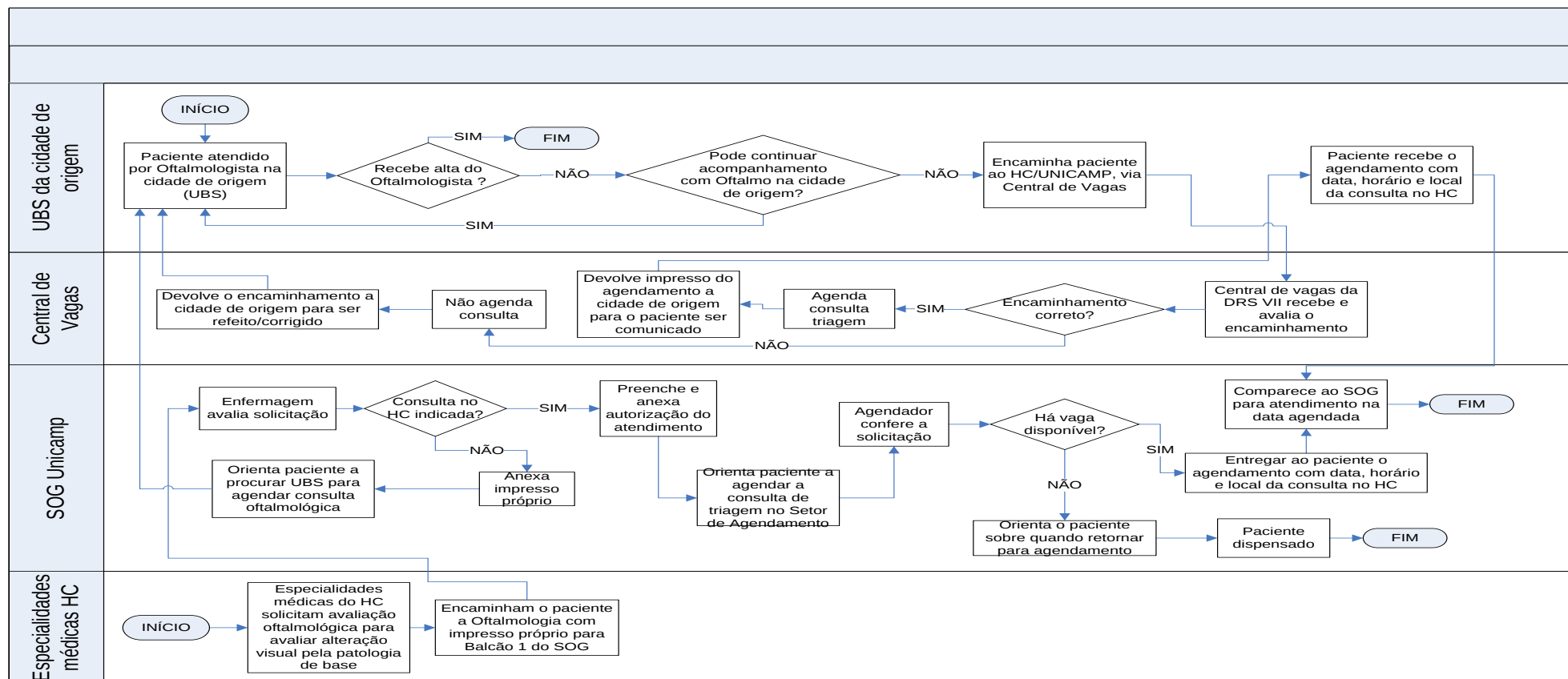
Data:
30/09/2011



PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA

OFT.P2

Fluxograma para agendamento do SOG (triagem) adulto e infantil



	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos					
	Responsável pela área Data: 30/09/2011		CCIH Data: 30/09/2011		SST Data: 30/09/2011	
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira		Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura		Assinatura	

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P3

2. SUB-ESPECIALIDADES DO SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA

OFT.P3 – ROTINAS GERAIS PARA O ATENDIMENTO PELAS SUB-ESPECIALIDADES DA OFTALMOLOGIA

OBJETIVOS

Destina-se ao atendimento de pacientes que já foram submetidos a exame oftalmológico prévio, onde foi constatada a necessidade de acompanhamento e/ou tratamento oftalmológico especializado, consultas, exames para fins de auxílio diagnóstico e procedimentos específicos. É realizado no Balcão 2 do Serviço de Oftalmologia.

Recebe pacientes encaminhados do SOG-HC, Divinolândia, Sumaré, AMES (Rio Claro, Santa Bárbara D'oeste, Limeira) e DRSVII.

O atendimento diário é programado mediante mapa pré-estabelecido de acordo com as sub-especialidades da oftalmologia.

ATENDIMENTO DE PACIENTES AGENDADOS

ACOLHIMENTO DO PACIENTE

O atendimento do paciente no balcão 02 é realizado rotineiramente por um auxiliar administrativo, sendo que existe uma técnica de enfermagem escalada diariamente para auxiliá-la nesta tarefa, sempre que necessário.

Antes de iniciar os atendimentos do dia, os prontuários são organizados, segundo a sub-especialidade, em ordem numérica crescente da matrícula, visando agilizar a localização deste para o atendimento.

Na abordagem do paciente, a auxiliar administrativa deve receber o impresso e conferir o nome do paciente, a data e o horário da consulta/exame/procedimento.

Deve destacar o impresso de agendamento, deixando com o paciente o impresso do agendamento anterior, de maneira a norteá-lo mediante imprevistos durante o atendimento, visto que este documento possui todos os encaminhamentos feitos pelo oftalmologista na última consulta.

Para consultas de caso novo de catarata, agendadas com pré-matrícula através da central de vagas, ou se paciente não possui HC, este deve ser orientado a dirigir-se ao 3º andar (setor de agendamento) para abertura de prontuário. Ao retornar para o balcão 02, para a entrega do prontuário, não há necessidade de aguardar na fila. Nesses casos,

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P3

além do impresso de agendamento, deve ser anexado ao prontuário o encaminhamento contendo consulta oftalmológica do serviço de origem do paciente.

Orientar o paciente para aguardar a chamada pelo nome em frente ao balcão 02.

A técnica de enfermagem (nº 1) localiza o prontuário previamente separado por sub-especialidade, confere o nome e HC do paciente, anexa ficha azul e o impresso de agendamento.

A técnica de enfermagem (nº 2) encarta os prontuários nos escaninhos ou dentro das pastas personalizadas dos residentes.

O médico deve chamar os pacientes para atendimento de acordo com a sub especialidade para a qual está escalado naquele dia.

O médico deve chamar os pacientes pelo microfone, esperá-los e encaminhá-los até a sala de atendimento para evitar que fiquem perdidos pelo caminho.

O médico realiza a consulta/procedimento/ exame.

ATENDIMENTOS DE PACIENTE POR ENCAIXE

ACOLHIMENTO DO PACIENTE

A auxiliar administrativo ou a enfermagem deve realizar o acolhimento do paciente, verificando se possui matrícula HC:

- Se o paciente possui matrícula, deve ser preenchido um impresso de atendimento específico;
- Se o paciente não possui matrícula, deve ser preenchido o impresso destinado aos casos de pré-matrícula.

A auxiliar administrativa ou a enfermagem deve orientar o paciente a dirigir-se ao Setor de Agendamento da Oftalmo e retornar ao balcão, sem necessidade de entrar na fila novamente.

No retorno do paciente, receber o impresso registrado e preencher a Folha Azul do Faturamento com a data do atendimento, código da sub especialidade, número do HC ou pré-matrícula e anexar a solicitação do atendimento.

Orientar o paciente a aguardar a chamada pelo nome, em frente ao balcão 2.

Encartar estes impressos no escaninho da sub especialidade ou na pasta personalizada do médico, conforme indicação da solicitação para o atendimento.

Para pacientes que foram atendidos com número de pré-matrícula será necessária abertura de prontuário após o atendimento, caso o paciente permaneça em tratamento / acompanhamento na Oftalmo do HC.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P3

Semanalmente, a técnica de enfermagem da área, deve fazer relação de remessa ao SAM constando as fichas de atendimento de encaixe cujos pacientes têm matrícula, para que sejam anexadas ao prontuário.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE, SAM

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P4

2.1. CATARATA

OFT.P4 – AMBULATÓRIO DE CATARATA

DEFINIÇÃO E TIPOS DE CATARATA

Catarata é o nome dado a qualquer opacidade no cristalino relacionada ou não a alteração da visão. O cristalino é uma estrutura transparente, biconvexa, e elástica situada atrás da íris. A transparência do cristalino depende do arranjo regular das fibras componentes. A opacidade é explicada por alterações físico-químicas dessas fibras. As alterações de transparência do cristalino causam embaçamento da visão. A opacificação pode ser muito lenta e a alteração da visão pode não ser percebida até que esteja muito diminuída.

TIPOS DE CATARATA

A catarata pode ser classificada utilizando-se vários critérios, entre eles a época de aparecimento, o diagnóstico etiológico, morfologia e densidade da opacidade.

Em relação a época de aparecimento a catarata pode ser:

- Congênita ou infantil;
- Adquirida:
 - Senil;
 - Complicada.

As cataratas congêntas podem se apresentar ao nascimento, sendo estáveis ou progressivas ainda nos primeiros anos de vida. Podem ser uni ou bilaterais e, em cerca de 50% dos casos estão presentes outras alterações oculares ou sistêmicas.

As cataratas senis aparecem mais frequentemente após os 50 anos de idade e os indivíduos com mais de 70 anos tem pelo menos algum grau de opacificação. As cataratas complicadas ocorrem por doenças sistêmicas ou oculares.

Em relação a etiologia os tipos mais frequentes estão apresentados no quadro abaixo:

Congêntas	Adultos - Complicadas
• Infecciosas (rubeola, citomegalovirus, toxoplasmose, lues); • Hereditária; • Alterações enzimáticas; • Alterações cromossômicas.	• Metabólicas (diabetes, alterações no metabolismo do cálcio); • Drogas (corticosteroides, clorpromazina); • Radiação; • Doenças nutricionais; • Alterações oculares: ○ Uveíte; ○ Trauma ocular; ○ Exfoliação e pseudoexfoliação; ○ Glaucoma; ○ Neoplasia intraocular.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P4

Morfologia	Densidade
• Nuclear • Cortical anterior e posterior, central e periférica • Subcapsular anterior e posterior • Polar anterior ou posterior	• Incipiente • Intumescente • Madura • Hipermadura • Morganiana

PRINCIPAIS SINTOMAS DOS DIFERENTES TIPOS DE CATARATA NO ADULTO

A catarata pode afetar a visão em vários aspectos. As alterações mais comuns encontradas são:

- Miopia: comum nas opacidade nucleares. O envelhecimento do cristalino produz uma hipermetropia gradual no paciente. Quando este desenvolve uma opacidade nuclear do cristalino ocorre uma alteração na refração e aparece a miopia.
- Astigmatismo.
- Diplopia monocular: é uma queixa comum dos pacientes com catarata cortical, mas também pode aparecer nos casos de catarata nuclear.
- Redução da sensibilidade de contraste: sensibilidade de contraste é a medida do grau de contraste requerido para detectar ou reconhecer um alvo. Todo tipo de catarata reduz a sensibilidade do contraste, principalmente o tipo subcapsular posterior.
- Glare: todas as formas de catarata causam glare, especialmente a cortical e a subcapsular posterior. Isto significa que pacientes com redução da visão por catarata pioram ainda mais quando em ambiente muito iluminado.
- Alteração nas cores: os pacientes com catarata não percebem o quanto a visão de cores está prejudicada até serem operados. As alterações são mais importantes na catarata nuclear.
- Transmissão de luz reduzida.
- Perda de campo visual.
- Diminuição da acuidade visual.
- A catarata afeta a visão de várias formas e o teste de acuidade visual somente é insuficiente para detectar. A natureza destes efeitos varia com o grau de opacidade e com a morfologia.

IMPORTÂNCIA DA CATARATA SENIL E CONGÊNITA COMO CAUSA DE CEGUEIRA

A catarata é uma doença de importância mundial. É a principal causa de cegueira no mundo e a doença oftalmológica de maior prevalência. Tem sido apontada como responsável por cerca de 40 a 70% dos casos de cegueira em países em desenvolvimento, atingindo 17 milhões de pessoas.

A cegueira por catarata incapacita o indivíduo, aumenta sua dependência, reduz a condição social, a autoridade dentro da família e da comunidade e o aposenta precocemente da vida. Diferentemente da maioria das condições degenerativas e incapacitantes, a cegueira por catarata é curável. A restauração da visão pela cirurgia de

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira			
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011	
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica	
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P4

catarata produz benefícios econômicos e sociais para o indivíduo, sua família e a comunidade.

Cataratas congênitas são anormalidades oculares que representam uma importante causa de baixa acuidade visual na infância e uma das causas tratáveis. É a principal causa de deficiência visual no grupo de 0 a 3 anos, e a terceira causa no grupo de 4 a 7 anos.

O prognóstico visual está diretamente relacionado com a idade com que o diagnóstico é feito e o tratamento instituído.

TRATAMENTO DA CATARATA

CATARATA DO ADULTO

Apesar de haver aproximadamente 50 produtos ditos úteis para evitar ou reverter opacificações do cristalino, não existe atualmente nenhuma evidência científica que comprove sua eficácia clínica. Entre as drogas testadas estão compostos inorgânicos, vitaminas, agentes contendo sais de enxofre, formulações nutricionais, extratos de produtos naturais e miscelânea de produtos orgânicos. A dilatação da pupila pode ser útil em casos com opacidade pequena e central. Nos casos incipientes os óculos podem ser úteis na melhora da acuidade visual.

Nos casos de opacificações acentuadas com diminuição da visão o tratamento é a remoção cirúrgica com implante de lente intraocular. Atualmente as técnicas cirúrgicas mais utilizadas são:

- Extração extracapsular;
- Facoemulsificação.

CATARATA INFANTIL

Alguns fatores devem ser considerados para a indicação de cirurgia em crianças, como idade do aparecimento da opacidade, intensidade da opacificação, uni ou bilateral, outras alterações oculares associadas.

A criança apresenta um período crítico de desenvolvimento da visão que vai desde o nascimento até os 6 anos de vida, sendo que os primeiros meses são os mais importantes. Anormalidades oculares nesta idade podem impedir o desenvolvimento normal da visão, daí a necessidade de tratamento precoce. O reflexo de fixação nas crianças se estabelece por volta dos 2 meses de idade. Quando há alteração visual o reflexo não se desenvolve e aparece o nistagmo. A partir deste momento o prognóstico visual piora muito.

O tratamento depende da intensidade da opacidade do cristalino. Em casos incipientes, a visão é pouco alterada e a criança é somente acompanhada pelo oftalmologista ou pode haver necessidade de óculos e tratamento com oclusão. Quando a opacidade é importante o único tratamento é a cirurgia dentro do menor prazo possível.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P4

As técnicas cirúrgicas utilizadas são:

- Extração extracapsular;
- Facoemulsificação;
- Lensectomia via pars plana.

Em crianças dependendo da idade e do tamanho do olho pode ou não ser implantada a lente intraocular.

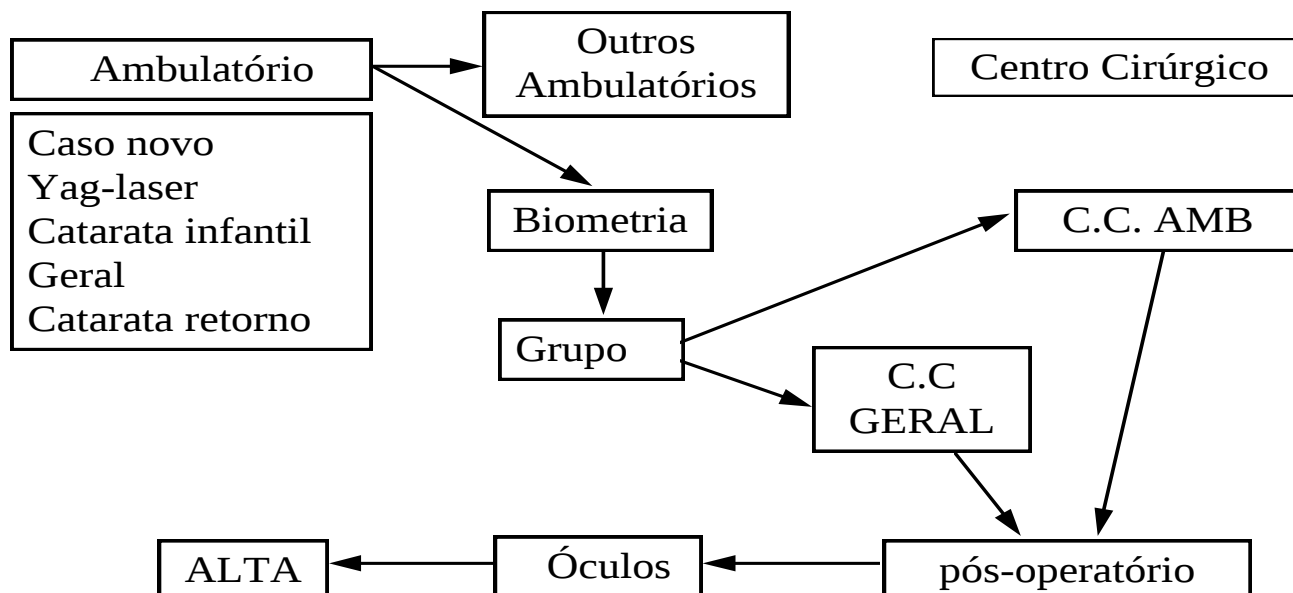
AMBULATÓRIO DE CATARATA

O ambulatório de catarata funciona 4 períodos por semana:

- Segunda-feira de 08h00 às 12h00;
- Quarta-feira de 08h00 às 12h00;
- Quinta-feira de 13h00 às 18h00;
- Sexta-feira de 13h00 às 18h00.

Os pacientes chegam ao ambulatório de oftalmologia encaminhados da rede pública para o Setor de Oftalmologia Geral (SOG) aonde são triados e encaminhados às diversas especialidades, entre elas catarata. Outras especialidades também podem referir pacientes ao ambulatório de catarata (retina, glaucoma, uveíte, neuroftalmo, externas, plástica, estrabismo). Quando há indicação de cirurgia, os pacientes são encaminhados imediatamente à biometria e agendados para o grupo de orientação pré-operatória. Neste dia é agendada a cirurgia sob anestesia local ou geral. No pós-operatório são realizadas aproximadamente 7 consultas, com alta prevista por volta de 2 meses.

Fluxograma do ambulatório de catarata



	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P4

CIRURGIA DE CATARATA

Nas salas cirúrgicas 4 e 5 do CC Ambulatorial destinadas à catarata serão agendadas 6 cirurgias por dia, seguindo a escala abaixo.

Salas 4 e 5 – Horário cirúrgico	Equipe
• 07h30 até 09h30 • 09h45 até 11h30	• R2 com supervisor
• 11h45 até 12h45 • 13h00 até 14h00	• R3 e outros
• 14h30 até 16h15 • 16h30 até 18h15	• R2 com supervisor

O primeiro e o último horário será utilizado pelo residente do 2º ano que está iniciando sua formação, levando mais tempo para a realização de cirurgia. O horário intermediário será do cirurgião mais experiente e portanto mais rápido (R3, R4, outros).

Para que a programação seja cumprida alguns pontos importantes devem ser observados:

- Os pacientes dos dois primeiros horários deverão chegar ao centro cirúrgico às 07h00. Os pacientes dos dois últimos horários devem chegar às 12h00.
- Às 07h30 o primeiro paciente será encaminhado à sala da cirurgia.
- A anestesia deverá ser realizada pelo cirurgião disponível, bem como instalada venoclise periférica pela auxiliar de sala.
- Não poderá haver atraso das equipes médicas ou do funcionamento das salas do CCA.
- O R2 deverá ser sempre assistido por um supervisor previamente designado.

CUIDADOS IMPORTANTES PARA O PACIENTE NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

É muito importante que o paciente se sinta seguro e confiante em relação a cirurgia, e para que isso seja possível ele deve saber exatamente o que vai acontecer e como ele pode colaborar para que tudo corra da melhor forma possível. É preciso gastar tempo com o paciente e com os familiares para esclarecer todas as dúvidas, por mais simples que sejam. Informações escritas são muito valiosas, na forma de folhetos explicativos e também vídeos.

Todos os cuidados pré-operatórios devem estar listados, como: jejum ou alimentação recomendada, medicação prescrita, vestuário, higiene e horários.

No pós-operatório deve-se ter o cuidado de orientar quanto a: curativos, medicação, atividades físicas permitidas.

A orientação pré e pós operatória e a assistência ao paciente no Centro Cirúrgico consta no capítulo 6. CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS deste manual.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P4

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CCA, Laboratório de Patologia Clínica

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

2.2. DOENÇAS EXTERNAS

OFT.P5 – CERATITES

INTRODUÇÃO

A córnea é uma estrutura avascular constantemente banhada por um filme lacrimal repleto de microorganismos. As pálpebras e a lágrima formam uma barreira natural às infecções. As pálpebras promovem uma barreira física e a lágrima promove uma lubrificação mecânica que lava os microorganismos, além de conter substâncias antimicrobianas: linfócitos, imunoglobulina (IgA, IgG, IgD, IgE), lisozima, lactoferrina, betalissina, ceruroplasma e componentes do complemento.

A maioria das infecções corneanas ocorre após trauma ou em pacientes com comprometimento do sistema imunológico. Condições locais que favorecem a infecção são: defeitos de lubrificação (olho seco ou obstrução do canal lacrimal), defeitos na integridade epitelial, (bolhosa, queimadura, abrasão por lente de contato, herpes simples), inervação alterada (ceratite neurotrófica), blefarite, malposição palpebral e cílios (lagofalmo, triquíase). Corticoide tópico, colírio anestésico e drogas antivirais podem diminuir os mecanismos imunológicos tardios. Alterações sistêmicas associadas a alcoolismo, deficiência vitamínica, queimaduras extensas, imunossupressão, podem estar associadas à diminuição da imunidade corneana.

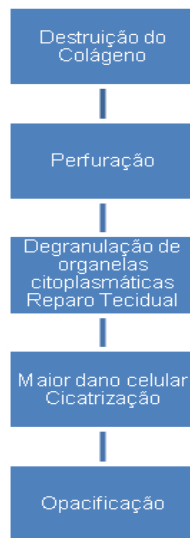
O primeiro determinante para uma infecção grave é a virulência do agente; o segundo é o estado do hospedeiro e da córnea. A aderência do *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa* à borda do defeito epitelial é maior do que em outros organismos. *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Listéria* e *Hemophilus aegyptius* são as únicas formas que podem penetrar em epitélio íntegro.

PATOGÊNESE DA INFECÇÃO

Defeito Epitelial=> Adesão do Microorganismo=> Invasão => Multiplicação => Disseminação=> Liberação de Toxinas Bacterianas=> Estimulação de fator Quimiotático => Migração de PMN do Limbo (O Próprio Agente, Linfócitos, Complexo Ag-Ac Ou Complemento) =>Destruição do Colágeno

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5



A perda visual está diretamente relacionada ao grau desta infiltração inflamatória, fagocitose, morte celular, liberação de enzimas proteolíticas e dano endotelial. Células epiteliais e PMN destruídos favorecem a formação de collagenase e proteoglicanase que contribuem, mais tarde, para lesão estrutural da córnea.

Os corticoides podem favorecer a infecção por germes oportunistas e também alterar os sinais clínicos da infecção. A interrupção abrupta do corticoide pode favorecer o ressurgimento da inflamação estromal e necrose.

O uso de antibióticos aos quais o agente não é sensível ou em doses inadequadas pode mascarar os sinais típicos da infecção. A toxicidade de vários agentes pode por si produzir um quadro clínico que sugere uma infecção: lesão epitelial e estromal, múltiplos focos de infiltrados e reação de câmara anterior.

CERATITES BACTERIANAS

INCIDÊNCIA E ETIOLOGIA

Entre as ceratites infecciosas, a bacteriana é a mais comum, sendo em algumas situações de difícil diagnóstico por se assemelhar a outras doenças inflamatórias e infecciosas da córnea.

As bactérias causadoras de ceratite podem ser divididas em quatro grupos que correspondem a 90% dos agentes isolados no raspado corneano: Micrococcaceae, Strptococcus sp., Pseudomonas sp. e Enterobacteriaceae.

QUADRO CLÍNICO

Não existem sinais e sintomas biomicroscópicos específicos que confirmem a infecção ou determinem o agente causador. Geralmente a lesão apresenta exsudato mucopurulento aderido à úlcera, infiltrado estromal focal, infiltrado celular difuso no estroma adjacente, reação de câmara anterior, além de achados inespecíficos como: edema palpebral e

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

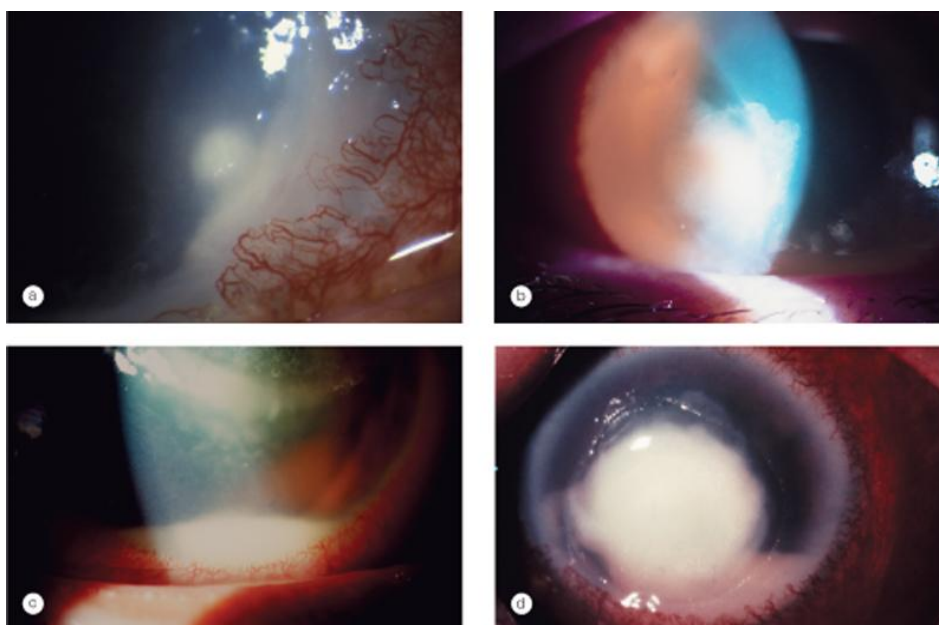
secreção purulenta. Os sintomas também são inespecíficos como: diminuição da visão, fotofobia, dor, lacrimejamento e hiperemia. (Fig. 7)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico e laboratorial. Na suspeita de infecção corneana deve-se colher material através de raspado da lesão e realizar exame direto (citologia e bacterioscopia) e cultura.

TRATAMENTO

O tratamento inicial deve se basear na suspeita clínica. Dentre as ceratites infecciosas a bacteriana é a mais freqüente, apresentando evolução rápida, sendo assim deve-se iniciar o tratamento com antibióticos tópicos de largo espectro logo após a coleta do material.



© 2007 Elsevier Ltd. Kanski: Clinical Ophthalmology 6e

CERATITES BACTERIANAS

MICROORGANISMOS MAIS FREQUENTES:

- *S. Aureus* (+);
- *S. epidermidis* (+);
- *Strepto pneumoniae*;
- *Streptococos* sp.;
- *Pseudomonas aeruginosa* (-).

MICROORGANISMOS MENOS FREQUENTES:

- *Neisseria* sp. (-);
- *Moraxella* sp.;

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

- *Mycobacterium sp.*;
- *Nocardia sp.*;
- *Corynebacterium sp.*

A maioria das ceratites bacterianas é tratada, com sucesso, pelo tratamento empírico. Cultura e antibiograma, no início, para identificar microorganismos resistentes ou fazer se não responsiva ao tratamento empírico e evolução ruim.

- Quinolonas de 4ª geração mais eficazes para Gram+;
- Quinolonas de 2ª e 4ª geração não tem diferença para tratamento Gram-;
- Coco G+: Cefalotina/Cefazolina (*S. aureus*) ou Vancomicina (*S. pneumoniae*) ou Quinolonas;
- Bacilo G-: Gentamicina, Tobramicina, Ceftazidima e Amicacina;
- Cocos G-: Ceftriaxona e Ceftazidima (*N. gonorrhoeae*);
- *Mycobacterium*: Amicacina.

Corticoide

Revisão literatura de 1950 a 2000 sobre o uso de corticosteroides em ceratite bacteriana. Uso ainda controverso; nenhum estudo se mostrou estatisticamente significativo de vantagens do uso.

Uso prévio aumenta risco de ceratite bacteriana em olhos com doenças crônicas e aumenta porcentagem de falha no tratamento da ceratite com antibióticos e de complicações infecciosas.

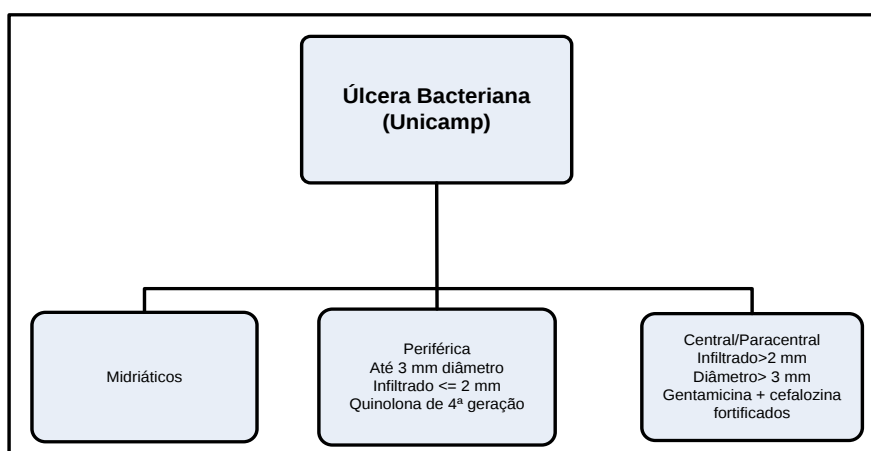
PROTOCOLO AAO

Adjuvantes: cicloplégicos, corticoide (?), suspender LC e controle da dor;

Modificar terapia: resposta ao tratamento insuficiente, não responsivo ao tratamento com cultura disponível ou em virtude dos resultados do antibiograma;

Intervenções cirúrgicas: Tx, cola (pequena perfuração) ou tarsorrafia (não fechamento da úlcera).

Fluxogramas de tratamento de ceratites bacterianas



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

CERATITES FÚNGICAS

ETIOLOGIA

- Fungos Filamentosos: *Fusarium sp* (60%), *Aspergillus sp* (11%), *Penicillium sp* (7%) e *Scedosporium sp* (6%);
- Fungos Leveduriformes: *Candida sp* (64%).

AGENTES ANTIFÚNGICOS

- Polienos: Anfotericina B e Natamicina;
- Azóis: Cetoconazol, Itraconazol, Fluconazol e Voriconazol;
- Ligam-se ergosterol da membrana celular fúngica.
- Aprovados pelo FDA para uso tópico: Nistatina, Anfotericina e Voriconazol.



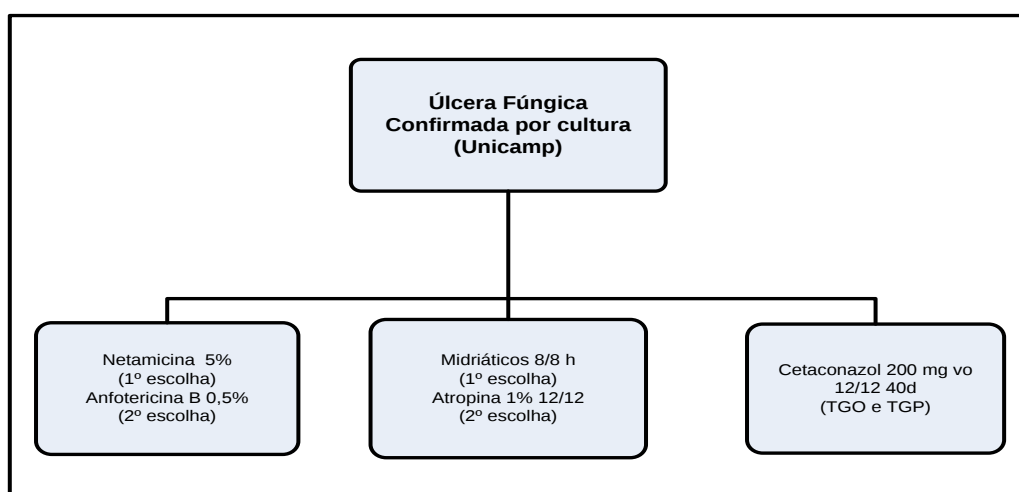
POLIENOS:

- Droga de escolha Fungos Filamentosos;
- Baixa penetração no estroma corneano (debridamento é necessário);
- Anfotericina pode ser usada para endoftalmite fúngica;
- Anfotericina é tóxica para estruturas intraoculares e superfície ocular.

AZÓIS:

- Usado como adjuvante no tratamento (normalmente como uso sistêmico);
- Baixa penetração intraocular;
- Nova geração: Voriconazole, Posaconazole e Ravuconazole;
- Voriconazole: promessa no tratamento.

Fluxograma de tratamento de ceratites fúngicas



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

CERATITES PARASITÁRIAS

INCIDÊNCIA E ETIOLOGIA

As infecções parasitárias do olho e anexos são uma forma de simbiose entre os dois organismos, o que demonstra uma associação próxima dos dois.

A *Acanthamoeba* sp é um protozoário de vida livre que habitualmente vive no solo e água, pode ocasionalmente infectar o olho, causando ceratite.

De fato o grande aumento no número de casos está associado à má higiene das lentes de contato, especialmente uso de solução salina de preparo caseiro, maneira imprópria de limpeza das lentes, uso das lentes em piscinas (as acantamebas consistem 43,5% das amebas das piscinas).

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico inicial leva à dor forte com ceratite superficial que freqüentemente é confundido com herpes simples o que retarda o diagnóstico e tratamento corretos. Há desconforto e borramento da visão como em qualquer outra infecção ocular; dor intensa, muitas vezes não compatível com os achados clínicos.

DIAGNÓSTICO

Deve-se suspeitar de úlcera por acantameba em pacientes de risco (usuários de LC que não realizam desinfecção corretamente, ou que nadaram com as lentes), traumas pequenos, lesão epitelial dendritiforme ou úlceras indolentes que não respondem bem ao tratamento convencional.

TRATAMENTO

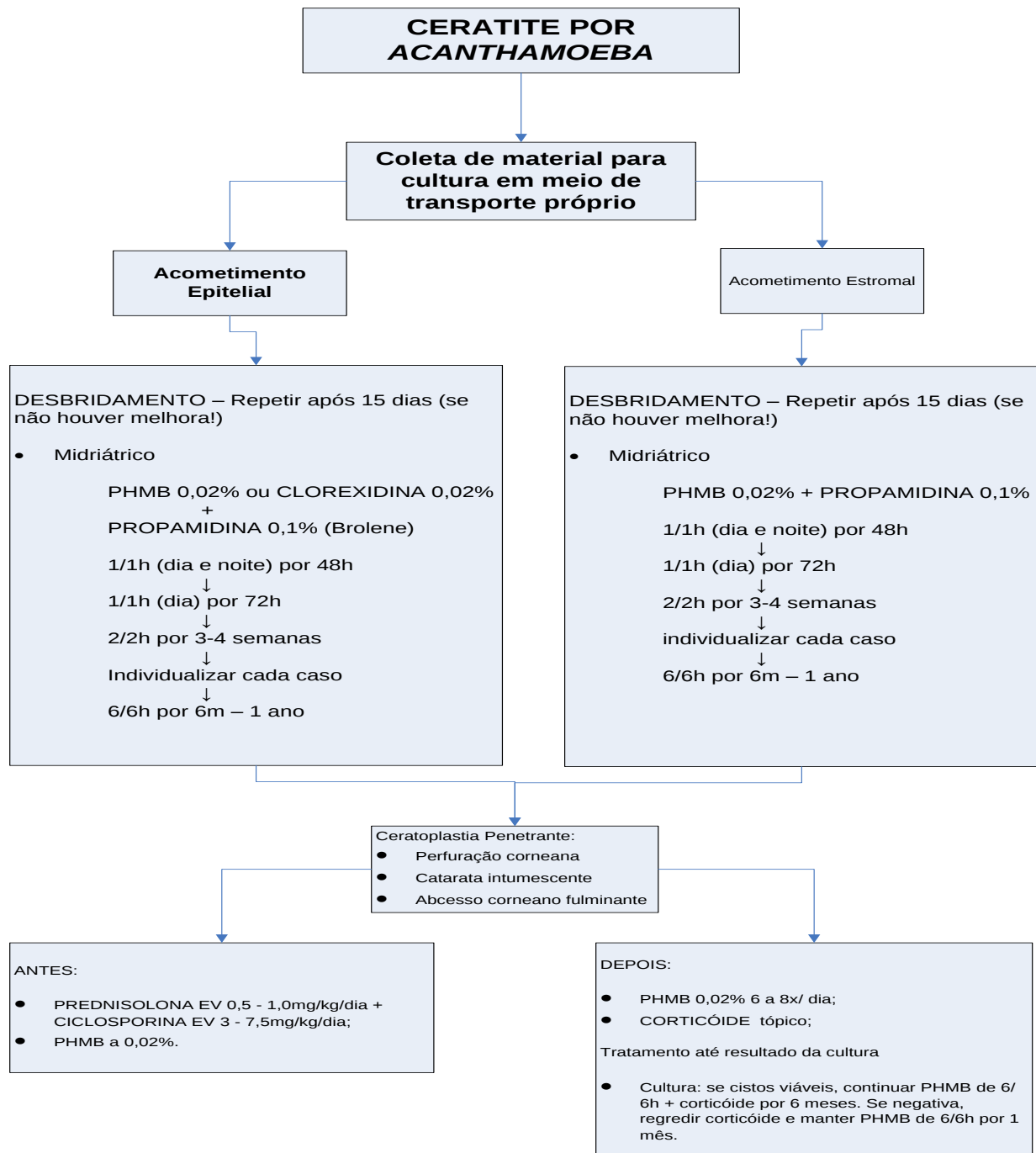
O diagnóstico precoce aumenta a possibilidade de cura.

- Drogas Tópicas-
 - Desinfetantes catiônicos - Polyhexametil biguanida 0.02% (PHMB) (Biguanidina) e Clorexidina;
 - Isotianato de propamidina 0,15% (Brolene);
 - Aminoglicosídeos = Sulfato de neomicina – polimixina B- gramicedina;
 - Antifúngicos imidazólicos (miconazol 1-2%);
- Transplante.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

Fluxograma de tratamento de ceratites por Acanthamoeba



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

CERATITES VIRAIS

HERPES SIMPLES

O herpes simples tipo I é o mais importante agente etiológico das doenças externas oculares. A ceratite herpética pode ser epitelial infecciosa, trófica, estromal e ceratouveite.

QUADRO CLÍNICO

- Doença ocular primária: freqüentemente aparecem vesículas ao redor do olho que ulceram, podendo ser acompanhado de conjuntivite folicular, ceratite punctata e dendritos corneanos;
- Doença ocular recorrente: pode manifestar-se por conjuntivite, blefarite, úlceras geográficas, úlceras epiteliais neurotróficas, ceratite estromal, ceratouveíte.

CERATITE EPITELIAL

A infecção epitelial é causada pela ação replicação do vírus que se inicia com uma ceratite leve, evoluindo para formação de dendritos únicos ou múltiplos, apresentando bulbos terminais. Úlceras geográficas podem se formar, sendo maiores, com bordas elevadas e podem estar associadas ao uso prévio de corticoide ou infecção crônica.

CERATITE ESTROMAL

A fisiopatogenia não é bem conhecida. Não se sabe se ocorre pura manifestação imunológica ou se há infecção viral ativa. Clinicamente podem ser divididas em supurativas (predomina infiltrado branco-acinzentado pela necrose), não supurativo (predomínio de edema) e mista.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

deve ser feito com ceratites parasitárias, fúngicas e tóxicas (colírio anestésico)

TRATAMENTO

Infecção primária

Há controvérsias, pois se acredita que o quadro seja benigno e autolimitado. Recomenda-se tratamento das lesões próximas ao olho e do olho, quando comprometido com medicamentos tópicos. Lesões extensas podem ser tratadas com antiviral sistêmico associado.

Infecção estromal

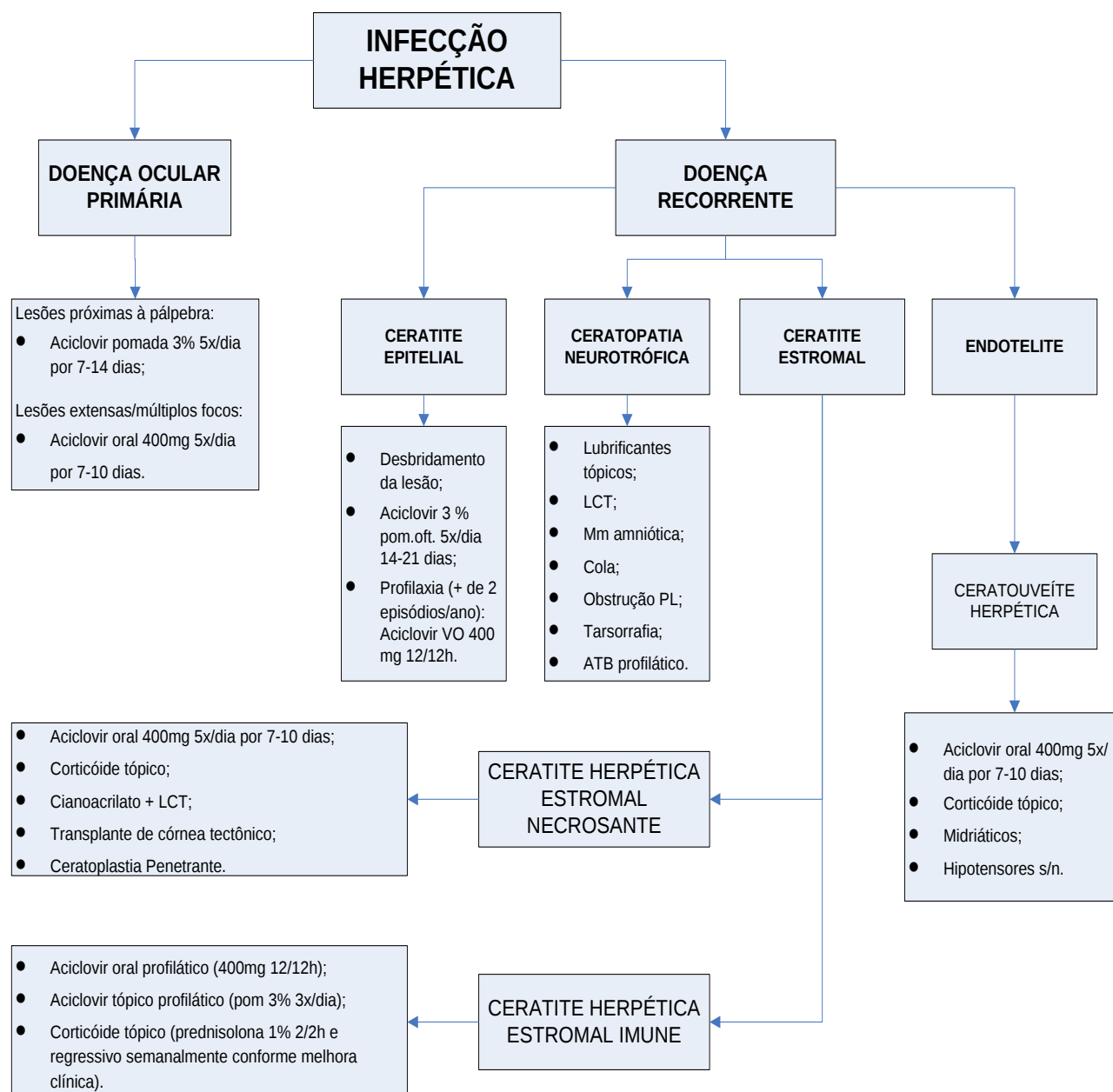
O tratamento depende da gravidade do quadro e localização. Se a lesão não compromete o eixo visual a conduta pode ser expectante, mas se compromete eixo visual e há indícios de neovascularização deve-se utilizar corticoide tópico. Em alguns casos especiais será necessária a associação de antivirais sistêmicos como em pacientes

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

imunocomprometidos, endotelite, infecção epitelial recorrente e paciente submetidos a transplante de córnea.

Fluxograma de tratamento de ceratites herpéticas



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
	PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA		AE.P5

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ÚLCERA DE Córnea

PROTOCOLO DE ÚLCERAS DE Córnea HUEC – RETORNO NOME: _____ DATA: ____/____/____ DIAS TTMT: _____ ÚLCERA... 1 – Bacteriana 2 – Fúngica 3 – Herpética 4 – Acanthamoeba 5 – Escudo 6 – Neurotrófica 7 – outro: _____ DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO: 1 – microscopia direta + agente: _____ 2 – cultura + agente: _____ 3 – negativo ADESÃO AO TRATAMENTO: 1 – uso correto medicações prescritas 2 – uso irregular das medicações prescritas 3 – não usando medicações prescritas MEDICAÇÃO PRESCRITA: 1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F) 4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – amicacina (F) 7 – neomicina 8 – cetoconazol VO 9 – anfotericina 10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO 13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPI 16 – atropina 17 – antiglaucomatoso 18 – lubrificante 19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida 22 – nenhum 23 – outro: _____ SINTOMAS: 1 – Dor 0 1 2 3 2 – BAV 0 1 2 3 3 – Lacrimjnto 0 1 2 3 4 – Fotofobia 0 1 2 3 5 – Sens. CE 0 1 2 3 ACUIDADE VISUAL FINAL: 1 – 20/20 2 – 20/25 3 – 20/30 4 – 20/40 5 – 20/60 6 – 20/80 7 – 20/100 8 – 20/200 9 – 20/400 10 – CD3mts 11 – CD2mts 12 – CD1mt 13 – CD 30cm 14 – MM 15 – PL 16 – SPL EXAME FÍSICO: Conjuntiva: 1 – Quemose 0 1 2 3 2 – Hiperemia 0 1 2 3 3 – Secreção 0 1 2 3 4 – Hemorragia 0 1 2 3 Câmara anterior: 1 – PK's 0 1 2 3 2 – Flare 0 1 2 3 3 – Membrana 0 1 2 3 4 – Hipópio 0 1 2 3	PROTOCOLO: ☐ ☐ ☐ ☐ Córnea: 1 – Edema 0 1 2 3 2 – Vasos superficiais 0 1q 2q 3q 4q 3 – Vasos profundos 0 1q 2q 3q 4q Sensibilidade corneana: 1 – normal 2 – diminuída 3 – ausente EXAME DA ÚLCERA: Evolução: 1 – melhora 2 – piora 3 – mantido Área ulcerada: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantida Infiltrado: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantido Afinamento: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantida Sx específicos: 1 – úlcera dendrítica 2 – úlcera geográfica 3 – bordas hifadas 4 – infiltrado perineural 5 – esclerite 6 – anel imunológico 7 – outros: _____ COMPLICAÇÕES: 1 – Melting 2 – Perfuração 3 – Sinéquias 4 – Afinamento 5 – Endof 6 – Outros: _____ NOVA COLETA: 1 – sim 2 – não Material: 1 – ausente 2 – pouco 3 – bom 4 – abundante TRATAMENTO: Altera terapia atual: 1 – sim 2 – não Medicação : 1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F) 4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – amicacina (F) 7 – neomicina 8 – cetoconazol VO 9 – anfotericina 10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO 13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPI 16 – atropina 17 – antiglaucomatoso 18 – lubrificante 19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida 22 – nenhum 23 – outro: _____ Adjuvante: 1 – Desbridamento 2 – Membrana 3 – Cola 4 – Recobrimto conj. 5 – Transplante 6 – LCT 7 – Evisceração 8 – outro: _____ RETORNO: 1 – sim 2 – não DESENHO: Dimensões Infiltrado: ____ x ____ Desepitelização: ____ x ____
---	--

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5

Cristalino:

1 – transp. 2 – catarata 3 – afático 4 – pseudofác.

Córnea:

1 – Edema 0 1 2 3

1 – Vasos superficiais 0 1q 2q 3q 4q

3 – Vasos profundos 0 1q 2q 3q 4q

Sensibilidade corneana:

1 – normal 2 – diminuída 3 – ausente

EXAME DA ÚLCERA:

Posição:

1 – central 2 – paracentral 3 – periférica

Profundidade da ulceração:

1 – rasa 2 – média 3 – profunda

Diâmetro da área desepitelizada:

1 – < 2mm 2 – de 2 a 5 mm 3 – > 5mm

Bordas da lesão:

1 – plana 2 – elevada

Densidade do infiltrado:

1 – leve 2 – moderado 3 – denso

Profundidade do infiltrado:

1 – superficial 2 – médio 3 – profundo

Diâmetro do infiltrado:

1 – < 2mm 2 – de 2 a 5 mm 3 – > 5mm

Bordas do infiltrado:

1 – definidas 2 – mal definidas

Sx específicos:

1 – úlcera dendrítica 2 – úlcera geográfica

3 – bordas hifadas 4 – infiltrado perineural

5 – esclerite 6 – anel imunológico

7 – outros: _____

COMPLICAÇÕES:

1 – Melting 2 – Perfuração 3 – Sinéquias

4 – Afinamto 5 – Endof 6 – Outros: _____

CULTURA PRÉVIA 1 – sim 2 – não

Agente: _____

Resistência: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1 – Bacteriana 2 – Fúngica 3 – Herpética

4 – Acanthamoeba 5 – Escudo 6 – Neurotrófica

7 – outro: _____

TRATAMENTO:

Altera terapia atual: 1 – sim 2 – não

Medicação :

1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F)

4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – amicacina (F)

7 – neomicina 8 – cetoconazol VO 9 – anfotericina

10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO

13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPI

16 – atropina 17 – antiglaucomatoso 18 – lubrificante

19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida

22 – nenhum 23 – outro: _____

Adjuvante:

1 – Desbridamento 2 – Membrana 3 – Cola

4 – Recobrimto conj. 5 – Transplante 6 – LCT

7 – Evisceração 8 – outro: _____

COLHIDO CULTURA: 1 – sim 2 – não

Material: 1 – ausente 2 – pouco

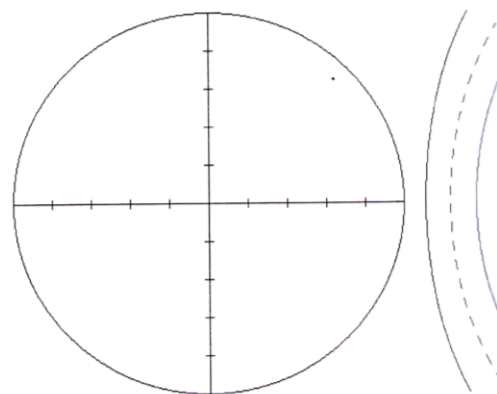
3 – bom 4 – abundante

DESENHO:

Dimensões

Infiltrado: _____ x _____

Desepitelização: _____ x _____



Legenda:

Azul – epitélio

Preto – estroma

Vermelho – endotélio e CA

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
	PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA		AE.P5

PROTOCOLO DE ÚLCERAS DE CórNEA
HUEC – RESUMO ALTA

NOME: _____

DATA: ____/____/____ DIAS TTMT: _____

ÚLCERA...

1 – Bacteriana 2 – Fúngica 3 – Herpética
 4 – Acanthamoeba 5 – Escudo 6 – Neurotrófica

7 – outro: _____

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO:

1 – microscopia direta + agente: _____

2 – cultura + agente: _____

3 – negativo

ADESÃO AO TRATAMENTO:

1 – uso correto medicações prescritas

2 – uso irregular das medicações prescritas

3 – não usando medicações prescritas

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F)

4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – amicacina (F)

7 – neomicina 8 – cetoconazol VO 9 – anfotericina

10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO

13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPI

16 – atropina 17 – antiglaucomatoso 18 – lubrificante

19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida

22 – nenhum 23 – outro: _____

SINTOMAS:

1 – Dor 0 1 2 3 2 – BAV 0 1 2 3

3 – Lacrimjmt 0 1 2 3 4 – Fotofobia 0 1 2 3

5 – Sens. CE 0 1 2 3

ACUIDADE VISUAL FINAL:

1 – 20/20 2 – 20/25 3 – 20/30 4 – 20/40

5 – 20/60 6 – 20/80 7 – 20/100 8 – 20/200

9 – 20/400 10 – CD3mts 11 – CD2mts 12 – CD1mt

13 – CD 30cm 14 – MM 15 – PL 16 – SPL

EXAME FÍSICO:

Conjuntiva:

1 – Quemose 0 1 2 3 2 – Hiperemia 0 1 2 3

3 – Secreção 0 1 2 3 4 – Hemorragia 0 1 2 3

Câmara anterior:

1 – PK's 0 1 2 3 2 – Flare 0 1 2 3

3 – Membrana 0 1 2 3 4 – Hipópio 0 1 2 3

PROTOCOLO: ☐ ☐ ☐

Córnea:

1 – Edema 0 1 2 3

2 – Vasos superficiais 0 1q 2q 3q 4q

3 – Vasos profundos 0 1q 2q 3q 4q

Sensibilidade corneana:

1 – normal 2 – diminuída 3 – ausente

EXAME DA ÚLCERA:

Evolução: 1 – melhora 2 – piora 3 – mantido

Área ulcerada: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantida

Infiltrado: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantido

Afinamento: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantida

Sx específicos:

1 – úlcera dendrítica 2 – úlcera geográfica

3 – bordas hifadas 4 – infiltrado perineural

5 – esclerite 6 – anel imunológico

7 – outros: _____

COMPLICAÇÕES:

1 – Melting 2 – Perfuração 3 – Sinéquias

4 – Afinamto 5 – Endof 6 – Outros: _____

DESEFECHO:

1 – alta ambulatorial 2 – transplante 3 – evisceração

4 – recobrimento 5 – cola 6 – membrana

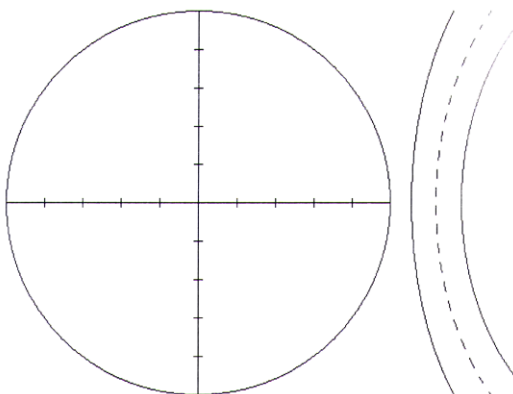
7 – outro: _____

DESENHO:

Dimensões

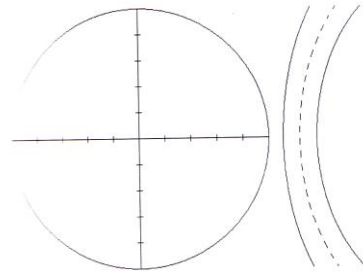
Infiltrado: _____ x _____

Deseptelização: _____ x _____



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P5



Legenda:

Azul – epitélio

Preto – estroma

Vermelho – endotélio e CA

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

OFT.P6 – CONJUNTIVITES

INTRODUÇÃO

A conjuntiva é uma membrana mucosa fina que se reflete nos fórnices superior e inferior, formando um espaço potencial chamado saco conjuntival que inclui: conjuntiva bulbar, fórnice, dobra semilunar e conjuntiva tarsal. A conjuntiva bulbar recobre a parte anterior até o limbo.

Os processos degenerativos e tumorais representam uma parte muito pequena dessas afecções, sendo que as doenças inflamatórias e infecciosas são as mais comuns e são denominadas genericamente de conjuntivites.

O termo conjuntivite é muito genérico, pois engloba todas as inflamações da conjuntiva.

CLASSIFICAÇÃO

Esta variedade clínica pode ser classificada segundo vários critérios:

- Apresentação e evolução no tempo – agudas, subagudas e crônicas;
- Natureza da secreção – serosa, mucosa, purulenta, pseudomembranosa;
- Alterações da estrutura da própria mucosa - folicular, papilar, flictenular, papilar gigante;
- Mecanismo responsável pela inflamação – alérgica, bacteriana, viral, fúngica, inespecífica;
- Comprometimento de outras estruturas oculares concomitantes – ceratoconjuntivite, blefarconjuntivite.

FISIOPATOLOGIA

Como em todas as reações teciduais, o agente causal, através da inflamação causará uma vasodilatação através de mediadores que acarretará em dano endotelial, levando ao aumento da permeabilidade = edema (diminuição da transparência do tecido, ou acúmulo grande = quemose).

Neste momento há um estímulo para as terminações nervosas sensoriais = hipersecreção.

Na presença de substâncias tóxicas as células conjuntivais descamadas podem não ser repostas com a mesma velocidade com que é destruída = necrose; a morte celular que antecede a necrose pode ser observada pela utilização dos corantes vitais (fluoresceína e rosa bengala).

A irritação faz com que as glândulas produtoras da lágrima aumentem a secreção, segundo o mecanismo da inflamação haverá predomínio de uma delas: aquosa (lágrima), serosa (exumação), mucosa (mucina), purulenta (macrófagos), pseudomembranosa (fibrina).

A inflamação produzirá alterações morfológicas no tecido:

- Papilas – pequenas elevações em cujo centro há uma ramificação vascular;

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

- Folículos – acúmulo de linfócitos que se agrupam sob o epitélio, formando pequenos nódulos opalescentes, cujo centro é avascular;
- Flictenula – nódulo amarelado próximo ao limbo, constituído por linfócitos, eosinófilos e restos celulares= reação de hipersensibilidade tardia.

QUADRO CLÍNICO

SINTOMAS

- Desconforto ocular;
- Ardor;
- Sensação de corpo estranho;
- Dor;
- Fotofobia;
- Diminuição da visão;
- Lacrimejamento;
- Secreção.

SINAIS

- Hiperemia – fundo de saco;
- Edema;
- Hipersecreção;
- Alterações tissulares – papilas, folículos, hemorragias, flictenulas, abscesso; granuloma.

CONJUNTIVITES AGUDAS INFECCIOSAS E NÃO INFECCIOSAS

INFECCIOSAS

- Virais (adenovírus, *Chlamydia sp.*, herpes simples);
- Bacterianas (*Staphylococcus aureus*);
- Fúngicas;
- Protozoários.

NÃO INFECCIOSAS

- Alérgicas – primaveril;
- Atópica;
- De contato;
 - Febre do feno;
 - Antígenos bacterianos;
- Conjuntivite papilar gigante;
- Mecânicas – distríquise (entrópio);

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

- Ectrópio;
- Corpo estranho;
- Lentes de contato;
- Química;
- Radiação.

SINAIS MAIS COMUNS NAS CONJUNTIVITES AGUDAS

	C. BACTERIANA	C. VIRAL LEVE	C. VIRAL GRAVE	C. ALÉRGICA
ADENOPATIA	+ / ++	+ / ++	-	-
EDEMA PALP.	+	++	++	+++
HEMORRAGIAS	-	++ / +++	+ / ++	-
HIPEREMIA	+ / +++	+ / ++	+++	+ / ++
QUEMOSE	+	-	+++	++ / +++
REAÇÃO CONJUNTIVAL	Folículos	Folículos + / ++	Folículos ++ / +++	Papilas
SECREÇÃO	Muco - purulenta	Serosa + / ++	Serosa e fibrinosa	Mucosa

CONJUNTIVITE CATARRAL

ETIOLOGIA

A conjuntivite aguda na criança é causada principalmente por um dos três patógenos mais comuns: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e adenovírus, caracterizando as conjuntivites foliculares agudas:

- Ceratoconjuntivite epidêmica (adenovírus oito);
- Febre faringoconjuntival (adenovírus);
- Ceratoconjuntivite primária herpética (herpes simples);
- Conjuntivite de inclusão do adulto (*Chlamydia oculogenitalis*);
- Ceratoconjuntivite hemorrágica epidêmica (picornavírus);
- Tracoma agudo (*C. trachomatis*);
- Conjuntivite de inclusão neonatal.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

CONJUNTIVITES BACTERIANAS

ETIOLOGIA

Vai se desenvolver, dependendo da virulência e imunidade do indivíduo, podendo ser causada por cocos gran positivos e negativos.

É de aparecimento brusco, sensação de corpo estranho, hiperemia discreta, geralmente conjuntival em fundo de saco. A secreção é purulenta, geralmente unilateral.

Nos casos sem fator de risco associado o tratamento é com antibióticos de amplo espectro (cloranfenicol) 2/2h por 7 dias (colírio e pomada).

Geralmente o prognóstico é bom, com resolução sem sequelas.

CONJUNTIVITES VIRAIS

ETIOLOGIA

Causadas pelo adenovírus, podem ser classificadas em leves e graves.

Leves:

Sintomatologia leve, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, ardor e prurido, ligeira fotofobia. A hiperemia é principalmente tarsal, observando-se folículos em pouca quantidade. A secreção é basicamente mucosa, podendo ser amarelada em decorrência do aumento da flora saprofítica do olho. O processo dura, aproximadamente, 15 dias, benigno, com raras complicações. Normalmente não é usada nenhuma medicação, ou anti inflamatórios não hormonais que ajudam a diminuir a sintomatologia.

Graves:

Os adenovírus 8 e 19 têm tropismo pela faringe e conjuntiva, causando a ceratoconjuntivite hemorrágica epidêmica e a febre faringo conjuntival. Início brusco com sensação de corpo estranho, unilateral. Há quemose, hiperemia tarsal e bulbar, secreção mucopurulenta abundante. Com 24h de evolução aparecem folículos conjuntivais tarsais, aumento dos outros sinais e secreção serosa. O vírus invade a córnea, causando ceratite puntata que piora a fotofobia e o lacrimejamento. Aparecem as microhemorragias. Entre o terceiro e quinto dias a conjuntivite piora, podendo causar uma uveíte anterior leve, e o olho contralateral começa apresentar sintomas (menos intensos). A secreção fica mais espessa (borramento da visão). A partir do sétimo dia os sintomas começam a diminuir, mas neste período podem se formar pseudo membranas que devem ser removidas, pois podem causar simbléfaro. A partir do oitavo dia as hemorragias começam a diminuir, assim como a ceratite que dá lugar aos infiltrados sub epiteliais que podem persistir por meses. Por volta de 12-20 dias não se observam mais sinais.

Esta patologia é altamente contagiosa, devendo-se orientar o paciente quanto ao contágio. É mais comum nos meses de outono e inverno.

No tratamento utilizamos colírios sintomáticos, como lubrificantes (diminuem a formação de pseudomembranas), antiinflamatórios não hormonais.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

O prognóstico é bom, a não ser nos casos onde há persistência dos infiltrados sub epiteliais, sendo às vezes necessário à realização de procedimentos como PTK na tentativa de melhorar a visão.

CONJUNTIVITES CRÔNICAS INFECCIOSAS E NÃO INFECCIOSAS

INFECCIOSAS

- Molusco contagioso;
- Conjuntivite de inclusão do adulto;
- Tracoma.

NÃO INFECCIOSA

- Tóxicas;
- Alérgicas;
- Atópicas;
- Blefarconjuntivite estafilocócica;
- Conjuntivite primaveril.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS CONJUNTIVITES FOLICULARES CRÔNICAS

TIPO	Secreção	Alt. Conjuntival	Comp. Corneano	Laboratório	Etiologia e Duração
<u>Molluscum contagiosum</u>	Aquosa	Folículo e papila	Ceratite	Cel. Mononuclear	Molluscum (vírus)
Conj. Inc. adulto	Mucosa	Folículos (Tarso inferior)	Ceratite	PMN	<i>Clamidia trachomatis</i> (3-5m)
Tracoma	Muco-purulenta	Folículos (Tarso superior)	Micropanus sup.	Corpúsculos de inclusão	<i>Clamidia trachomatis</i> (anos)
Tóxicas	Mucosa	Papilas	Ceratite	PMN	Medicamentos
Alérgicas	Mucosa	Folículo e papila	Ceratite	Eosinófilos	-
Blefarconj. Estafilocócica	Muco-purulenta	Papilas	Ceratite, micropanus e úlcera	-	Toxina estafilo
C. primaveril	Mucosa	Folículo e papila	Ceratite e úlcera	-	Calor

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

CONJUNTIVITE NÃO INFECCIOSA

TÓXICAS

As conjuntivites tóxicas ocorrem na maioria das vezes por ação da própria droga ou pelo conservante. Entre outros efeitos adversos, os medicamentos de uso tópico, podem causar depósitos corneanos, calcificações corneanas, aumento da pressão intra-ocular, catarata e efeitos cardiovasculares.

A toxicidade epitelial é a mais comumente observada, aparecendo pela utilização dos conservantes: cloreto de benzalcônio e timerosol. As drogas mais tóxicas para o epitélio são os aminoglicosídeos, anfotericina B, cloranfenicol, anestésicos e colírios fortificados.

CLASSIFICAÇÃO

- Ceratoconjuntivite papilar tóxica: é a mais freqüente, sendo caracterizada por hiperemia, papilas, secreção mucoide escassa. Os antibióticos fortificados e aminoglicosídeos podem causar esse tipo de reação;
- Conjuntivite folicular tóxica: é de aparecimento lento (semanas a anos após exposição), alguns antivirais e antiglaucomatosos podem desencadear esse tipo de reação;
- Toxicidade por anestésicos: apesar de pouco freqüente, representa forma grave de ceratoconjuntivite por uso abusivo de colírios anestésicos. Como a capacidade analgésica do colírio anestésico é de curta duração, o paciente tende a utilizá-lo com maior freqüência. O quadro inclui dor intensa, edema palpebral, hiperemia conjuntival, secreção mucosa, defeito epitelial corneano crônico, edema estromal, vascularização corneana superficial e profunda.

ALÉRGICA

As manifestações alérgicas mais comuns são: eczema atópico (dermatite de contato), asma, febre do feno e rinite alérgica. Dermatite atópica ocorre em 3% da população e destes 15 a 40% têm conjuntivite associada.

Alterações atópicas afetam cerca de 10-20% da população geral e no olho as principais são:

- Sazonal e perene;
- Vernal ou Primavera;
- Atópica;
- Papilar gigante;
- Blefarconjuntivite estafilocócica.

CONJUNTIVITE SAZONAL E PERENE

A conjuntiva é uma mucosa semelhante à nasal, sendo assim está sujeita às mesmas reações que envolvem a rinite, como reação à antígenos do ar.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

- Sazonal - sintomas típicos de conjuntivite alérgica aguda sempre no mesmo período do ano. Normalmente esses indivíduos não apresentam sintomas no restante do ano;
- Perene - os indivíduos podem apresentar sintomas durante o ano todo, mas não exclusivamente por causa dos agentes sazonais alergênicos, podendo apresentar sintomas nas mudanças de temperatura, clima seco, pelo de animal, etc.

CONJUNTIVITE PRIMAVERIL

É uma inflamação bilateral, sazonal e alérgica que se observa em pacientes jovens, acometendo mais os homens que as mulheres até a puberdade quando há uma inversão, até os 20 anos quando a incidência é igual em ambos os sexos. É mais comum em locais de clima quente, tendo sintomas o ano todo com piora na primavera e verão e melhora nas estações mais frias. Os pacientes apresentam aumento de IgE na lágrima assim como aumento de eosinófilos, podendo estar associado a quadros atópicos sistêmicos.

QUADRO CLÍNICO

O principal sintoma é o prurido, acompanhado de fotofobia, lacrimejamento, secreção mucosa, sensação de corpo estranho, mais raramente dor e blefaroespasmos.

Ao exame podemos encontrar três formas: tarsal, limbar e mista.

- Tarsal: a conjuntiva é pálida e a hipertrofia papilar é mais comum no tarso superior que dá o aspecto clássico da conjuntivite.
- Limbar: espessamento, opacificação e alargamento do limbo, onde aparecem nódulos límbicos com aparência gelatinosa (Trantas). Em alguns pacientes as alterações limbares transformam-se em pannus e neovascularização da córnea. Pode aparecer uma ceratite superficial com erosões recorrentes e úlceras em escudo (2% dos casos).
- Mista: as duas formas anteriores ocorrem simultaneamente. A forma limbar é mais comum em negroides ao passo que a tarsal em caucasoides.

CONJUNTIVITE ATÓPICA

Inflamação bilateral da conjuntiva e pálpebras com forte associação à dermatite atópica. (reação tipo I). Os sintomas são semelhantes aos da conjuntivite primaveril, diferenciando em associação à dermatite. Tende a diminuir e desaparecer com idade. Cerca de 3% da população apresenta dermatite atópica e destes aproximadamente 25% têm manifestação ocular.

CONJUNTIVITE PAPILAR GIGANTE

É uma reação imune que afeta principalmente a conjuntiva tarsal superior. As papilas apresentam-se de tamanho >0,3mm, sendo uma reação semelhante à do corpo estranho (irritação). As causas mais comuns são lente de contato, próteses, sutura exposta, faixas esclerais expostas.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

TRATAMENTO

Estabilizadores de membrana e potentes antagonistas de receptores H1 têm sido colocados no mercado, sendo de grande auxílio no tratamento dos casos mais brandos. A imunoestimulação da seqüência de DNA representa uma inovação promissora no tratamento da conjuntivite alérgica, mas estudos clínicos ainda são necessários para se demonstrar sua eficácia em humanos.

Sazonal e Perene:

- eliminar o agente;
- anti histamínico;
- esteroides;
- dessensibilização.

Vernal e Atópica

- estabilizador de membrana;
- anti histamínico;
- esteroide tópico;
- imunomodulador tópico.

Papilar gigante - esteroide tópico e sistêmico.

O tratamento consiste em remover ou afastar o agente causal, imunoterapia e drogas sintomáticas. Eliminar o fator desencadeante quando for conhecido.

Orientação familiar para melhorar as condições ambientes, conferindo maior conforto pessoal: umidificação ambiental, compressas frias, ar condicionado, óculos escuros.

BLEFAROCONJUNTIVITE ESTAFILOCÓCICA

O *Staphylococcus aureus* é o principal agente responsável pela blefarite estafilocócica, aparecendo em 50% das culturas de casos em atividade. Em países de clima frio e temperado, aproximadamente um terço dos pacientes assintomáticos têm culturas de pálpebra e conjuntiva positivas para este patógeno e em países de clima quente este número cresce para 90% ou mais. Muitas toxinas são produzidas pelo *Staphylococcus aureus* como hialuronidase, fibrinolizina, lisozima e outras.

Estas toxinas são as responsáveis pela toxicidade conjuntival e corneana observadas nos casos de blefarite crônica. Os dois tipos mais comuns de blefarite estafilocócica são: descamativa e ulcerativa, sendo a primeira mais freqüente.

- Descamativa- presença de escamas finas sobre os cílios;
- Ulcerativa- crostas duras e opacas que rodeiam os cílios e quando retiradas podem causar pequenas úlceras e sangramento.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P6

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO	
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.	
ÁREAS ENVOLVIDAS	
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica	

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P7

OFT.P7 – PROCESSO INFLAMATÓRIO

INTRODUÇÃO

Uma das primeiras etapas da reparação celular é o processo inflamatório, iniciado a partir dos vasos sanguíneos com a migração de células do sistema imune e fatores proteicos necessários para a restauração final da estrutura tecidual danificada. No local da inflamação, leucócitos polimorfonucleares (PMN) liberam enzimas proteolíticas para facilitar a fagocitose de células e material não-celular. Outras células fagocíticas, principalmente macrófagos, vêm mais tardiamente para remover os resíduos remanescentes e elaborar citocinas, que irão orquestrar a atividade de outras células inflamatórias, fibroblastos e possivelmente novos vasos sanguíneos para concluir a fase reparadora tecidual.

Nas CCC, o processo inflamatório desencadeia seqüelas que criam um ciclo vicioso. Ou seja, o olho seco, alterações do complexo epitélio/membrana basal e trauma da pálpebra ou cílios, perpetuam o processo inflamatório que as gerou, que por sua vez agrava essas seqüelas. Há ainda as CCC que envolvem aspectos imunes sistêmicos, como o penfigoide cicatricial, caracterizado pela produção de autoanticorpos que se ligam a antígenos específicos das membranas basais da pele e mucosas.

TRATAMENTO

Estratégias terapêuticas que excluam PMN e leucócitos mononucleares do estroma corneal contribuem para prevenção e interrupção da ulceração estromal. A remoção de material necrótico da conjuntiva tarsal e bulbar eliminada fonte da infiltração inflamatória e liberação de enzimas proteolíticas. Esse procedimento é extremamente importante nos casos agudos de SSJ ou queimadura e pode ser realizado com uso de êmbolo de seringa de vidro de 5cc ou com cotonete umedecido com anestésico tópico.

Corticosteroides constituem a base do tratamento anti-inflamatório nas CCC para reduzir o dano tecidual causado pela inflamação aguda ou crônica. Os corticosteroides reduzem a infiltração celular inflamatória e estabilizam as membranas citoplasmáticas dos lisossomos e PMN. Corticosteroides tópicos fortes (prednisolona 1% ou dexametasona 0,1%) instilados de 4/4h, são importantes para cortar o ciclo vicioso inflamatório. Nas fases crônicas do processo inflamatório, especialmente nos casos em que há persistência de defeito epitelial, deve-se ser cauteloso com a utilização dos corticosteroides tópicos fortes por mais de 10 dias, pois eles interferem na reparação estromal por inibir a migração dos ceratócitos e a síntese de colágeno. Os corticosteroides derivados da progesterona, como a Medroxiprogesterona 1%, têm menor efeito anti-inflamatório que os corticosteroides normais, porém possuem efeito mínimo na reparação estromal e síntese de colágeno. Eles podem substituir os corticosteroides quando é necessária a supressão do processo inflamatório sem se alterar a reparação do estroma corneal.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P7

Corticosteroides constituem a base do tratamento anti-inflamatório nas CCC para reduzir o dano tecidual causado pela inflamação aguda ou crônica. Os corticosteroides reduzem a infiltração celular inflamatória e estabilizam as membranas citoplasmáticas dos lisossomos e PMN. Corticosteroides tópicos fortes (prednisolona 1% ou dexametasona 0,1%) instilados de 4/4h, são importantes para cortar o ciclo vicioso inflamatório. Nas fases crônicas do processo inflamatório, especialmente nos casos em que há persistência de defeito epitelial, deve-se ser cauteloso com a utilização dos corticosteroides tópicos fortes por mais de 10 dias, pois eles interferem na reparação estromal por inibir a migração dos ceratócitos e a síntese de colágeno. Os corticosteroides derivados da progesterona, como a Medroxiprogesterona 1%, têm menor efeito anti-inflamatório que os corticosteroides normais, porém possuem efeito mínimo na reparação estromal e síntese de colágeno. Eles podem substituir os corticosteroides quando é necessária a supressão do processo inflamatório sem se alterar a reparação do estroma corneal.

O uso de anti-inflamatórios não-hormonais nos casos de CCC ainda não está bem definido. O uso de citrato, que reduz os níveis intra-celulares de cálcio, diminuem o número de PMN e suas conseqüências na potencialização do processo inflamatório. Mais estudos são necessários para melhor avaliar sua eficácia in vivo.

Os derivados da tetraciclina têm se mostrado eficazes na redução da atividade colagenolítica e úlcera de córnea em modelo experimental de queimadura por álcali. Seu efeito deve-se, provavelmente, a quelação do zinco no sítio de atividade enzimática da colagenase. Além disso, inibem a atividade dos leucócitos PMN. Pela maior potência e melhor posologia, dá-se preferência a doxiciclina ou minociclina 100 mg 1 a 2x/dia. Outros inibidores da colagenase, como ácido etilenodiaminotetraacético dissódico (EDTA), acetilcisteína e penicilamina, não apresentam eficácia clínica comprovadamente significativa.

O uso de corticosteroide sistêmico em doses imunossupressoras ou de imunossupressores sistêmicos, tais como Ciclofosfamida, Azatioprina, Metotrexate, Clorambucil e Ciclosporina A, é necessário nos pacientes portadores de doenças imunológicas sistêmicas, como penfigoide cicatricial, e na prevenção de rejeição nos transplantes de córnea de alto risco. Nesse último item, dá-se preferência à Ciclosporina-A sistêmica na dose inicial de 5-7 mg/kg de peso. Os pacientes sob imunossupressão sistêmica devem ter acompanhamento rigoroso por especialista com experiência na área, pois essas drogas apresentam uma série de efeitos colaterais potencialmente letais. O uso de Ciclosporina-A tópica tem sido preconizado por alguns autores no tratamento de doenças inflamatórias da superfície ocular e prevenção de rejeição em transplante de córnea. Entretanto, os resultados são controversos.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO			
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.			
ÁREAS ENVOLVIDAS			
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica			
	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P8

OFT.P8 – QUEIMADURAS QUÍMICAS - RECONSTRUÇÃO DA SUPERFÍCIE OCULAR

CLASSIFICAÇÃO

- I - lesões córnea sem isquemias;
- II - córnea com opacidade discreta, isquemia em 1/3 da área límbica;
- III - perda total epitélio, isquemia 1/3 até 1/2 área límbica;
- IV - córnea opaca, isquemia 1/2 área.



QUEIMADURAS POR ÁCIDOS

PRODUTOS E LESÃO

- Sulfúrico – mais comum;
- Hidrofluorídrico – mais grave;
- Lesões dependem da coagulação e precipitação das proteínas;
- Quemose, injeção ciliar, palidez limbo, desepitelização, diminuição de transparência da córnea.



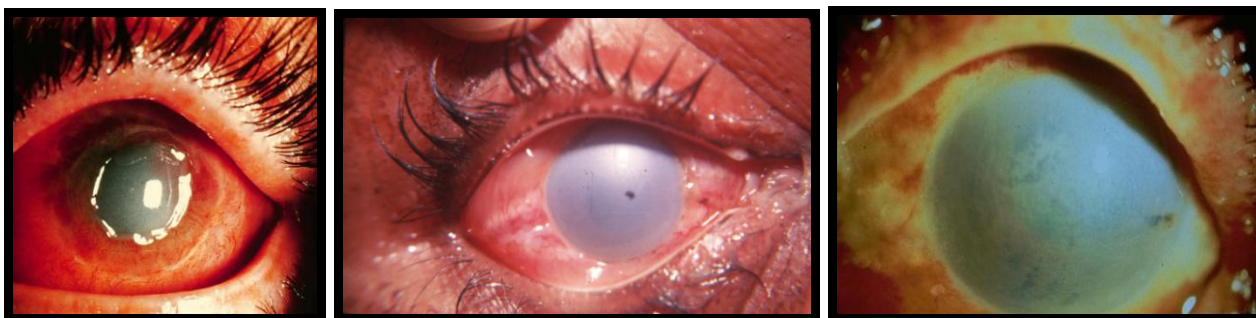
	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P8

QUEIMADURAS POR ÁLCALIS

PRODUTOS E LESÃO

- Amônia – mais severa;
- Cal – mais freqüente;
- Compostos solúveis, penetração rápida nos tecidos;
- Alterações do colágeno e glicosaminoglicans;
- Dano córnea , conjuntiva, membrana basal, estroma, cristalino.



“STEM CELLS”

- Células basais do epitélio limbar;
- Funcionam como células germinativas do epitélio corneano;
 - Proliferação;
 - Diferenciação;
- Destruição nas queimaduras- DEFICIÊNCIA LIMBAR.

DEFICIÊNCIA LIMBAR

- Conjuntivalização corneana;
- Vascularização;
- Inflamação crônica;
- Superfície irregular;
- Erosão recorrente;
- Úlcera persistente;
- Crescimento fibroso;
- Sintomas:
 - Fotofobia;
 - Baixa acuidade visual

TRATAMENTO: RECONSTRUÇÃO DA SUPERFÍCIE OCULAR

- Deficiência parcial de Limbo: apenas membrana amniótica;
- Deficiência total de Limbo: membrana amniótica e transplante limbar.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P8

TRANSPLANTE DE LIMBO AUTÓLOGO

Transplante de epitélio limbar saudável do olho contralateral em casos de patologia unilateral.

TRANSPLANTE DE LIMBO ALÓGENO

- Deficiência limbar difusa e bilateral;
- Epitélio limbar obtido de duas fontes:
 - doador vivo HLA compatível;
 - doador cadáver;
- Uso de ciclosporina sistêmica é necessário para suprimir rejeição.

MEMBRANA AMNIÓTICA

CARACTERÍSTICAS

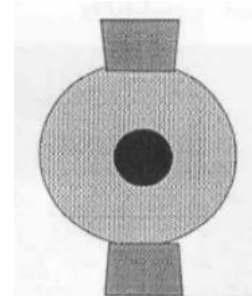
- Tecido fino, semi transparente, sendo a camada mais interna da membrana fetal;
- Constituída por uma membrana basal e uma matriz estromal avascular.

USO COMBINADO COM O TRANSPLANTE DE LIMBO

- Substrato ideal para células epiteliais progenitoras;
- Reepitelização com células de fenótipo normal;
- Diminuição da inflamação e neovascularização ;
- Recuperação da transparência em graus variáveis.

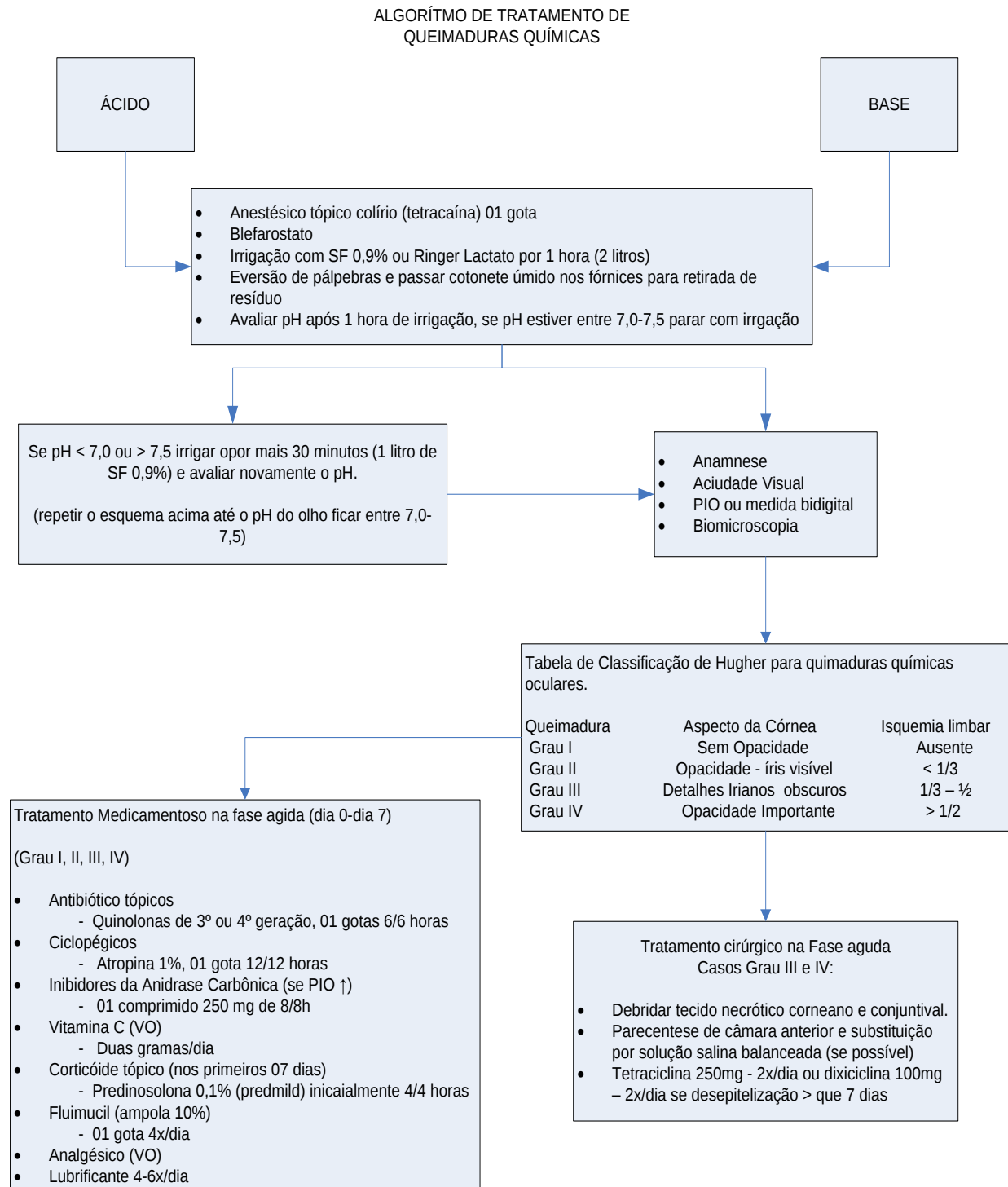
TÉCNICA DE TRANSPLANTE DE LIMBO AUTÓLOGO E MEMBRANA AMNIÓTICA

- Obtenção do tecido doador;
- Anestésico tópico;
- Exposição da área limbar às 6 e 12h;
- Dissecção lamelar do limbo corneano com lâmina cirúrgica descartável obtém-se de 2 a 3 horas de limbo.



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

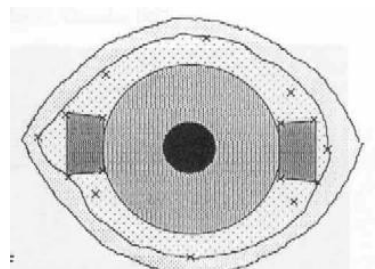
Fluxograma de tratamento de queimaduras químicas



	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P8

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Olho receptor;
- Anestesia;
- Bloqueio peri ou retrobulbar;
- Anestesia geral;
- Excisão de todo tecido fibroso;
- Colocação da m. amniótica preservada;
- Colocação dos fragmentos de limbo 3 e 9h;
- LCT.



MEMBRANA AMNIÓTICA

ATUALIDADES NO USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA

Cultivo laboratorial de células tronco epiteliais corneanas pré-operatório:

- Autólogas;
- Alogênicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Bons resultados na reconstrução da superfície epitelial ocular;
- Membrana amniótica funciona como substrato para epitelização adequada, suprimindo a fibrose excessiva.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P9

OFT.P9 – ALTERAÇÃO NA INTEGRAÇÃO NEUROANATÔMICA DA SUPERFÍCIE OCULAR

INTRODUÇÃO

A integração neuroanatômica, que controla a secreção aquosa das glândulas lacrimais e a função das pálpebras, depende fundamentalmente da sensibilidade corneal mediada pelos ramos aferentes do nervo trigêmeo (V nervo). Além disso, sabe-se que córneas denervadas apresentam retardo na migração, proliferação e adesão epitelial.

Aparentemente, esse retardo deve-se à diminuição da substância P e do fator de crescimento neural (NGF), ambos produzidos nas terminações nervosas do V nervo. Neste contexto, infere-se que a destruição dos ramos corneais do V nervo induzidos nas CCC ou decorrente das múltiplas cirurgias a que esses pacientes são submetidos pode diminuir a sensibilidade corneal, o que provoca cronicidade do defeito epitelial e o agravamento do quadro de olho seco, dificultando o tratamento desses pacientes.

TRATAMENTO

Não há nenhum tratamento comprovadamente eficaz para esse tipo de alteração. Mais recentemente, trabalhos experimentais utilizando NGF e substância P têm demonstrado resultados promissores na cicatrização epitelial corneal normal e em casos de úlceras tróficas.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P10

OFT.P10 – DESTRUIÇÃO DO LIMBO, CÉLULAS GERMINATIVAS CORNEAIS E MEMBRANA BASAL

DESTRUIÇÃO DO LIMBO E CÉLULAS GERMINATIVAS CORNEAIS

As células germinativas limbares são responsáveis pela manutenção do equilíbrio dinâmico epitelial da córnea. Essa propriedade pode ser explicada principalmente pela capacidade de se dividirem de maneira assimétrica. Desta forma, uma célula germinativa origina tanto uma idêntica a ela (regenerando o repertório dessas células), quanto outra mais diferenciada, com o mesmo fenotipo que caracteriza o tecido.

Além dessa propriedade, as células germinativas possuem um ciclo celular longo com fase-S curta e não expressam os marcadores epiteliais corneais de diferenciação (ceratinas K3/K12). Aparentemente, o micro-meio-ambiente limbar, composto basicamente por colágeno tipo IV, e a proximidade dos vasos limbares, têm grande importância na manutenção das células germinativas.

Nas CCC = CERATO CONJUNTIVITE CICATRICIAL, há destruição das células germinativas, que induz quebra na barreira anatômica epitelial corneal. Com isso, células epiteliais conjuntivais invadem a superfície corneal, iniciando um processo conhecido como "conjuntivalização". Esse processo está associado a epitelização corneal instável, acompanhada de erosões, filamentos, vascularização e, eventualmente, calcificação e fibrose. Essas alterações acompanham-se de dor, fotofobia, lacrimejamento e baixa da acuidade visual.

TRATAMENTO

O tratamento para os casos de deficiência de células germinativas limbares baseia-se na reposição delas pelo transplante de limbo. Nos casos unilaterais focais, pode-se obter um transplante autólogo do limbo ou conjuntiva limbar do olho ipsilateral. Nos casos unilaterais moderados ou severos, deve-se utilizar tecido limbar do olho contralateral. Nos casos bilaterais, o limbo é obtido de olhos de parentes próximos ou de cadáver. Essa técnica tem sido associada à tipagem HLA do doador, uso de ciclosporina A ou ambos, para diminuir o risco de rejeição ao tecido transplantado.

DESTRUIÇÃO DA MEMBRANA BASAL

Vários trabalhos têm demonstrado a importância da membrana basal (MB) para a viabilidade das células germinativas limbares. Além disso, a MB facilita a migração epitelial, reforça adesão das células epiteliais basais, promove a diferenciação celular e representa uma barreira natural aos ceratócitos estromais. Sabe-se que fatores hormonais, neuronais, vasculares e inflamatórios podem modular a função das células germinativas no micro-meio-ambiente limbar córneo-escleral. Todas essas evidências demonstram a importância do complexo MB e estroma superficial para a manutenção dos processos de regeneração e cicatrização epitelial da córnea.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P10

Os processos inflamatório e cicatricial presentes nas CCC destroem a MB, dificultando o processo de epitelização. A persistência de áreas desepitelizadas estimulam processo inflamatório, estabelecendo um ciclo vicioso que resulta no comprometimento estromal e formação de úlceras estéreis. Neste contexto, torna-se importante a restauração da barreira composta pela MB e estroma danificados nas afecções da superfície ocular

TRATAMENTO

Várias substâncias participantes da matriz extracelular têm sido utilizadas no tratamento de defeitos da MB, tais como fibronectina, laminina e ácido hialurônico. Mais recentemente, o transplante de membrana amniótica tem sido utilizado como substituto da MB na reconstrução da superfície ocular nos casos de CCC com bons resultados. Nos casos com deficiência limbar total, esse procedimento tem sido associado ao transplante de células germinativas limbares. Aparentemente, a introdução desse tecido fetal, constituído por uma espessa MB composta basicamente de colágeno do tipo IV, melhora a sobrevivência das células germinativas remanescentes ou transplantadas. Além disso, a membrana amniótica é antígenicamente inerte, possui propriedades anti-inflamatórias e inibe a cicatrização, o que a torna uma excelente opção para ser associada nas cirurgias de reconstrução da superfície ocular.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P11

OFT.P11 – DOENÇAS IMUNOLÓGICAS

CERATITE PUNCTATA SUPERFICIAL DE THYGESON

Epiteliopatia crônica caracterizada por lesões puntiformes múltiplas, sem comprometimento da conjuntiva. Não tem preferência por sexo, acometendo indivíduos na segunda ou terceira década de vida. Geralmente bilateral sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento. O quadro agudo melhora independente do uso de medicação, e pode recidivar quatro a seis meses depois.

CERATITE INTERSTICIAL

Caracteriza-se por uma inflamação não supurativa do estroma corneano, com mínimo ou nenhum envolvimento epitelial e endotelial.

As principais causas de ceratite intersticial podem ser divididas em:

- Infecções bacterianas: sífilis, tuberculose, lepra, doença de *Lyme*;
- Infecção viral: herpes simples, herpes zoster, sarampo, rubéola, mononucleose;
- Infecção parasitária: leishmaniose, acantameba, oncocercose, microsporidose;
- Doença sistêmica: Síndrome de *Cogan*, sarcoidose, linfoma.

CERATITES ULCERATIVAS PERIFÉRICAS

Doenças sistêmicas autoimunes podem apresentar manifestações oculares, principalmente na córnea e esclera.

As lesões são predominantemente decorrentes do depósito de imunocomplexos que causam necrose no tecido adjacente por atração dos neutrófilos que liberam enzimas que destroem os tecidos, aumentando a resposta inflamatória. O quadro ocular pode ser a primeira manifestação da doença sistêmica. (Fig. 26)

A artrite reumatoide é a principal causa das ceratites periféricas, mas outras doenças como granulomatose de *Wegener*, lupus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa, colite ulcerativa podem ocorrer.

CERATITE NEUOTRÓFICA

DEFINIÇÃO E DIAGNÓSTICO

Ceratite neurotrófica é o nome que se dá à complicação corneana provocada pela denervação trigeminal. O mecanismo pelo qual a lesão ocorre não é bem definido, sendo referido genericamente como alterações tróficas.

Compreende um amplo e raro grupo de condições em que se descreve hipo ou anestesia da córnea, uni ou bilateral, de origem congênita ou adquirida. O quadro corneano puro é raro.

As afecções que mais comumente causam hipoestesia corneana são:

- Congênitas:

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P11

- Distrofia – reticular e menos freqüentemente a granular;
- Síndromes disautonômicas congênitas – S. Riley – Day (disautossomia familiar), S. de Horner, neuropatia sensorial familiar, distúrbios de sensibilidade corneana associados à s. congênitas podem ocorrer na S. de Goldenhar, S. Moebius (paralisia bilateral do VI e VII par).
- Adquiridas:
 - Funcional – histeria;
 - Iatrogênicas – lentes de contato mal adaptadas, traumatismo dos nervos ciliares por crioterapia e diatermia, medicamentos β bloqueadores (têm ação hipoestésica);
 - Vírus – herpes simples e zoster (afeta o nervo nasociliar e a sensibilidade nunca se recupera);
 - Traumatismo – queimaduras por álcalis ou ácidos, perfuração corneana, transplantes de córnea ou cirurgias de catarata, nestes dois últimos a hipoestesia é temporária até que ocorra a regeneração de 6-8m;
 - Denervação corneana que pode aparecer freqüentemente após cirurgia do gânglio trigeminal (gânglio de Gasser), no trato trigeminal descendente no tronco cerebral (via sensitiva);
 - Intoxicação – sistêmica por produtos que causam desmielinização;
 - Sistema nervoso central – tumores do ângulo pontocerebelar, doenças no seio cavernoso, Síndrome do ápice orbitário, lesões do tronco cerebral que afetam o trato descendente do V par, oclusão da artéria vertebral ou cerebelar posterior, lesões na ponte;
 - Doenças sistêmicas – diabetes, hanseníase;
 - Paralisia facial - para oftalmo o mais importante é o lagoftalmo e a ceratite por exposição. O olho seco só estará presente se houver lesão do gânglio geniculado homolateral ou lesão do V. Alguns autores acham que a hipoestesia seria um fator adaptativo à exposição .

A pesquisa da sensibilidade corneana em casos difíceis pode ajudar no diagnóstico.

QUADRO CLÍNICO

O comprometimento ocular que pode se desenvolver: hiperemia conjuntival, edema corneano, ceratite puntata difusa e perda epitelial (fenômenos que podem ser vistos 24h após a ressecção do gânglio trigeminal). Há perda de brilho , erosões, ulceração, hipópio e perfuração, o quadro tende a ser crônico e indolor.

É comum a diminuição do filme lacrimal que pode ser bem demonstrado pela rosa bengala. Além de fatores externos que contribuem para o olho seco a principal causa é a diminuição da aderência do filme lacrimal à superfície ocular.

O transtorno neurotrófico que ocorre não é causado pela falta de impulsos tróficos ou a presença de estímulos irritantes normais, mas se deve à falta de atividade antidrômica periférica normal dos nervos sensitivos e o principal é o acúmulo de metabólitos tissulares que aumentam o edema que por sua vez junto com uma vitalidade deficiente, leva à

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P11

degeneração, piora da lubrificação, esfoliação o que provoca um maior traumatismo que leva a defeitos macroscópicos, facilitando a penetração de microorganismos.

Falta de atividade neuronal sensitiva periférica normal => acúmulo de metabólitos => edema + vitalidade deficiente => degeneração + piora da lubrificação + esfoliação => maior trauma => defeitos macroscópicos => penetração de microorganismos.

TRATAMENTO

O tratamento precoce é muito importante e consiste em oclusão para formar uma câmara úmida. Normalmente a epiteliação ocorre nas áreas afetadas se houver boa lubrificação.

O tratamento consiste em se eliminar ou amenizar a doença de base, controlando a inflamação e protegendo a superfície ocular.

O uso de lubrificantes tópicos é recomendado tanto em forma de colírios como pomadas, mas por se tratar de caso crônico e muitas vezes resistente à terapêutica podem não ser a solução.

O uso de lentes terapêuticas pode ser utilizado, mas nos casos onde há olho seco associado, não têm bom resultado.

A aplicação de fator de crescimento de polipeptídeos tem sido utilizado com relativo sucesso, mas mesmo com este arsenal alguns casos não cicatrizam e evoluem para úlceras, sendo necessário um procedimento cirúrgico.

O recobrimento conjuntival também pode ser empregado, mas nos casos onde o olho está muito inflamado a conjuntiva é friável e não se consegue um bom "flap".

A tarsorrafia pode ser utilizada e caso seja necessário deve ser completa.

Em último caso é realizado um transplante penetrante ou lamelar.

Outro método terapêutico que vem sendo utilizado com sucesso é o uso de membrana amniótica para cobrir a córnea. Foi descrito pela primeira vez por Rötth em 1940 e posteriormente por Sorsby e Symons em 1946. Mais recentemente Kim e Tseng têm usado a mm. em diferentes propostas das iniciais (queimaduras, simbléfaro). Lee e Tseng foram os primeiros a propor o uso da mm para tratar defeitos epiteliais em úlceras corneanas.

Friedrich e colaboradores descrevem o uso de múltiplas camadas de membrana para cobrir a área da úlcera, pois com isso aumenta o tempo de permanência da mm de 2-3 semanas para 6m.

Os mecanismos pelo qual a MM leva à reconstrução do estroma e do epitélio não são bem conhecidas. Uma das possibilidades é que a mm promove uma barreira contra o filme lacrimal o que diminui o número de células inflamatórias que invadem o estroma através da lágrima. Outra hipótese é que componentes da mm regulam a síntese de substâncias inflamatórias (quemoquinas)

O tempo para reepitelização, utilizando várias camadas, é de aproximadamente 3,5-4 semanas. A causa dessa diminuição do tempo é o fato da mm estar suturada a epitélio íntegro o que garante a migração das células. A mm basal da mm é semelhante à da córnea (ambas contém colágeno tipo IV) o que favorece a adesão das células e sua migração.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P11

Nos casos em que a úlcera é grande ou profunda, depois de reabsorver a mm o defeito epitelial volta.

Estudos recentes de Tseng mostram in vitro que as células do estroma próximas à mm têm menor susceptibilidade a fatores que induzem à formação de cicatriz.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

OFT.P12 – OLHO SECO

Tradicionalmente, considera-se que o filme lacrimal seja composto por três camadas:

CAMADA LIPÍDICA

Formada essencialmente pela secreção das glândulas de Meibomius, possui como funções retardar a evaporação e estabilizar o filme lacrimal. A disfunção das glândulas de Meibomius (DGM) pode levar a instabilidade do filme lacrimal e alterações da superfície ocular. Nas CCC, pode estar acometida pela cicatrização e obstrução dessas glândulas.

CAMADA AQUOSA

Produzida pelas glândulas lacrimais principal e acessórias de Krause e Wolfring, transporta nutrientes solúveis em água, substâncias bactericidas, como lactoferrina, imunoglobulinas, lisozima, b-lisina e defensivas, e componentes essenciais para proliferação e diferenciação do epitélio da superfície ocular, como fator de crescimento da epiderme (EGF) e vitamina A. Atualmente, é considerada como sendo essencialmente formada por secreção reflexa. A deficiência aquosa do filme lacrimal (DAFL) pode também estar presente nas CCC por cicatrização e obstrução das glândulas lacrimais.

CAMADA DE MUCINA

A camada interna do filme lacrimal é formada pela secreção das células caliciformes da conjuntiva e das células epiteliais superficiais não-caliciformes da córnea e conjuntiva. Tem papel importante na manutenção da lubrificação epitelial da córnea e conjuntiva, pois torna a superfície ocular hidrofílica. Nas CCC, ocorre destruição das células caliciformes, ressecamento e sofrimento do epitélio da superfície ocular, mesmo com produção aquosa normal. Como a deficiência lipídica, a deficiência de mucina (DM) induz alteração do tempo de ruptura do filme lacrimal.

TRATAMENTO

O tratamento da DAFL baseia-se no uso de lubrificantes tópicos, de preferência sem preservativos, e que tenham o tempo de permanência e a viscosidade apropriados de acordo com a severidade do olho seco. Normalmente, inicia-se o tratamento com metilcelulose 0,5%, álcool polivinílico 0,12% ou polividona 5%, trocando-se, nos casos mais severos, para metilcelulose 1% ou carboximetilcelulose 1%. A frequência deve ser ajustada de acordo com o tipo de lubrificante e resposta clínica observada. Quando o uso dos lubrificantes não é suficiente, indica-se a oclusão dos pontos lacrimais. O objetivo é diminuir a drenagem e manter a lágrima (ou lubrificante) na superfície ocular por um período mais prolongado de tempo. Nos casos de lacrimejamento reflexo ausente, pode-se ocluir os pontos lacrimais superior e inferior definitivamente. Nos casos mais leves, realiza-se a oclusão temporária com implantes de colágeno ou silicone, ou mesmo com "catgut" 2.0. Se os pacientes tolerarem bem a oclusão temporária e não apresentarem epífora, procede-se a oclusão permanente com implantes definitivos de colágeno ou com o uso de cautério. Nos casos severos de olho seco, pode-se utilizar soro

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

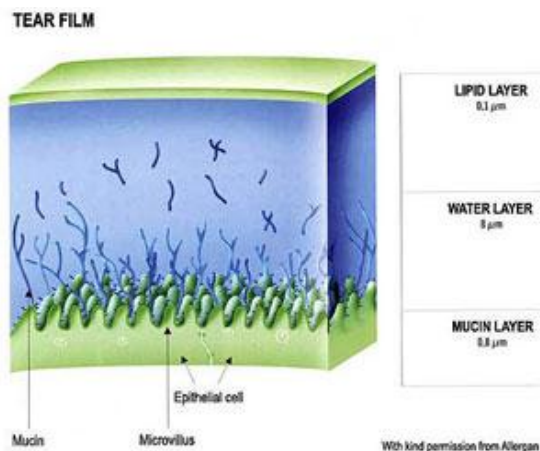
	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

autólogo puro ou diluído, conforme a gravidade do caso. Normalmente, dilui-se a concentrações de 20 a 50% em solução salina ou metilcelulose 0,5%. Sabe-se que o soro autólogo possui componentes essenciais que se encontram presentes na lágrima, como vitamina A, EGF e fator de crescimento transformador beta (TGF- β). É importante que a preparação desse colírio seja feita em laboratório estéril e com experiência na manipulação de sangue para diminuir o risco de contaminação.

O olho seco do tipo evaporativo secundário a DGM deve ser tratado com compressas mornas e limpeza das margens palpebrais com xampu neutro 1 a 2x/dia. Nos casos de blefarite estafilocócica associada, pode-se utilizar pomadas de tetraciclina 1%, sulfacetamida 10% ou bacitracina 5000 μ /ml 1 a 2x/dia. Nos casos mais graves, indica-se uso sistêmico de doxiciclina 100 mg 1 a 2x/dia por algumas semanas. Outras medidas incluem uso de óculos com as laterais fechadas ou óculos de natação para formar uma câmara úmida, utilização de vaporizador para manter a umidade dos aposentos e evitar ambientes com ventiladores e ar condicionado. A tarsorrafia lateral deve ser realizada nos casos mais graves para diminuir a área de exposição da superfície ocular e, conseqüentemente, a evaporação da lágrima. Nos casos de DM, o tratamento consiste no controle da condição determinante e lubrificação. Os casos mais severos, comumente observados nas CCC, podem necessitar de transplante de conjuntiva ou mucosa labial.

DEFINIÇÃO

Volume ou função da lágrima inadequados, resultando em filme lacrimal instável e superfície ocular doente.



TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

- Substitutos artificiais da lágrima;
- Géis e pomadas;
- Óculos câmara úmida;
- Agentes antiinflamatórios (ciclosporina tópica, corticoides, ômega 3;
- Tetraciclina;

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

- Plugs;
- Secretagogos;
- Soro autólogo;
- Lente de Contato;
- Imunossuppressores sistêmicos;
- Cirurgias (tarsorrafia, transplante glândula salivar, transplante de membrana amniótica).



The B-52 Eye Mate sideshield optical side protector shown mounted on a conventional plastic frame.

OLHO SECO: TRATAMENTO

Protocolo International Dry Eye Workshop e Delphi Panel. Objetivo = prevenir complicações.

NÍVEL 1

- Educação, mudanças alimentares e ambientais;
- Lágrimas artificiais;
- Tratamento palpebral;
- Suspensão de drogas sistêmicas precipitadoras.

NÍVEL 2 ADICIONAR:

- Lágrimas s/ conservantes;
- Antiinflamatórios:
 - corticoides tópicos;
 - ciclosporina tópica;
 - ômega-3;
- Tetraciclina (para meibomite e rosácea);
- Plugs;
- Secretagogos;
- Óculos fechados.

NÍVEL 3

- Soro autólogo ou de cordão umbilical;
- LC;
- Oclusão de ponto permanente.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

NÍVEL 4

- Antiinflamatórios sistêmicos;
- Cirurgia:
 - Tarsorrafia;
 - Membrana amniótica;
- Evitar ar condicionado – ventilador;
- Evitar medicações:
 - Antiandrogênicos;
 - Anticolinérgicos;
 - Antidepressivos;
 - Antiarrítmicos;
 - Antiparkinsonianos;
 - Anti-histamínicos;
 - Contraceptivos.

EDUCAÇÃO DO PACIENTE

- Evitar ambientes com fumaça – aquecedores;
- Orientar importância do piscar (computador, leitura);
- Cautela na indicação de cx refrativa;
- Discutir intolerância a LC;
- Consumo de ômega 3 (inibe fatores pró inflamatórios);
- Umidificador de ambiente.

SUBSTITUTOS ARTIFICIAIS DA LÁGRIMA

- Lágrima é complexa tanto no número de componentes quanto na sua estrutura;
- Baseiam-se na reposição da camada aquosa;
- Fatores importantes na escolha: osmolaridade, viscosidade, tipo de preservativo, presença de eletrólitos.

OSMOLARIDADE

- Olho seco possui aumento da osmolaridade;
- Alteração epitelial corneano e conjuntival, desencadeando processo pró-inflamatório;
- Surgimento de colírios hiposmolares (hypotears 230 mOsm, Theratears 181 mOsm);
- Colírio ideal tem osmolaridade entre 181 a 354 mOsm.

VISCOSIDADE

Aumento a viscosidade acrescentando macromoléculas complexas.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

ELETRÓLITOS

- Soluções contendo alguns eletrólitos se mostraram benéficas no tratamento do olho seco;
- Principalmente potássio (mantém a espessura da córnea), bicarbonato (promove reparo da barreira epitelial);
- Thera teas (Adv vision) e Bion tears (Alcon).

PRESERVATIVOS

São substâncias terapeuticamente inativas que destroem ou inibem a multiplicação de microorganismos introduzidos acidentalmente no produto em uso.

Podem lesar o epitélio corneano e conjuntival, afetando as junções celulares, causando necrose da camada de células epiteliais.

Toxicidade depende: concentração, frequência das doses, quantidade lágrima, *turn over* lacrimal, uso de outros colírios.

- Cloreto benzalcônio – o mais utilizado:
 - Olho seco leve – moderado: 4 a 6X dia ou menos
 - Olho seco moderado – severo: alto potencial toxicidade;
- Clorobutanol, clorexidina, timerosal – associados a alterações lacrimais e epitelais;
- Poliquad, cloreto sódio, perborato de sódio – os que têm menor toxicidade, sofrem conversão (Thera teas, genteal, refresh tears).

LÁGRIMAS ARTIFICIAIS

- Éter celulose:
 - hipromelose, metilcelulose, carboximetilcelulose, hidroxipropilmetilcelulose;
- Ácido poliacrílico;
- Álcool polivinílico;
- Hialuronato de sódio;
- Sulfato de Condroitina;
- Povidona.

ÉTER CELULOSE

- Boa retenção ocular;
- Viscosidade não influenciada pelo piscar;
- Indicação nos casos de deficiência aquosa;
- Pode formar crostas nos cílios (CMC > HMC).

ÉSTERES DE HIPROMELOSE

- Lacribell (Latinofarma);
- Lacrima plus (Alcon);
- TriSorb (Alcon);
- Artelac (B&L);
- Filmcel (Allergan);

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

- Genteal (Novartis);
- Carboximetilcelulose;
- Cellufresh (Allergan);
- Ecofilm (latinofarma);
- Freshtears (Allergan).

ÁCIDO POLIACRÍLICO

- Boa retenção ocular;
- Viscosidade influenciada pelo piscar;
- Borramento visual:
 - Lacrigel A (Novartis);
 - Viscotears (Novartis);
 - Visidic gel (B&L).

ÁLCOOL POLIVINÍLICO

Indicação nas deficiências evaporativas e aquosas:

- Não causam borramento da visão;
- Curta duração ocular.
- Lacril (Allergan);
- Refresh (Allergan);
- Refresh gel (Allergan).

SULFATO DE CONDROITINA

- Boa retenção;
- Reposição de mucopolissacarídeos;
- Reepitelização corneana.
- Dunason (Alcon).

POVIDONA

- Coformulado com eletrólitos;
- Indicação na deficiência mucosa.
- Hypotears PF (Novartis);
- Possui preservativo EDTA;
- Hypotears DU (Novartis).

POMADAS LUBRIFICANTES

- São a base de óleo mineral, petrolato e lanolina;
- Podem ser altamente irritantes;
- Aplicadas antes de dormir.

Obs: Endura (Allergan) contém óleo ricino; Soothe (B&L) contém óleo mineral, na tentativa de repor camada lipídica.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

BLEFARITE – MEIBOMITE

- Higiene Palpebral mínimo 2X por dia;
- Compressa morna;
- Maxitrol pomada;
- Tetraciclina ou doxiciclina (derivado tetraciclina).

Dose doxiciclina (20 X 200mg 2X dia 1 mês, mesmos benefícios).

TERAPIA ANTIINFLAMATÓRIA

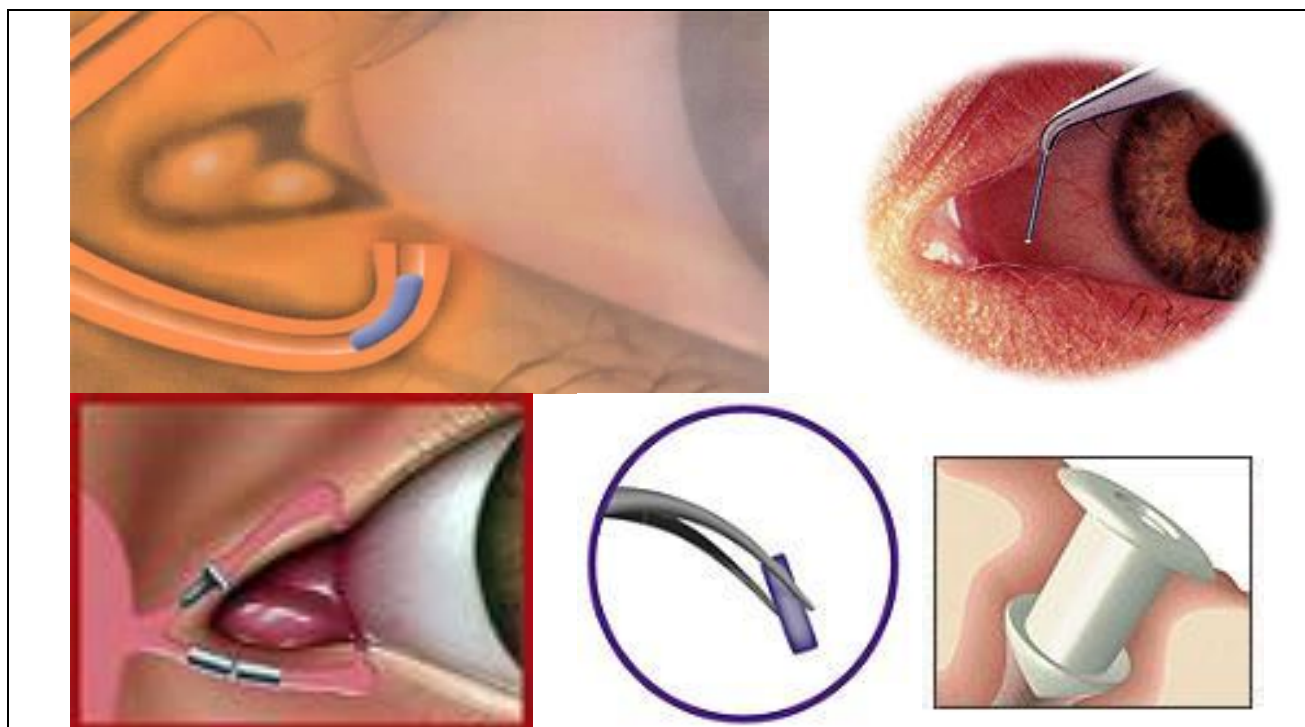
- Ciclosporina A 0,05%:
 - Imunomodulador;
 - Não encontrada sistemicamente nos usuários tópicos.
- Corticoide:
 - Metilprednisolona 1%, por 3 meses, apresentou melhora dos sintomas;
 - loteprednol (lotemax) 0,5% por 4 sem, melhora dos sintomas e do BUT.

SORO AUTÓLOGO

- Contêm fatores epiteliotróficos, neurotróficos, vitaminas, imunoglobulinas;
- Problemas: esterelidade e estabilidade;
- Concentrações de 20 a 100% têm sido usadas;
- Eficiência dose dependente;
- Oclusão do sistema de drenagem:
 - Cirúrgico;
 - Conjuntiva autóloga;
 - Cautério, diatermia ou laser;
 - “Plugs” absorvíveis: colágeno, catgut 2,0;
 - “Plugs” não absorvíveis: silicone, teflon.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12



PRESCRIÇÕES

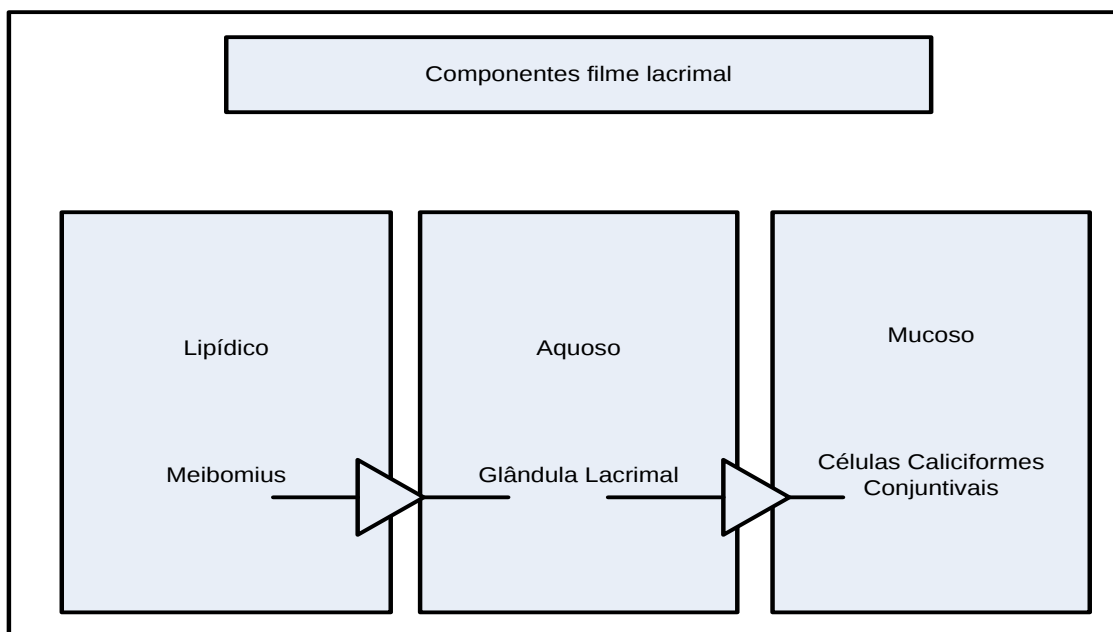
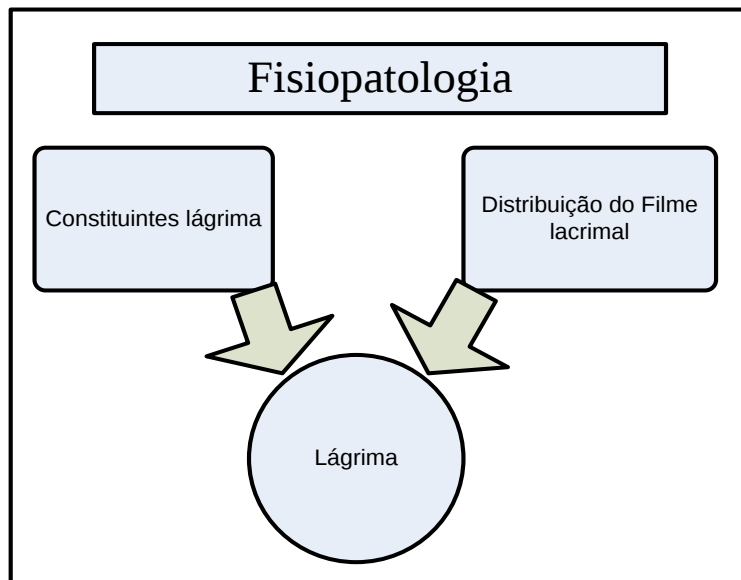
- Óleo de linhaça:
 - 1 comprimido = 1g. Tomar 2 cp por dia (almoço e jantar);
- Soro Autólogo:
 - Centrífuga a 3.500 RPM, aceleração 70 RPMs por 10 min.;
 - Deixar 2 hs, diluir 1:4 em BSS ou SF 0,9%.
- N acetil cisteína:
 - Fluimucil (10%) ampola de uso inalatório;
 - Diluir 1 ampola em 5ml de SF 0,9% ou oftane;
 - Pingar 1 gota em cada olho 3x por dia por 20 dias e reavaliar.
- Maxitrol pomada:
 - 2 X por dia por 15 dias.
- Doxíciclina (1 comp = 100mg):
 - 1comp 12 -12 hs por 3 dias;
 - 1comp por dia por 3 meses.
- Tetraciclina (1 comp = 250mg):
 - 1comp 6-6hs por 3 dias;
 - 1 comp 12-12hs por 3 meses.

Não deve ser usada em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, ou em crianças abaixo de oito anos

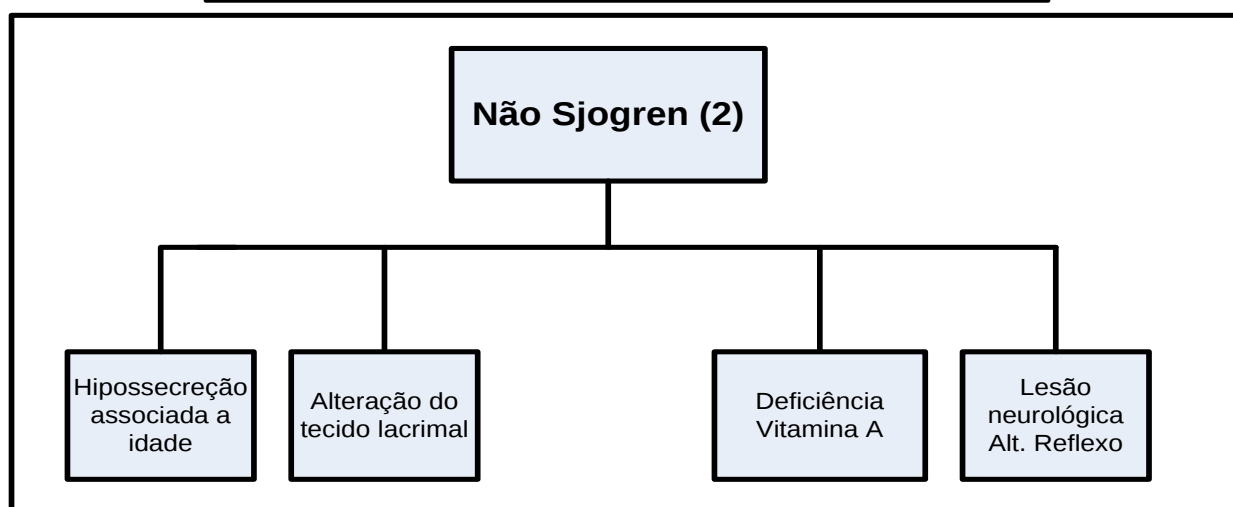
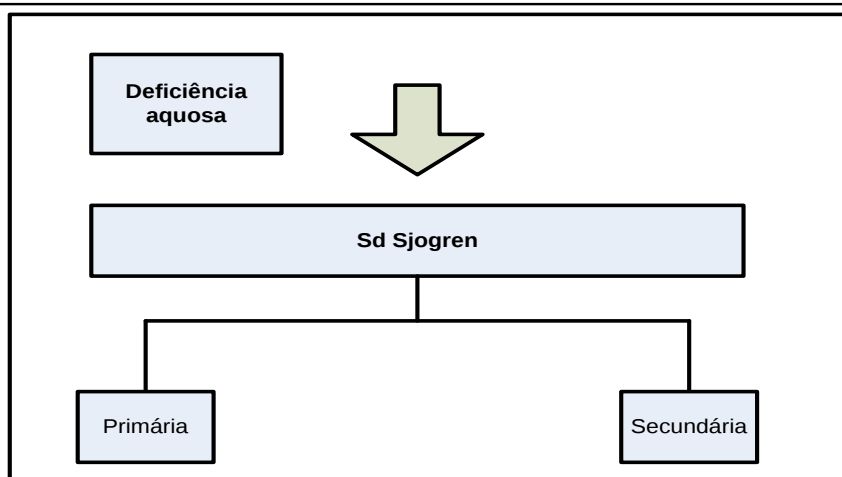
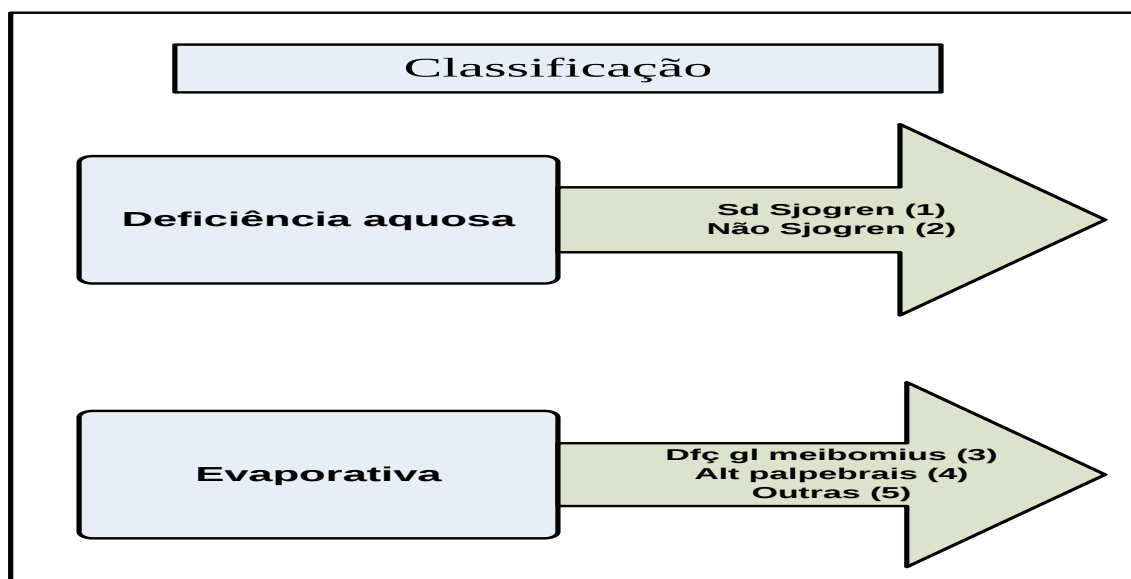
	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12

Fluxogramas - protocolo de olho seco

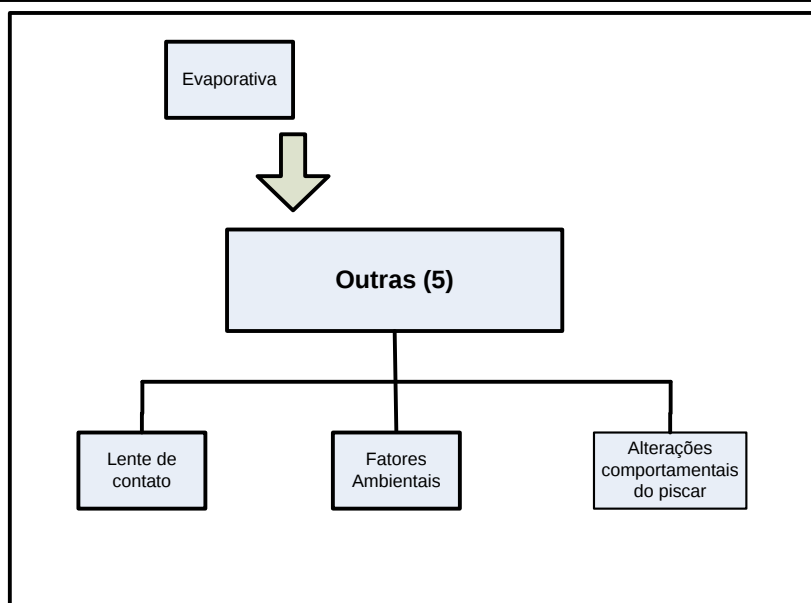
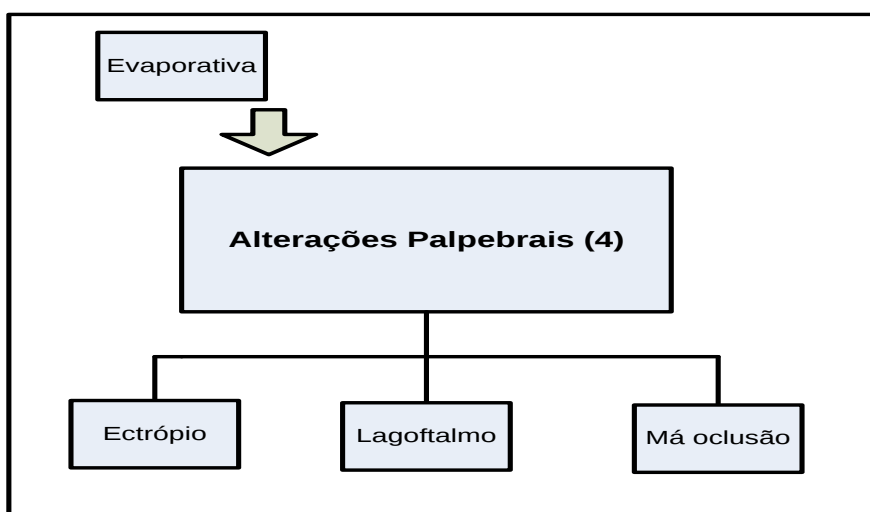
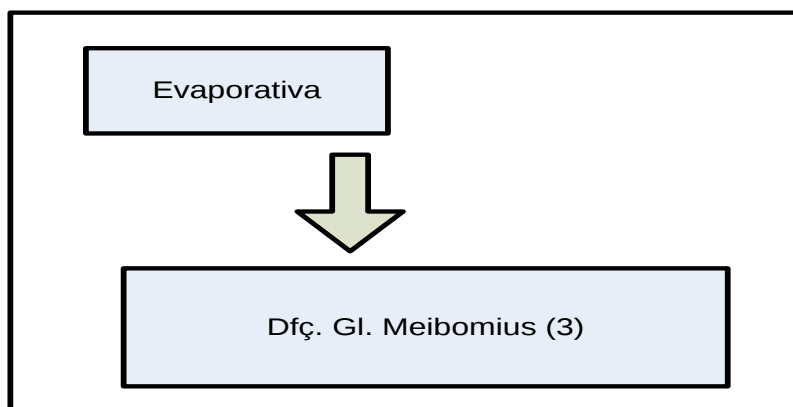


	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura



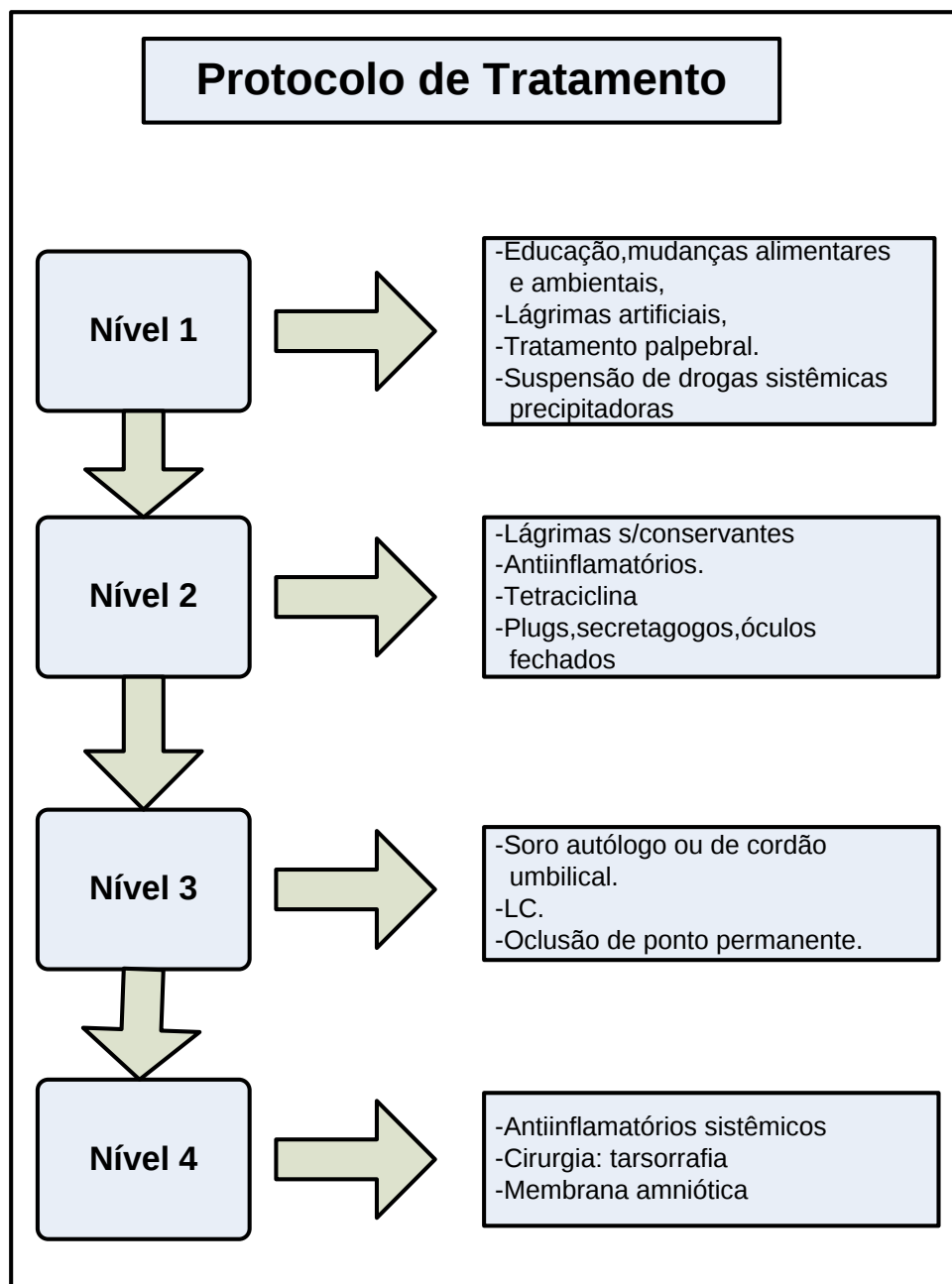
	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro					
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH	Data: 30/09/2011	SST	Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira		Nome: Luis Gustavo O. Cardoso		Nome: Não se aplica	
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura	

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P12



EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P13

OFT.P13 – DISTROFIAS E ECTASIAS

DISTROFIAS

Em geral aparece na primeira e segunda décadas de vida, mostram um padrão hereditário, são bilaterais, simétricas e podem ser progressivas. Tendem a afetar o centro da córnea, preservando a periferia. São avasculares e de modo geral não estão relacionadas com nenhuma doença sistêmica. São classificadas de acordo com a camada corneana acometida.

São alterações raras e serão descritas apenas as mais comuns.

DISTROFIAS EPITELIAIS

DISTROFIA DE MEESMANN

É uma rara afecção corneana bilateral, hereditária, com herança autossômica dominante. Inicia-se precocemente na infância, c/ formação de vesículas no epitélio. Pode ser assintomática até a idade adulta, quando surgem os sintomas de lacrimejamento, fotofobia, hiperemia ocular (microcistos que se rompem no epitélio). A acuidade visual geralmente não diminui muito, a não ser que a superfície corneana torne-se muito irregular.

O tratamento é sintomático, com colírios lubrificantes e lente de contato terapêutica, quando necessário. O transplante pode ser considerado quando a acuidade visual está muito comprometida.

DISTROFIA DA MEMBRANA BASAL EPITELIAL

É mais freqüente que a anterior, bilateral.

Aparece no adulto, após os 40 anos, tendo discreta predominância entre as mulheres.

Os elementos presentes são três: 1. espessamento da membrana basal com extensão para o epitélio, 2. células epiteliais anormais e microcistos intraepiteliais, 3. material fibrilar entre a membrana basal epitelial e a membrana de Bowman.

Os sintomas incluem injeção ciliar, lacrimejamento, fotofobia, sensação de corpo estranho, e dificuldade em abrir os olhos pela manhã devido à erosão recorrente, porém a maioria dos pacientes é assintomática.

TRATAMENTO

solução hipertônica de cloreto de sódio a 5% nos casos de erosão recorrente. Se área muito extensa de epitélio solto, pode ser necessária a remoção do mesmo, oclusão ou LC terapêutica até completa cicatrização.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P13

CAMADA BOWMAN

DISTROFIA DE REIS-BUCKLERS

Herança autossômica dominante. Bilateral, simétrica. Aparece precocemente na 1ª infância. Os ataques de erosão recorrente produzem fotofobia, lacrimejamento, hiperemia e sensação de corpo estranho.

O achado biomicroscópico mais precoce é de opacificação reticular na camada de Bowman, que podem ser lineares, geométricas e que formam projeções em forma de espículas para o epitélio. As opacidades são mais densas no centro da córnea, e a periferia permanece transparente. À medida que as opacidades progridem, a córnea torna-se mais espessa e rugosa, levando a astigmatismo irregular e hipoestesia.

O tratamento consiste no alívio dos sintomas devido à erosão recorrente (lágrimas artificiais e lentes de contato terapêuticas). Se a acuidade visual está comprometida, a ceratoplastia penetrante pode ser necessária. A doença pode recidivar na córnea transplantada.

ESTROMA

DISTROFIA GRANULAR (GROENOUW TIPO I)

Transmissão autossômica dominante. Aparecem na primeira década de vida em forma de opacidades pequenas, discretas, bem delimitadas, no estroma anterior. Até esta fase, geralmente a visão não está afetada e o paciente é assintomático. À medida que a doença progride, as lesões aumentam em número e tamanho, coalescem e estendem-se ao estroma mais profundo.

TRATAMENTO

Ceratoplastia penetrante quando acuidade visual muito comprometida. As lesões podem recidivar na córnea transplantada.

DISTROFIA MACULAR (GROENOUW TIPO II)

Transmissão autossômica recessiva. O paciente apresenta perda progressiva da visão e ataques de erosão recorrente. Aparecem os primeiros sintomas entre os três e nove anos de idade, e até a terceira ou quarta década; a visão está bastante deteriorada.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P13

ENDOTÉLIO

DISTROFIA ENDOTELIAL DE FUCHS

Esta distrofia é bilateral, podendo ser assimétrica. As mulheres são 2.5 vezes mais afetadas que os homens. O sinal mais precoce da distrofia é a córnea gutata. Nem todos os casos de córnea gutata evoluem para distrofia de Fuchs, mas a progressão vai: córnea gutata, edema estromal e epitelial, cicatriz corneana. Acomete mais comumente indivíduos entre 30-60 anos, sendo progressiva através de décadas, por incompetência metabólica do endotélio.

TRATAMENTO

Sintomáticos e transplante corneano.

ECTASIAS

CERATOCONE

O ceratocone é uma distrofia não inflamatória, usualmente bilateral, na qual a córnea assume uma curvatura cônica, devido a um afilamento localizado, com conseqüente protrusão anterior. Mesmo nos casos avançados, as áreas da periferia que circundam a base do cone, mantêm sua curvatura e espessura praticamente normal.

Aparece usualmente na puberdade. O curso usual é de uma progressão lenta, com períodos de quiescência. Tende a progredir durante sete a oito anos e após este período, permanece estável. Frequentemente, esta condição clínica estabiliza-se após os 35 anos de idade.

Dos indivíduos portadores de ceratocone, apenas 26% requerem tratamento cirúrgico; os demais pacientes seguem o curso da doença adaptados com lentes de contato, óculos, ou mesmo sem correção.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P14

2.3. TRANSPLANTE DE CÓRNEA

OFT.P14 - INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE CÓRNEA

A indicação de ceratoplastia penetrante depende de fatores relacionados com a doença corneana do receptor, córnea doadora, técnica cirúrgica, assistência pós-operatória e adesão do paciente ao tratamento. Depende ainda de condições corneanas, do filme lacrimal, borda palpebral, idade, ocupação do receptor e potencial de visão.

A indicação de transplante de córnea precisa ser analisada sob vários aspectos, devendo-se considerar especificamente situação do olho contra lateral, custo/benefício para o olho, visão monocular e binocular, custos para o paciente, condições sócio econômicas do paciente e familiares, facilidade de acesso rápido ao médico quando se fizer necessário.

Com relação ao paciente, deve-se considerar a expectativa do mesmo em relação ao transplante (impacto psicológico por estar na fila para transplante), tempo de pós-operatório e limitação de atividades neste período, aderência ao tratamento, sobrevida média prevista para cada paciente, facilidade de acesso, e o compromisso por pelo menos dois anos ou pela vida toda.

O paciente que se submeteu a um transplante de córnea deve ter em mente que sua vida mudará para sempre depois deste procedimento. Sendo assim a decisão pelo transplante de córnea deve ser bem ponderada e discutida com seu médico a respeito dos riscos e benefícios que este procedimento possa lhe trazer.

Para o sucesso de um transplante de córnea não basta apenas à boa seleção do doador, preparo adequado do tecido e ótimo treinamento técnico do cirurgião; é extremamente necessário que se faça uma melhor seleção do receptor, pois isto diminuiria não só as filas, mas também um número significativo de complicações que poderiam ser evitadas.

TRANSPLANTE TECTÔNICO DE CÓRNEA

A despeito do tratamento clínico adequado que se realize em infecções corneanas bacterianas, fúngicas, virais ou parasitárias, existe certo número de casos refratários ao tratamento, colocando em risco a integridade do globo ocular ou estendendo-se até a esclera.

Tratamentos como recobrimento conjuntival, cola, tarsorrafia, membrana amniótica, podem ser tentados, mas às vezes sem sucesso.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P14

Quando a perfuração acontece o tratamento com antibióticos tópicos deve ser mantido, mas o médico deve estar atento para a toxicidade intraocular que o mesmo pode trazer.

Transplante terapêutico de córnea tem sua indicação bem conceituada no controle de infecções bacterianas, fúngicas, parasitárias e virais refratárias ao tratamento medicamentoso convencional. O controle das infecções bacterianas tem sucesso funcional e anatômico maior do que nas outras.

BACTERIANAS

Os casos de infecções por pseudomona são os mais temidos, pois podemos ter perfuração em 24-48h. O transplante precoce ajuda a erradicar a infecção assim como previne a vascularização da córnea, o que prejudicaria o prognóstico. Os transplantes normalmente são maiores em diâmetro do que os de rotina, aumentando o risco de rejeição.

Outro grupo de infecções bacterianas consiste nos casos em que não há resposta ao tratamento medicamentoso e que necessita de TT (3-6%). Os agentes mais comuns são: *Staphylococcus spp*, *Proteus sp*, *Streptococcus sp*, *Moraxella sp*, *Salmonela sp*.

FUNGOS

A indicação precoce do transplante nos casos de úlceras fúngicas melhora o prognóstico tanto terapêutico quanto visual. Alguns autores relatam realização de transplante lamelar com alta incidência de recorrência, pois foram isolas hifas na mm de Descement. Os melhores resultados são com os transplantes penetrantes.

A incidência dos casos que necessitam de TT é de 18-29% e os agentes mais comuns são: *Fusarium sp*, *Aspergillus sp*, *Penicilium sp*, *Candida sp*, *Cephalosporium sp*.

O transplante terapêutico oferece cura em quase 100% dos casos bacterianos, ao passo que nos casos por fungo e acantameba a cura é menor. Em estudo realizado por Kilingsworth et al (1993), obtiveram bons resultados em pacientes com infecções bacterianas e fúngicas em 86%

ACANTAMEBA

É consenso na literatura que o diagnóstico e tratamento precoce favorece o bom resultado visual, mas o TT ainda é o que apresenta melhor resultado, apesar da recidiva ser grande. Ficker et al descrevem 50% de recorrência no botão.

É descrito, na literatura, incidência de indicação de TT em 70-80% dos casos.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P14

VIRAL

Não é raro a ceratite viral terminar em indicação de transplante de córnea, seja para recuperação visual (cicatriz) ou nos casos de infecção ativa com descemetocel e perfuração. O sucesso dos transplantes nesses casos tem melhorado devido à utilização de drogas antivirais no pós-operatório e altas doses de corticoide no pós-operatório imediato, mas mesmo assim os resultados não são animadores devido à chance de recidiva da doença no botão, à diminuição da sensibilidade e comprometimento da superfície.

OUTRAS INDICAÇÕES

- Infecção;
- Inflamação (colagenose, rosácea, penfigoide);
- Trauma (químico);
- Olho seco (S. Sjogren, hipovitaminose, queimadura, Riley Day, AR);
- Exposição (lagofalmo, paralisia);
- Neurotrófico;
- Degeneração/ectasias (Terrien, ceratocone, degeneração marginal pelúcida).

PRÉ-OPERATÓRIO

Uma vez indicado o TT, o paciente deve ser bem avaliado para descartar a possibilidade de endoftalmite, que é mais comum acometer pacientes portadores de infecção fúngica, perfurados, pós-cirurgia de catarata.

O tecido doador, muitas vezes não disponível com a urgência que se necessita, podem ser utilizados, como alternativa, tecidos criopreservados (Yao et al, 2003) com bons resultados.

O diâmetro dos trépanos a serem utilizados devem ser cistos antes, pois é de responsabilidade do cirurgião a melhor qualidade possível da cirurgia. Nos TT a diferença entre doador e receptor deve ser de pelo menos 0,5mm na tentativa de diminuir as sinéquias periféricas, muito comuns nesse tipo de procedimento, principalmente se houver perfuração.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P14

PER OPERATÓRIO

O gol da cirurgia é remover todo material infectado, deixando, de preferência 1mm de margens livres, facilitando a sutura e evitando deiscência, assim como garantindo a não recidiva.

Normalmente a cirurgia é realizada sob anestesia geral, principalmente se houver perfuração e nesses casos a utilização de trépanos a vácuo (Hessburg-Baron) são recomendados.

Alguns autores recomendam utilização de manitol antes da cirurgia, assim como realizar a mesma sob miose.

Usualmente deve-se utilizar anel de Flieringa para suporte da esclera, evitando complicações como colabamento do segmento anterior.

Também é recomendada a coleta de material e semeadura do mesmo na sala de cirurgia, assim como aspiração e injeção intravítrea, caso suspeita de endoftalmite.

O tamanho do botão depende da localização e extensão da lesão, devendo-se tentar evitar os botões muito pequenos em que a sutura fique na zona óptica. Os botões maiores apresentam maior chance de complicações pós-operatórias. A diferença entre o doador e receptor deve ser de 0,5-1 mm, para aumentar a CA e prevenir sinéquias.

Nos casos em que a infecção não compromete toda espessura da córnea, pode-se optar por realizar transplante lamelar, mas a chance de recidiva aumenta, não sendo recomendado caso haja suspeita ou diagnóstico de fungo, pois o mesmo pode alojar-se na Descement.

Nos casos severos de infecção fúngica a recidiva é alta, sendo recomendado por alguns autores a utilização de solução de fluconazol 0,2% para lavar a câmara anterior no intraoperatório (Yao et al 2003).

Não se devem realizar procedimentos conjugados como facectomia ou vitrectomia, a não ser que sejam necessários, o mínimo de manipulação é recomendado e a extração do cristalino é sempre desaconselhável, já que o mesmo funciona como barreira à infecção.

As suturas devem ser obrigatoriamente separadas, devendo-se dar mais pontos do que o habitual, pois a chance de deiscência é maior. Os pontos devem conter 75% da espessura da córnea e não mais, para evitar a contaminação intraocular.

Deve-se lembrar que se o paciente está nessa situação é porque existem outras alterações da superfície que favoreceram como alteração do filme lacrimal, alterações da conjuntiva ou da pálpebra e todos os fatores que possam persistir devem ser corrigidos.

Nos casos de olho seco a oclusão dos pontos pode ser realizada no mesmo ato, assim como tarsorrafia. Nos casos de alteração da superfície um recobrimento conjuntival pode e deve ser realizado e muitas vezes associado à tarsorrafia, pois os defeitos epiteliais persistentes favorecem uma nova infecção.

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P14

ETIOLOGIA

A causa mais frequente de perfuração corneana ainda são as infecções bacterianas, fúngicas ou virais, sendo que nos casos de perfuração a chance de contaminação é de 24-55%, sendo as bactérias as mais comuns.

Para que haja a infecção é necessário na maioria das vezes que haja quebra da barreira epitelial associada às quemoquinas que facilitam o agente penetrar no estroma.

Doenças da superfície assim como as infecções virais de repetição podem causar uma córnea neurotrófica que favorece a infecção secundária, assim como queimaduras, edema persistente entre outras.

RESULTADOS

Alguns autores recomendam a utilização de antifúngicos VO por 1-2 meses de pós-operatório na tentativa de diminuir a recidiva. Xie et al (2001) utilizam ciclosporina para prevenir a rejeição, iniciando 2 semanas após a cirurgia. Corticoide tópico utilizar somente se o botão doador foi >8,5mm ou severa inflamação da íris após 2 semanas da cirurgia.

Com relação aos resultados dos transplantes terapêuticos, encontramos na literatura alguns trabalhos otimistas como o de Vanathi et al (2002) em estudo de 42 cirurgias encontraram como principal causa de TT corneano os afilamentos e perfurações pós-infecção (28,6%), seguidos de afilamento por doença imunológica em 14,3% e pós trauma em 14,3%. Resultado anatômico foi obtido em 85,4%, AV > 0,3 em 70,73%. A principal complicação foi sinéquia periférica e, 9,76% e melting em 12,2%.

Jonas et al (2001) em estudo com 60 pacientes apresentando úlcera perfurada ou descemetocèle, obtiveram resultados satisfatórios quanto à AV final com 90% tendo melhora da visão prévia (média Avf 0,1). Em 16,7% dos casos houve necessidade de reoperação pela recidiva da infecção. Quando comparado ao grupo controle a visão final foi pior, astigmatismo PO foi maior, os episódios de rejeição e perda de suturas também foram mais frequentes.

Xie et al (2001) em estudo de 108 olhos com úlcera fúngica severa submetidos a transplante terapêutico, obtiveram aproximadamente 80% das córneas transparentes no período de 6-24m PO. As complicações mais frequentes foram: recorrência infecção 7,4%; rejeição 29,6%; glaucoma secundário 1,9% e 4,6% desenvolveram catarata.

Claerhoud et al (2002) realizaram estudo comparativo de dois grupos de pacientes submetidos a TT, um grupo com infecção e outro sem infecção. No primeiro grupo 80% dos transplantes permaneceram transparentes no período de segmento (21m) ao passo que no segundo apenas 23% permaneceram transparentes. A visão melhorou em 71%

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P14

dos pacientes no primeiro grupo e a contagem de células endoteliais foi > 1900 em 50% dos casos.

De modo geral é descrito na literatura a cura em 70-100% dos casos de infecções bacterianas, 86-100% nas fúngicas, 50% para acantameba e 63-100% nas herpéticas. O botão permaneceu transparente em 20-75% nas bacterianas, 13,3-60% nas fúngicas, 50% na *Acantameba* e 39-100% nas herpéticas.

A recorrência da doença ocorre em 6-7% nas fúngicas, 30-50% na *Acantameba* e 8,8-75% nas virais.

A melhora visual depende de vários fatores como agente causal, tempo da cirurgia, grau de inflamação, tipo de material doador utilizado, tamanho do botão, etc.

Nesses casos a primeira preocupação é em manter a integridade do globo ocular e eliminar a infecção, a reabilitação visual e fator secundário.

FUNÇÕES E DEVERES DO BANCO DE OLHOS

Os modernos bancos de olhos devem estar preparados para as modificações que vêm ocorrendo, assim como devem ser flexíveis para as mudanças na legislação. A qualidade do tecido e do serviço oferecidos deve ser o foco principal. A comunidade tem o direito de esperar por um tecido de ótima qualidade para o transplante de córnea e que não ofereça riscos de transmissão de doenças. O banco de olhos deve certificar-se que o material obtido leve a melhoria da qualidade de vida dos pacientes transplantados.

As necessidades, direitos e deveres de um banco de olhos no Brasil devem ser baseados na realidade nacional e não importadas.

- Obtenção de córneas;
- Preparo técnico para manuseio do material doador;
 - Avaliação da córnea doadora;
 - Acondicionamento do tecido;
- Organização das filas.

Os processos de trabalho do Banco de Olhos da Unicamp estão descritos no capítulo 5 deste manual.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO	
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.	
ÁREAS ENVOLVIDAS	
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica	

	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P15

OFT.P15 – REJEIÇÃO DE TRANSPLANTES DE CÓRNEA

DEFINIÇÃO

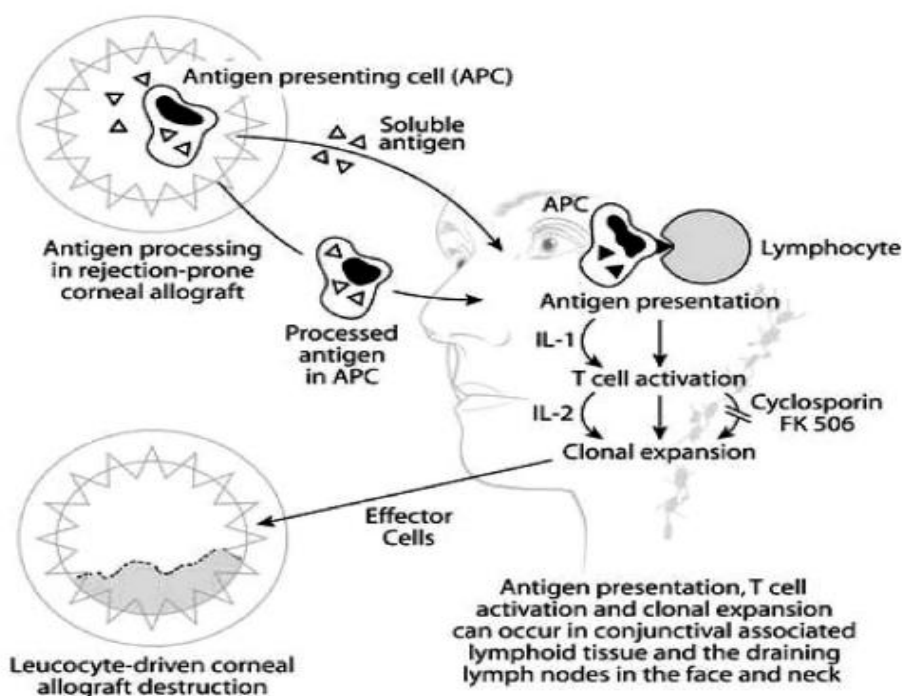
- “A rejeição do transplante de córnea é um processo específico no qual um enxerto de córnea doadora que esteve transparente por pelo menos duas semanas abruptamente apresenta edema e sinais inflamatórios no segmento anterior”;
- Processo imunológico.

ASPECTOS HISTÓRICOS

- Paufigue – 1948;
- Maumenee – 1955;
- Khodadoust e Silverstein – 1969.

ASPECTOS IMUNOLÓGICOS

- ACAID:
 - Ausência de vasos sanguíneos;
 - Ausência de vasos linfáticos;
 - Barreira hematoaquosa ;
 - Escassez de APC no centro da córnea;
 - Fatores imunomoduladores no olho;
 - CD 95L (Fas ligand).



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P15

FATORES DE RISCO PARA REJEIÇÃO

- Vascularização estromal da córnea pré e pós-operatória;
- Sinéquias anteriores;
- Falência de TX prévio (especialmente por rejeição);
- Cirurgia do segmento anterior prévia;
- Cirurgia concomitante (vitrectomia);
- Receptor jovem;
- Inflamação ocular concomitante;
- Glaucoma;
- Herpes simples;
- Botão doador grande;
- Botão doador descentrado;
- Transplante bilateral;
- Remoção inadequada de sutura;
- Sutura inadequada;
- Alterações palpebrais (entrópio, triquíase);
- Olho seco.

TIPOS DE REJEIÇÃO

- Epitelial;
- Estromal crônica;
- Estromal hiperaguda ;
- Focal crônica;
- Estromal e endotelial combinadas;
- Rejeição em transplantes repetidos .

QUADRO CLÍNICO

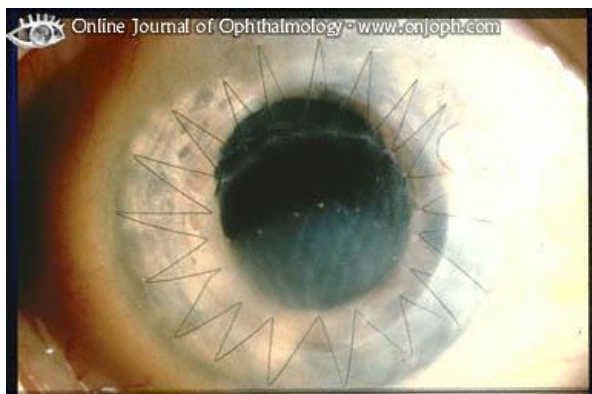
- Rejeição Epitelial;
- Rejeição estromal crônica;
- Rejeição estromal hiperaguda.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P15



- Rejeição crônica focal (endotelial)



- Rejeição estromal e endotelial combinadas



	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P15

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Falência tardia;
- Endoftalmite estéril ou infecciosa;
- *Epithelial downgrowth*;
- Ceratite herpética recorrente.

TRATAMENTO

- Corticosteroides;
 - Tópico;
 - Subconjuntival;
 - Intravenoso;
 - Oral;
- Ciclosporina A;
- Agentes citotóxicos;
 - Azatioprina;
- Tacrolimus.

PREVENÇÃO

Cuidados cirurgia e pós operatório:

- Melhor *Matching* (Sist. ABO; HLA);
- Corticoides;
- Ciclosporina A.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P16

OFT.P16 – INSTRUMENTAL PARA TRANSPLANTE DE CÓRNEA

CAIXAS DE TRANSPLANTE DE CÓRNEA

Quantidade: 2 (BO Tx1; Tx2)

TX1 – (13 peças)

- 1 Marcador 16;
- 1 Tesoura west cot;
- 1 Tesoura de córnea ;
- 1 Pinça Macpherson;
- 1 Pinça pollak;
- 1 Tesoura argola;
- 1 Tesoura de córnea direita;
- 1 Tesoura de córnea esquerda;
- 1 Pinça 12;
- 1 Porta agulha;
- 1 Espátula de íris;
- 1 Blefaro;
- 1 Anel.

TX2 (10 peças)

- 1 Espátula de íris;
- 1 Marcador 6;
- 1 Tesoura de córnea universal;
- 1 Tesoura de córnea esquerda;
- 1 Tesoura Argola;
- 1 Portaagulhas;
- 1 Pinça macpherson;
- 1 Pinça .12;
- 1 Pinça conyntera;
- 1 Blefaro;
- 1 Anel de arame.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CC, CCA, CME

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rosane Silvestre de Castro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

2.4. ESTRABISMO

OFT.P17 – AMBULATORIO DE ESTRABISMO

FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO

O Ambulatório de Estrabismo funciona:

- às segundas, quintas e sextas-feiras nos períodos da manhã e tarde;
- às terças e quartas-feiras pela manhã.

A equipe é formada por 4 médicos e um tecnólogo em ortóptica, chefiados pela Prof. Dra. Keila Miriam Monteiro que é a responsável pelo Setor.

O ambulatório atende pacientes adultos e crianças, portadores de qualquer tipo de estrabismo.

O paciente referenciado pela rede pública é submetido à triagem no Setor de Oftalmologia Geral e encaminhado ao Ambulatório de Estrabismo.

Na primeira consulta inicia-se o tratamento clínico, com revisão da prescrição de óculos e continuação do tratamento da ambliopia, iniciado no Setor de Oftalmologia Geral. Conforme detalhado no texto abaixo, alguns tipos de estrabismo não requerem cirurgia, mas a maioria recebe tratamento cirúrgico.

Para o agendamento do tratamento cirúrgico, é necessário que o paciente tenha terminado o tratamento clínico com, no mínimo, 3 consultas de acompanhamento. Após o tratamento cirúrgico, a alta ambulatorial é dada após 1 ano, no caso de crianças maiores de 7 anos e adultos. Para crianças menores, o acompanhamento é continuado até 7 anos de idade, quando não há mais riscos de ambliopia, dado que o desenvolvimento visual se completa nesta idade (ver texto).

As cirurgias são realizadas no CC geral e no CC ambulatorial, conforme escala cirúrgica baixo:

Dia da semana e período	Periodicidade	Centro Cirúrgico	Paciente
Terças-feiras, pela manhã	Quinzenal	Ambulatorial	Pacientes adultos sob anestesia local
Quartas-feiras, Pela manhã	Semanal	Ambulatorial	Crianças sob anestesia geral
Quintas-feiras, à tarde	Quinzenal	Geral	Adultos e crianças sob anestesia geral
Quintas-feiras, pela manhã	Quinzenal	Ambulatorial	Adultos e crianças sob anestesia geral

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

TRATAMENTO DO ESTRABISMO

A escolha do tratamento do estrabismo é baseada em vários fatores como idade do paciente, causa, tipo e tamanho do desvio.

LINHAS GERAIS DO TRATAMENTO DO ESTRABISMO EM CRIANÇAS

A incidência do estrabismo, em um primeiro momento, acarreta visão dupla, tanto no adulto como na criança. Na criança, ocorrerá supressão da segunda imagem pelo Sistema Nervoso Central. Esta supressão se tornará gradualmente mais profunda, tornando-se definitiva, sendo então chamada de ambliopia.

Por isso, em crianças, o enfoque principal é o diagnóstico precoce, para que o combate à supressão e o desenvolvimento da binocularidade possam ocorrer antes de se completar a maturação do sistema visual.

De um modo geral, o tratamento do estrabismo na criança é conduzido em três etapas: prescrição de óculos, tratamento da ambliopia e correção cirúrgica do componente não acomodativo do desvio, isto é, da porção do desvio que não foi corrigida através de óculos.

A prescrição de óculos é necessária tanto para otimização da visão, como para o controle da acomodação. A correção de ametropias significativas é a primeira medida a ser tomada antes de se iniciar o tratamento oclusivo.

A falta de nitidez de imagem, além de representar um bloqueio para o desenvolvimento da visão, é um dos fatores que diminui o controle fusional motor nos casos de desvios e piora as chances de bom alinhamento cirúrgico. A anisometropia não corrigida (diferença de grau entre os olhos) constitui motivo adicional ao desvio para ocorrência de supressão.

Além de otimizar a visão, a correção óptica também representa o principal recurso para tratamento de esotropias acomodativas, parcialmente acomodativas. Provocar esforço de acomodação através de lentes negativas também pode ser indicado em portadores de exotropias intermitentes que sejam emétopes ou míopes.

Bifocais, quando bem indicados e prescritos por volta dos dois ou três anos de idade, promovem alinhamento para longe e perto oferecendo condições para o resgate ou desenvolvimento da visão estereoscópica.

Assim a nitidez da imagem é peça-chave para o sucesso do tratamento da ambliopia e do estrabismo.

O tratamento da ambliopia é simples e não envolvem gastos, sendo um dos mais vantajosos na oftalmologia, porque previne uma das principais causas de cegueira na criança. Consiste em ocluir o olho de melhor visão para combater a supressão do olho desviado. É como despertar o cérebro para enxergar com ambos os olhos.

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17



(fotos autorizadas de arquivo pessoal)

Há desvios que não sofrem influência da acomodação e seu tratamento é inteiramente cirúrgico, como por exemplo, a esotropia de aparecimento precoce, também chamada de congênita.

LINHAS GERAIS DO TRATAMENTO DO ESTRABISMO EM ADULTOS

Quando o início do desvio ocorre na fase adulta, após a maturação completa do sistema visual, a diplopia é regra e todos os esforços devem ser dirigidos no sentido de restaurar a visão binocular única.

Nesta fase são mais frequentes como causas de desvios, as paresias oculomotoras, os desvios restritivos das fraturas de órbita e da oftalmopatia de Graves, desvios resultantes de outras cirurgias oftalmológicas (como para correção de descolamento de retina), entre outros.

O tratamento do estrabismo de incidência em adultos é cirúrgico, na maior parte dos casos e o prognóstico para restauração da binocularidade é variável dependendo do grau de lesão neural ou muscular, indo desde o sucesso cirúrgico completo até a impossibilidade de cura.

A técnica de cirurgia ajustável é um valioso recurso para os casos onde as amplitudes de fusão motoras forem limitadas nos quais o ajuste preciso da dosagem cirúrgica é necessário para o resgate da fusão. Usando-a, o cirurgião conta com a informação do paciente (visão dupla ou fusão) para o ajuste nos procedimentos de retrocesso muscular. Se o ângulo de desvio horizontal for menor do que 15 pd (dioptrias prismáticas), a correção cirúrgica pode ser contraindicada. Para estes casos, o alívio da diplopia pode ser obtido através de prismas.

Em casos de diplopia intratável recursos paliativos são aplicados para promover conforto visual ao paciente, como borramento de uma das imagens através do uso de óculos com umas das lentes fosca ou lente de contato com pupila pintada de preto.

Para os casos de paresias agudas dos nervos oculomotor, abducente e troclear(9), a conduta inicial é observação por, no mínimo seis meses, intervalo no qual a investigação etiológica se completa e a paresia pode se recuperar espontaneamente. Nesse ínterim

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

medidas paliativas para promover conforto ao paciente, como oclusão de um dos olhos, uso de prismas e injeção de toxina botulínica são usadas.

Para casos de paresias de abducente, o uso de toxina botulínica A no reto medial do olho comprometido, é fortemente indicado para alívio da diplopia, enquanto se aguarda uma possível recuperação espontânea.

Não se pode deixar de mencionar a utilidade do tratamento ortóptico para aumentar as amplitudes de fusão para os casos de forias descompensadas, insuficiências de convergência. Consistem na prática de exercícios de diferentes graus de complexidade, desde o emprego de movimentos simples de aproximação e distanciamento de um alvo de fixação, exercícios com prismas, até o uso de sinotóforo realizados em consultório.

TOXINA BOTULÍNICA A (TBA) PARA O TRATAMENTO DO ESTRABISMO

A TBA é uma proteína produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*. É injetada diretamente no músculo extraocular localizado por eletromiógrafo. Age na terminação nervosa onde permanece por várias semanas impedindo a liberação de acetilcolina. A paralisia tem início entre 2 a 4 dias após a injeção e permanece por 5 a 8 semanas. O músculo paralisado sofre alongamento e seu antagonista, contratura. Estas mudanças podem produzir melhora prolongada do alinhamento.

As principais indicações para o uso da TBA são:

- Paresia de VI nervo;
- Desvios de pequeno ângulo (eso ou exotropias);
- Pequenos desvios residuais ou consecutivos pós-cirúrgicos;
- Esotropia cíclica.

Estudos têm demonstrado resultados desapontadores deste tratamento em pacientes com desvios grandes ou restritivos. Assim como no tratamento cirúrgico os resultados são melhores quando existe fusão para estabilizar o alinhamento.

Os efeitos colaterais mais comuns do uso da toxina são: ptose e estrabismo vertical que podem durar de 3 semanas a 3 meses.

CIRURGIA DA MUSCULATURA EXTRAOCULAR

Tendo-se alcançado o potencial visual máximo para ambos os olhos, o desvio residual (porção não corrigida com tratamento óptico) pode então ser tratado cirurgicamente.

O objetivo do tratamento cirúrgico é promover o alinhamento ocular e, quando possível, resgatar a visão binocular.

Para planejar e executar a cirurgia de estrabismo é essencial o conhecimento geral da anatomia da musculatura ocular extrínseca e dos tecidos adjacentes, juntamente com o entendimento da fisiologia motora. O cirurgião também deve estar familiarizado com o instrumental cirúrgico, tipos de sutura e agulhas usados na cirurgia.

A história clínica do paciente e uma detalhada avaliação clínica em associação com um exame ocular completo, são parte da informação necessária para planejar a correção cirúrgica.

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

INDICAÇÕES E BENEFÍCIOS DA CIRURGIA

A cirurgia de estrabismo é realizada para melhorar a função visual e trazer benefícios psicossociais ao paciente.

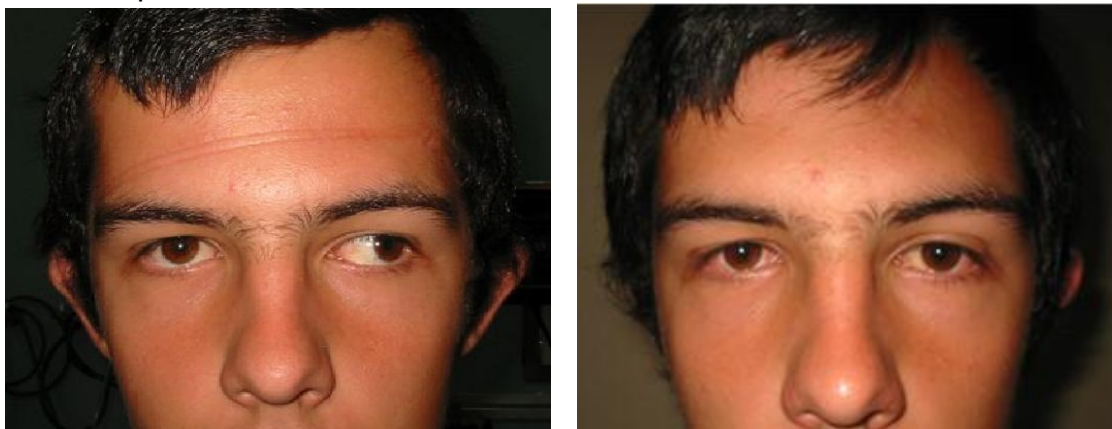


Figura 1. Paciente submetido à retrocesso de retos laterais e ressecção de um reto medial.
(fotos autorizadas de arquivo pessoal)

Sua indicação pode ser relativa (nos casos de astenopia nas forias ou desvios intermitentes), ou absoluta (para casos de visão dupla intratável por métodos clínicos em pacientes com aparecimento de estrabismo na idade adulta).

Se houver potencial para binocularidade, o alinhamento pós-cirúrgico terá maiores chances de ser completo, assim como poderá restaurar a estereopsia ou permitir o desenvolvimento dela, especialmente se o desvio pré-operatório for intermitente ou de início recente.

Alguns pacientes assumem uma posição anormal de cabeça para aliviar a diplopia (na paresia do oblíquo superior ou do reto lateral) ou para melhorar a visão (no nistagmo). Este é o chamado torcicolo ocular. Para estes casos o tratamento cirúrgico pode não apenas melhorar o campo de visão útil, mas também reduzir o torcicolo.

CONSIDERAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

O planejamento será realizado com base no diagnóstico de qual, ou quais, músculos são responsáveis pelo desequilíbrio motor.

Desvios que variam de tamanho em diferentes posições do olhar requerem alterações especiais na técnica para conseguir maior concomitância ao alinhamento pós-cirúrgico.

Incomitâncias verticais

Se o tamanho de um desvio horizontal na posição primária for diferente em supra e infra versões, estaremos diante de uma incomitância em V ou A. O tratamento cirúrgico pode incluir cirurgia de músculos oblíquos ou deslocamento dos retos horizontais para cima ou para baixo.

Incomitâncias horizontais

Se o tamanho do desvio no olhar lateral for significativamente diferente do tamanho em posição primária do olhar, é provável que exista uma paresia ou uma restrição. As forças

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011 SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

restritivas dever ser aliviadas. Se não houver restrição a incomitância lateral pode significar uma paresia. Nestes casos o cirurgião deve adequar a dose de cirurgia para cada reto horizontal a ser operado.

Cirurgias primárias x novas intervenções

São tecnicamente mais fáceis. É preferível operar músculos que ainda não foram submetidos a cirurgias anteriores de estrabismo ou a cirurgias para descolamento de retina. Entretanto, em casos de restrição mecânica, forças restritivas no olho previamente operado devem ser liberadas. Relatórios de cirurgias prévias são sempre úteis para o planejamento.

TÉCNICA CIRÚRGICA

É possível atuar cirurgicamente em qualquer dos seis músculos extraoculares e, basicamente, existem três classes de cirurgias: as debilitantes, as fortalecedoras e as transposições que mudam a direção de ação dos músculos.

A maior parte dos desvios horizontais é corrigida por meio da técnica de retrocesso/ressecção.

O retrocesso é um procedimento debilitante e a ressecção, de fortalecimento. A palavra “fortalecimento” deve ser entendida com a ressalva de que a ressecção não aumenta a força do músculo e sim, sua tensão devido ao encurtamento. Tomemos como exemplo um desvio convergente com fixação preferencial por um dos olhos. Existe um desequilíbrio motor causado pela desproporção de forças entre o reto medial (hiperfuncionante) e o reto lateral (hipofuncionante). Assim, realiza-se procedimento de debilitamento (retrocesso) do reto medial e de fortalecimento (ressecção) do reto lateral do olho não fixador. A figura x mostra a sequência de passos principais dos procedimentos acima mencionados.

PROCEDIMENTOS DEBILITANTES

Retrocesso de músculo reto (figura 2)

A inserção é movida posteriormente em direção à origem do músculo:

- O músculo é abordado e uma sutura não absorvível é passada no tendão próximo à inserção;
- O tendão é desinserido da esclera, a quantidade de retrocesso é medida e marcada com compasso;

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

- O músculo é ressuturado à esclera, em posição posterior à inserção.

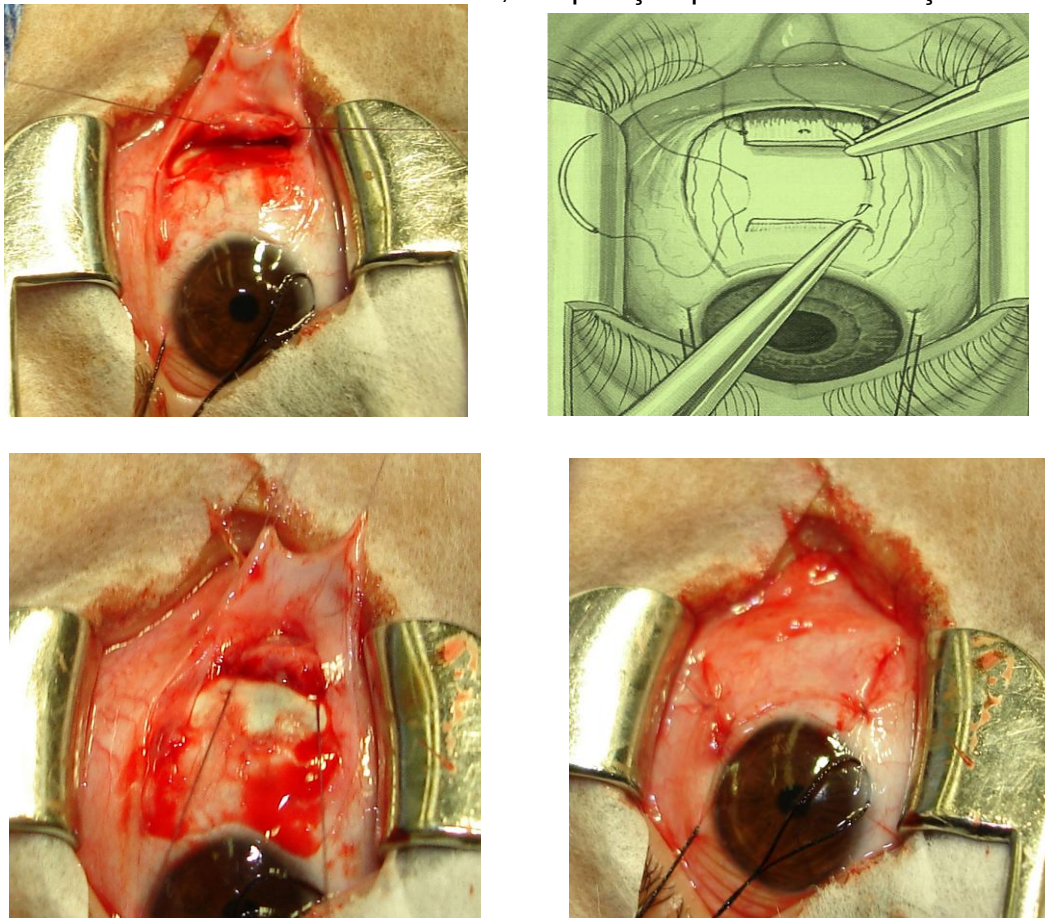


Figura 2. Músculo reto medial em cirurgia de retrocesso.

Miectomy

Consiste em ressecar-se um segmento muscular sem reinserir o restante. É usada para tratar hiperfunções de oblíquos inferiores (fig. 3).

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

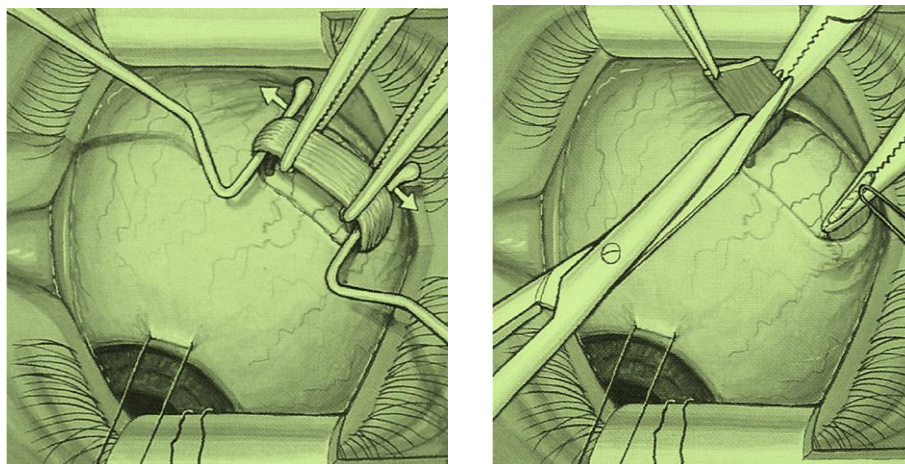


Figura 3. 3A- Isolamento do músculo oblíquo inferior. 3B ressecção de um segmento do músculo oblíquo inferior

Mioescleropexia (ou cirurgia de Faden)

Consiste em se diminuir a força de ação do músculo em seu campo de ação, sem mudá-la na posição primária do olhar. Usado para músculos retos. O corpo muscular é ancorado à esclera com sutura não absorvível 12 mm posterior à inserção.

PROCEDIMENTOS FORTALECEDORES

Ressecção de músculo reto (fig. 4): o músculo é encurtado para aumentar sua força de tração:

- aborda-se o músculo e sutura-se o músculo em um ponto pré-determinado posterior à sua inserção;
- A parte anterior à sutura é retirada e o músculo é inserido à inserção original.

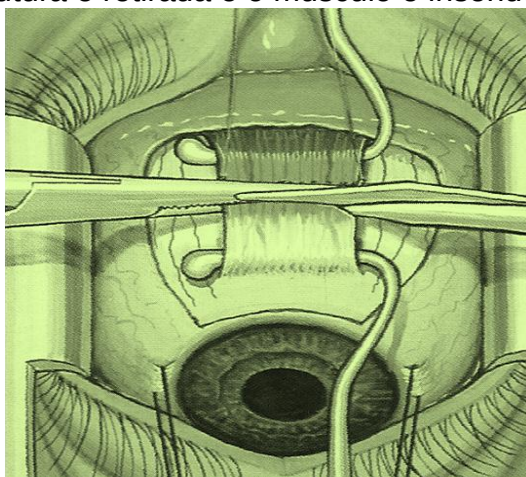


Figura 4. Ressecção de um reto medial.

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

Pregueamento (tucking) (fig. 5)

Consiste em se fazer uma prega dobrando o tendão geralmente é usado para aumentar a ação do oblíquo superior nos casos de paresia congênita do IV nervo.

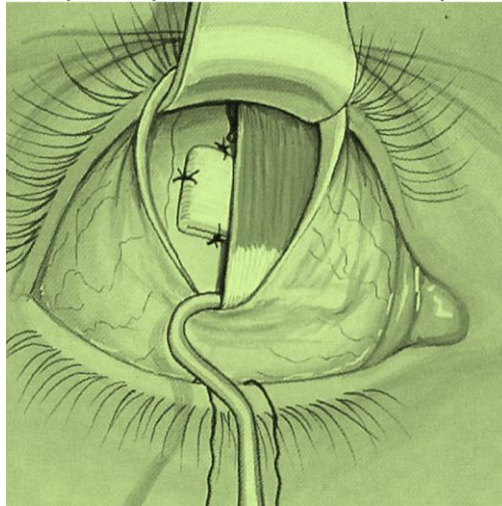


Figura 5. Pregueamento do oblíquo superior direito (músculo é visto sob o reto superior e foi abordado próximo a sua inserção).

INTERVENÇÕES PARA DESVIOS PARÉTICOS

Paresia e paralisias de reto lateral

Se não houver recuperação espontânea da paresia até 6 meses após sua incidência, a cirurgia estará indicada.

Procedimentos de transposição como o de Carlson Jampolsky(30) são os mais eficazes para melhorar a abdução e promover o alinhamento na posição primária do olhar (fig. 6)

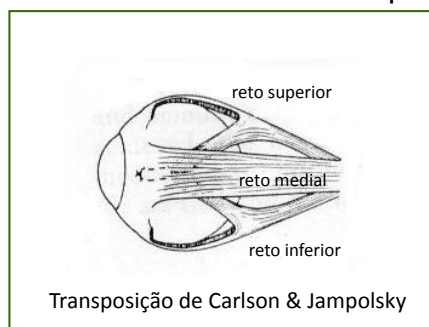


Fig. 6: Transposição de Carlson Jampolsky

Paresia do oblíquo superior

A cirurgia estará indicada para os casos de diplopia e presença de torcicolo.

Para se decidir qual ou quais músculos serão operados é necessária uma avaliação cuidadosa das versões e medidas do desvio em todas as posições do olhar (primária,

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

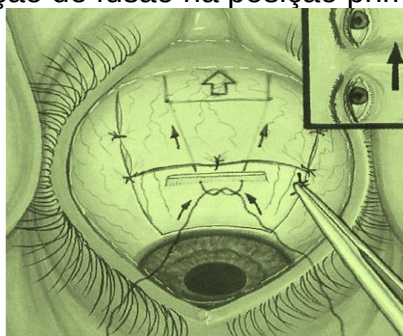
secundárias e terciárias). A correção será realizada sobre os músculos responsáveis pelo desvio vertical na posição que está causando a diplopia e o torcicolo. Em linhas gerais, pode-se fortalecer o oblíquo superior parético e/ou enfraquecer seus antagonistas.

Cirurgia Ajustável (fig. 7)

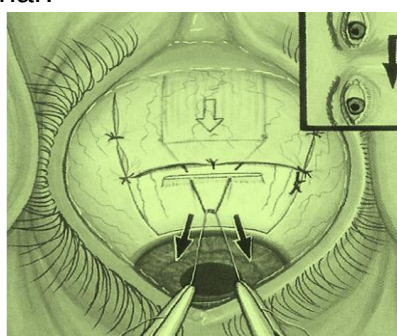
É indicada para situações em que um resultado preciso é essencial, para as quais os procedimentos convencionais não seriam suficientemente previsíveis. Por exemplo, desvios adquiridos secundários a miopia tireoidiana e a fraturas de assoalho de órbita.

Etapas da cirurgia:

1. O músculo é abordado, suturado e desinserido como no procedimento de retrocesso;
2. A sutura é posicionada na inserção original com um nó deslizante que permite aumentar ou diminuir a quantidade de retrocesso no momento do ajuste;
3. A conjuntiva é deixada aberta;
4. O paciente acordado e consciente é solicitado a informar fusão (ou diplopia) ao exame com prismas. Conforme suas informações, a posição do músculo é ajustada até a obtenção de fusão na posição primária do olhar.



Aumento de um retrocesso



Diminuição de um retrocesso

Figura 7. Cirurgia Ajustável

TRATAMENTO DOS ESODESVIOS

Esotropia Infantil (Congênita)

Miopias e astigmatismo podem requerer correção óptica, embora quantidades relevantes de hipermetropia não são comumente encontradas. O tratamento oclusivo para obter e manter a equivalência de acuidade visual entre os olhos é necessário. O alinhamento ocular é obtido através de cirurgia a qual deve ter ocorrido de preferência até os 24 meses. Porém a cirurgia pode ser realizada mais precocemente em crianças saudáveis, entre 6 a 12 meses para maximizar a função. Ângulos menores de 40 pd podem ser apenas observados, já que pode ocorrer alinhamento espontâneo. O procedimento cirúrgico mais comum é o retrocesso bilateral dos retos mediais. Aproximadamente um terço das crianças podem precisar de múltiplas cirurgias para obtenção de alinhamento satisfatório. Injeções de toxina botulínica em ambos os retos mediais têm sido usadas por alguns oftalmologistas, mas múltiplas injeções podem ser necessárias e o resultado final a longo prazo não parece ser melhor do que a cirurgia.

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

Esotropia Acomodativa. Figura 9.

Refracional

O tratamento consiste na correção total da hipermetropia de acordo com o valor encontrado sob cicloplegia. O uso dos óculos deve ser constante. Tratar também ambliopia se houver. Deve-se iniciar o tratamento, se possível, assim que ele se manifestar, para se diminuir as chances de contraturas e falta de resposta ao tratamento óptico antiacomodativo. O tratamento cirúrgico pode ser indicado se não houver recuperação da fusão após início do uso de óculos ou se surgir um componente não acomodativo.



Figura 9. Esotropia acomodativa refracional corrigida com uso de correção óptica.

(fotos autorizadas de arquivo pessoal)

Com alta convergência acomodativa

Não existe consenso a respeito da melhor maneira de se tratar este tipo de desvio. As opções são:

- Bifocais: é o tipo de tratamento mais comumente usado com adição de +2,50 ou +3,00. Estarão contraindicados se restar desvio maior do que 8 dp para perto.
- Inibidores da colinesterase de ação prolongada: é pouco usado devido ao risco de sérios efeitos colaterais que inclui deleção da pseudocolinesterase do sangue.
- Cirurgia: pode ser indicada para alguns pacientes para normalizar a relação convergência acomodativa/acomodação.

Esotropia parcialmente acomodativa

O tratamento consiste em tratar ambliopia e prescrever toda hipermetropia. Cirurgia pode ser indicada para a porção não acomodativa do desvio.

Paralisia do VI nervo (abducente). Figura 10.

É necessária oclusão em crianças na faixa etária de risco para ambliopia se não houver torcicolo para manter fusão. Injeção de toxina botulínica no reto medial pode promover alinhamento temporário, mas seu efeito parece não prevenir contratura do reto medial e nem melhorar a taxa de recuperação espontânea. Se esta não ocorrer dentro de seis meses, o tratamento cirúrgico estará indicado.

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17



Figura 10. Paralisia de VI par antes e após transposição de Carlson & Jampolsky
(fotos autorizadas de arquivo pessoal)

TRATAMENTO DOS EXODESVIOS

Exotropia intermitente. Figura 11

As opiniões variam largamente sobre a melhor época para a intervenção cirúrgica e sobre o tratamento clínico. Alguns oftalmologistas preferem adiar a cirurgia para depois dos cinco anos de idade porque uma boa acuidade visual e estereopsia pré-cirúrgicas poderiam, com a cirurgia, serem substituídas por microtropias, ambliopia e diminuição da estereopsia. Por outro lado, outros se preocupam em adiar por demais a cirurgia, pois isso poderia acarretar o desenvolvimento de supressão permanente e perda da estabilidade do alinhamento após a correção.

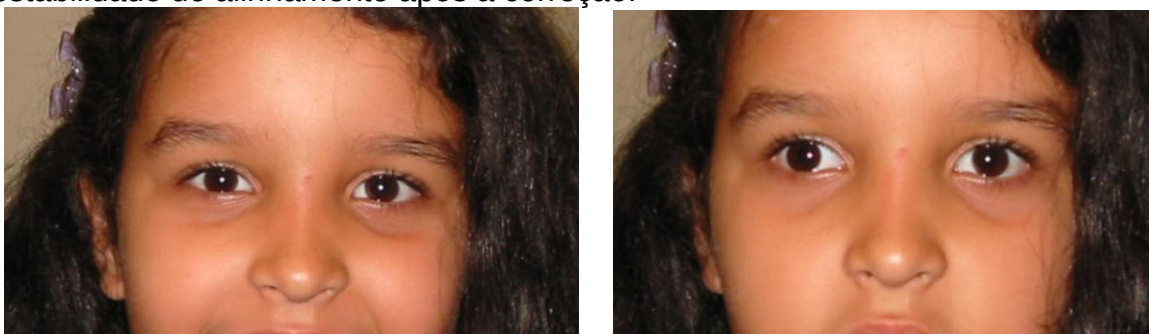


Figura 11. Exotropia Intermitente em estado de ortotropia e com manifestação do desvio.
(fotos autorizadas de arquivo pessoal)

Devem-se prescrever lentes corretivas para erros refracionais significativos, miopias, astigmatismos, hipermetropias e anisometropias. Estas, e forem maiores do que 4D. Pode-se optar pelo tratamento com lentes negativas de poder adicional, ou seja, 2 a 4 D além do erro refracional do paciente. Esta alternativa pode causar astenopia em crianças na idade pré-escolar, mas pode ser útil para enquanto se aguarda o tratamento cirúrgico. Oclusão parcial do olho dominante entre 4 a 6 horas por dia, ou alternada quando não houver preferência de fixação. Não se conhece o mecanismo pelo qual a oclusão melhora o controle do desvio.

Tratamento ortóptico: é baseado no combate à supressão, estimulando a consciência do estado de diplopia e no treino da convergência fusional. Para desvios menores do que 20dp parece ter resultados a longo prazo semelhantes à cirurgia.

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

Cirurgia: é um tratamento efetivo, mas não existe consenso a respeito de sua indicação. Os melhores resultados sensoriais parecem advir quando o alinhamento é obtido antes dos 7 anos de idade ou em desvios de duração menor do que 5 anos. O procedimento mais comum é o retrocesso simétrico dos retos laterais ou retrocesso de reto lateral e ressecção de reto medial para os casos de exotropia intermitente do tipo básico.

Exotropia constante

O tratamento é essencialmente cirúrgico. Consiste em retroceder um ou ambos retos laterais adicionando ressecção de um reto medial, caso necessária (em desvios grandes ou do tipo insuficiência de convergência).

TRATAMENTO DOS DESVIOS VERTICAIS

O tratamento dos desvios paréticos, que não mostraram recuperação espontânea durante um seguimento mínimo de seis meses, já foram discutidos anteriormente neste capítulo. Discutiremos brevemente aqui o tratamento dos desvios verticais mais frequentes na prática oftalmológica: as hiperfunções de oblíquos e o desvio vertical dissociado (DVD).

Hiperfunção de oblíquos inferiores

Procedimentos cirúrgicos debilitantes são sempre indicados concomitantemente à correções dos desvios horizontais, exceto para casos de hiperfunções leves. As alternativas são: retrocesso, desinserção, miectomia, ou transposição anterior. Este último é o procedimento de escolha quando a hiperfunção estiver associada a DVD.

Hiperfunção de oblíquos superiores

Para portadores de desvios verticais com padrão em A está indicado o debilitamento cirúrgico bilateral destes músculos. As alternativas são: retrocesso, tenotomia, tenectomia ou alongamento.

Desvio vertical dissociado

Seu tratamento está indicado se o desvio vertical ocorrer espontaneamente, for freqüente e esteticamente significativo. Utilizar oclusão para mudar a preferência de fixação pode ser útil para os casos unilaterais ou bilaterais com grandes assimetrias. O tratamento cirúrgico melhora o desvio, mas raramente o elimina definitivamente.

COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ESTRABISMO

Alinhamento insatisfatório

É a complicação mais freqüente em cirurgia de estrabismo. Hipocorreções são mais freqüentes que hipercorreções. Em alguns casos tanto o cirurgião como o paciente tem a impressão de que o alinhamento não ficou satisfatório embora seja apenas uma falsa impressão. Mesmo quando o alinhamento é inicialmente satisfatório, este resultado pode não ser permanente. As razões para esta complicação podem ser: fusão pobre, visão baixa, acomodação alterada, e contração do tecido cicatricial.

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P17

Outras complicações

Mudanças refrativas, diplopia, perfuração da esclera, infecções pós-operatórias, granuloma de corpo estranho, cistos de inclusão conjuntival, fibrose conjuntival, síndrome de aderência, dellen, isquemia do seguimento anterior, mudança na posição da pálpebra, perda ou deslizamento de músculo e náuseas e vômitos pós-operatórios.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Nilza Minguini		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P18

2.5. GENÉTICA

OFT.P18 – GENÉTICA OCULAR

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, as doenças genéticas ocupam lugar de destaque como causa de cegueira em adultos e crianças. Esses casos muitas vezes podem ser prevenidos e tratados precocemente, se forem reconhecidos a tempo. Não só oftalmologistas, mas também clínicos e pediatras devem estar atentos a esse tipo de doença, encaminhando os pacientes para serviços de oftalmologia e/ou genética clínica para avaliação e aconselhamento genético. Essa conduta é imprescindível, se não obrigatória, na prática médica em termos éticos, em relação à prevenção e ao tratamento da cegueira de origem genética.

O impacto da era genômica na oftalmologia e em outras áreas levará à maior aplicação da genética na prática clínica, contribuindo para melhorar o diagnóstico e a detecção de doenças e atuando na prevenção destas, particularmente da cegueira de causa genética.



Família com albinismo oculocutâneo



Família com Fibrose congênita de músculos extraoculares (CCEOM)
(fotos autorizadas de arquivo pessoal)

EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS OCULARES HEREDITÁRIAS

Estima-se que haja de 100 a 200 casos de doenças monogênicas para cada 100 mil indivíduos. Esses dados são obtidos, em geral, por meio das escolas ou instituições de cegos e portadores de visão subnormal e nem sempre refletem a verdadeira situação. Mesmo assim, em todas as regiões do mundo, observa-se que as doenças oculares hereditárias, tais como as distrofias retinianas, anomalias congênitas do globo ocular e catarata, são causas importantes de cegueira. Estima-se que haja 1,4 milhão de crianças

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P18

cegas no mundo. Nos países nórdicos, a etiologia genética acomete de 31% a 40% das crianças deficientes visuais e, nos países da América Latina, Ásia e África, a cegueira infantil por doença genética ocorre em 11% a 39% das crianças com essa deficiência. Por outro lado, em países com alto índice de consangüinidade, de 59% a 80% das crianças cegas ou deficientes visuais são portadoras de doenças oculares de causa hereditária, principalmente por condições recessivas, como distrofias retinianas, glaucoma congênito e amaurose congênita de Leber.

Em adultos e idosos, a frequência de heredopatias oculares monogênicas diminui relativamente, com o surgimento de condições relacionadas com a idade. Estima-se que, de 18 a 60 anos, a etiologia genética contribua com 30% a 43% dos casos de cegueira e, entre os indivíduos com mais de 60 anos, a frequência cai para 23%.

Entretanto, essa porcentagem certamente será muito maior se forem consideradas doenças comuns de etiologia multifatorial ou complexa, com importante componente genético, que ocorrem principalmente no idoso, como retinopatia diabética, degeneração macular relacionada com a idade (Dmri), glaucoma e catarata.

A Dmri, cuja etiologia envolve vários genes, além de fatores ambientais (multifatorial), é a causa mais comum de deficiência visual adquirida em indivíduos com mais de 60 anos, afetando milhões de pessoas no mundo.

A prevalência da retinose pigmentar (RP) varia de 20 a 40 casos para cada 100 mil indivíduos. A partir da descoberta do primeiro gene da RP, o RHO que codifica o pigmento visual rodopsina, foram encontradas mutações em outros genes envolvidos na fototransdução dos bastonetes. Doenças como a distrofia de cones, distrofia de cones e bastonetes, assim como a amaurose congênita de Leber, atualmente são consideradas subgrupos da RP, fazendo parte da sua extensa heterogeneidade genética, com mais de 130 loci isolados para degenerações retinianas hereditárias. Mais de cem mutações no gene da rodopsina foram descritas. Duas síndromes com RP, a síndrome de Bardet-Biedl e a síndrome de Usher, merecem destaque devido a sua prevalência relativamente elevada. A síndrome de Bardet-Biedl é caracterizada por retinopatia, retardo mental, polidactilia e hipogonadismo. A síndrome de Usher é a causa mais frequente de surdez acompanhada de cegueira, caracterizada por surdez neurossensorial congênita ou de início precoce.

A síndrome de Marfan é uma condição multissistêmica do tecido conectivo relativamente frequente, caracterizada por ectopia do cristalino, alta miopia e alterações cardiovasculares, e afeta 1 em cada 10 mil indivíduos. Apresenta grande variação intra e interfamiliar da expressão fenotípica, e as mutações do gene da fibrilina, o FBN1, ocorrem em 40% a 50% dos pacientes.

Cerca de 50% das cataratas congênitas têm etiologia genética. A cegueira decorrente da catarata congênita é uma condição evitável ou reversível, se diagnosticada e tratada apropriadamente. Foram isolados 27 loci genéticos relacionados com a formação dessa doença.

Quanto à catarata do tipo senil ou relacionada com a idade, há evidências crescentes do envolvimento de fatores genéticos na sua patogênese, sendo estes responsáveis por um aumento de 48% na predisposição à doença, além dos fatores ambientais, como

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P18

tabagismo, obesidade, hiperglicemia, desnutrição infantil, exposição a raios UV e alcoolismo, que aumentam o risco de desenvolver a doença.

O glaucoma tem alto impacto socioeconômico na população, por ser a segunda maior causa de cegueira bilateral no mundo ocidental, após a catarata. A patogênese também é multifatorial, com significativa contribuição tanto genética como ambiental. A definição de uma base genética das formas hereditárias de glaucoma tem importância no screening pré-sintomático nas pessoas de risco.

Entre as causas não mendelianas, as doenças de herança mitocondrial afetam cerca de oito em 100 mil indivíduos e causam distúrbios metabólicos graves. A herança mitocondrial é responsável por mais de 75 doenças. A neuropatia óptica hereditária de Leber, a oftalmoplegia externa crônica progressiva e a retinose pigmentar são as oftalmopatias mais comumente associadas com mutações do DNA mitocondrial.

Entre as doenças sistêmicas com manifestações oculares, os Erros Inatos do Metabolismo formam um grupo de doenças que apesar de consideradas de incidência rara individualmente, em seu conjunto, não são tão raras na prática clínica se observar sua incidência cumulativa, que consiste de cerca de hum em cinco mil nascimentos. Resultam de defeitos enzimáticos geralmente transmitidos de forma autossômica recessiva e causados por mutações do gene específico da proteína enzimática afetada.

Quanto aos tumores oculares hereditários, no retinoblastoma do tipo familiar vários focos tumorais podem atingir, em geral, a retina de ambos os olhos. O retinoblastoma do tipo não-hereditário ou esporádico difere do tipo familiar por ser unilateral, de foco único, pois os dois alelos devem sofrer a mutação somática para que o tumor apareça. O mapeamento do gene RB no cromossomo13 (13q14) foi fundamental para a descoberta dos genes chamados supressores tumorais, nos quais, ao contrário dos oncogenes, a perda da função do gene determina a tumorigênese.

Outro tumor que afeta o olho, o melanoma uveal familiar (MUF), é de incidência rara e aparentemente tem transmissão autossômica dominante. Pacientes portadores de MUF apresentam uma tendência quatro vezes maior do que a população geral para desenvolver um segundo tumor maligno, indicando uma possível associação com a síndrome de predisposição hereditária ao câncer, semelhante à síndrome de Li-Fraumeni. Esta síndrome tem transmissão autossômica dominante e predispõe a tumores diversos de tecidos moles, como sarcomas, tumores cerebrais, leucemia, câncer de mama e outros, em muitos membros da família.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A doença genética pode não ser curável, mas na maioria dos casos o paciente pode obter benefícios consideráveis por meio de uma abordagem terapêutica apropriada. É essencial que seja realizado o diagnóstico correto, o que nem sempre ocorre — ou, pior, às vezes é feito diagnóstico errado. Muitas vezes, para diagnosticar e determinar a forma de transmissão de uma doença ou condição, é necessário que outros membros da família sejam examinados em busca de manifestações mais brandas da doença ou de portadores sãos.

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P18

A terapia gênica (TG) traz a esperança de um dia curar definitivamente a doença, revertendo e corrigindo o defeito genético. Enquanto isso, muitas condições com distúrbios metabólicos podem frequentemente ser tratadas por meio de: controle dietético, quelação de metabólitos em excesso, reposição de enzimas ou produtos gênicos, terapia com cofatores ou vitaminas e medicamentos para reduzir o acúmulo de produtos nocivos. Por exemplo, no caso da galactosemia, uma dieta livre de galactose pode evitar o aparecimento da catarata e reverter a hepatoesplenomegalia, a icterícia e a perda de peso. Na doença de Wilson, a administração de D-penicilamina produz a quelação do cobre e, se esta for associada à restrição dietética, a doença pode ser controlada.

A reposição de enzimas tem sido realizada em algumas doenças metabólicas, como na síndrome de Gauchet, em alguns tipos de mucopolissacaridose e na doença de Fabry, com relativa melhora clínica, diminuindo o acúmulo de metabólitos, embora por tempo limitado.

No caso da homocistinúria, o acúmulo da homocistina pode ser evitado com a administração de vitamina B6, e terapias com vitamina A e E têm sido utilizadas para retardar a progressão da degeneração retiniana.

TERAPIA GÊNICA

Os princípios da terapia gênica (TG) envolvem a introdução de um gene útil à célula ou tecido com finalidades terapêuticas para o paciente portador de doença genética, que sofre as consequências de um gene defeituoso. Atualmente, presenciamos o sucesso obtido no tratamento de uma variante da Amaurose Congênita de Leber, por meio da injeção de adenovírus modificado (AAV2 - adeno-associated virus serotype 2) carregando o gene RPE65 cDNA no espaço sub-retiniano.

Teoricamente, em doenças causadas por genes prejudiciais, como aqueles causadores de câncer, células geneticamente modificadas pela engenharia genética poderão bloquear a atividade nociva (terapia antissense), ou ativar mecanismos de defesa naturais do organismo, ou produzir moléculas de efeito terapêutico

ACONSELHAMENTO GENÉTICO E PREVENÇÃO DA CEGUEIRA

Pacientes portadores de doenças hereditárias são frequentes nos consultórios de oftalmologia, apresentando, a maioria deles, problemas de pequena gravidade clínica. Entretanto, alguns pacientes manifestam alterações mais graves, que podem levar à cegueira, necessitando, além do tratamento adequado, de aconselhamento genético (AG) correto. A identificação desses problemas e um perfeito diagnóstico, fator indispensável para o aconselhamento, são absolutamente necessários na prática da especialidade.

Toda família com distúrbio genético deve receber o aconselhamento genético fornecido pelo médico oftalmologista, ou, se necessário, deve ser encaminhada para serviços de genética. Segundo a Sociedade Americana de Genética Humana, o AG tem como objetivo ajudar o indivíduo ou a família nos seguintes itens:

- Compreender os fatos médicos, incluindo o diagnóstico, o provável curso da doença e o tratamento disponível;
- Entender a hereditariedade da doença e seu risco de recorrência na família;

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P18

- Conhecer as alternativas para lidar com o risco de recorrência;
- Escolher um curso de ação que seja o mais apropriado, segundo a visão deles, objetivos familiares, padrões éticos e religiosos;
- Fornecer opções de reabilitação.

Portanto, o AG requer conhecimentos sobre a doença, incluindo diagnóstico genético e suas implicações oculares e sistêmicas, informações sobre o risco de ocorrência ou recorrência do distúrbio na família e uma discussão aberta sobre as opções reprodutivas. Por outro lado, o AG apresenta importantes implicações psicológicas, sociais e jurídicas, acarretando alto grau de responsabilidade às instituições e aos clínicos que o oferecem. Como se trata de um processo assistencial não-diretivo, que visa permitir a indivíduos ou famílias a tomada de decisões conscientes e equilibradas a respeito da procriação, muitos aspectos precisam ser discutidos, além do risco genético em si, tais como: o tratamento disponível e a sua eficiência, o grau de sofrimento físico, mental e social imposto pela doença, o prognóstico, a importância do diagnóstico precoce, a possibilidade de diagnóstico pré-natal etc.

Em várias heredopatias oftalmológicas, como é o caso, por exemplo, da catarata congênita e do glaucoma congênito, a consciência do risco de sua manifestação em uma criança que venha a ser gerada e, conseqüentemente, o tratamento precoce podem ser suficientes para prevenir a cegueira. Em casos de retinoblastoma familiar, cuja herança é autossômica dominante, teoricamente 50% das crianças serão afetadas quando um dos pais for portador da mutação. No entanto, como a penetrância do traço é de 80% a 90%, o risco cai para 40% a 45% e, portanto, de 5% a 10% das crianças que herdaram o alelo anormal podem não desenvolver o tumor.

O aconselhamento pode ser considerado bem sucedido quando o paciente ou a família, tendo adquirido as informações necessárias, toma uma decisão reprodutiva consciente. Considera-se inapropriado, se não antiético, dizer ao paciente o que fazer, como, por exemplo, não ter filhos. Em nenhuma circunstância o oftalmologista deve influenciar as decisões reprodutivas.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem ampliado significativamente o potencial preventivo e terapêutico do processo de aconselhamento genético. No campo da oftalmologia, uma das suas aplicações mais evidentes é a prevenção da cegueira.

Tendo em vista que as doenças genéticas são causas freqüentes de cegueira, tanto no adulto como na criança, os esforços para determinar as causas dos defeitos, o desenvolvimento dos recursos diagnósticos e terapêuticos da genética molecular e as campanhas de conscientização de oftalmologistas e médicos do atendimento primário certamente vão contribuir para que se previna essa condição.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

2.6. GLAUCOMA

OFT.P19 – AMBULATÓRIO DE GLAUCOMA

INTRODUÇÃO

Glaucoma consiste em uma neuropatia óptica causada pelo aumento da pressão intra ocular que causa alterações características no campo visual. Pode ser classificado segundo a sua causa desencadeante em glaucoma primário, glaucoma secundário e glaucoma congênito. Globalmente, constitui na primeira causa de cegueira irreversível, apresentando fundamental importância no planejamento sanitário de uma nação. Nos países ocidentais, o tipo predominante é o glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA), na maioria das vezes assintomático, de etiologia ainda não totalmente esclarecida, sendo relacionado à presença de mutações gênicas que acarretam mal funcionamento da via de escoamento do humor aquoso. É mais incidente em indivíduos acima dos 40 anos, com história familiar positiva e, na raça negra, aparece numa frequência 2 a 3 vezes maior em relação à raça branca. O seu diagnóstico deve ser realizado com presteza e exatidão para possa ser tratado em suas fases iniciais, considerando que a perda de fibras nervosas é progressiva e definitiva acarretando perda visual irreversível.

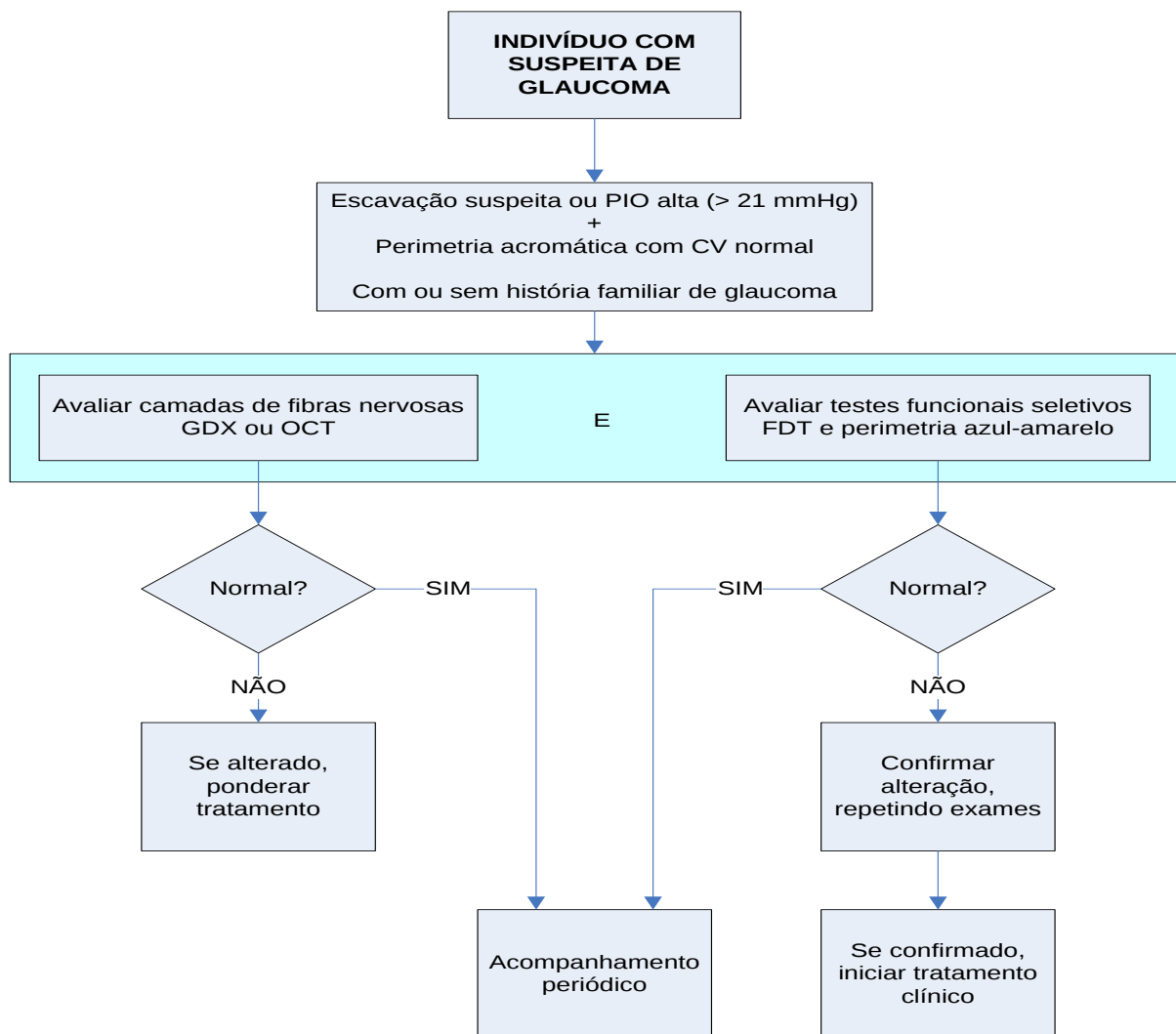
 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

FLUXOGRAMAS DO SETOR DE GLAUCOMA

Fluxograma de indivíduos com suspeita de glaucoma

Se a PIO está alta e/ou escavação for suspeita, realizar minicurva tensional, avaliação da camada de fibras nervosas (GDX ou OCT) e exames funcionais seletivos (FDT e BY). Ver se há história familiar de glaucoma.



Realizar:

- Acuidade Visual;
- Biomicroscopia;
- Gonioscopia;
- Tonometria de Aplanção;

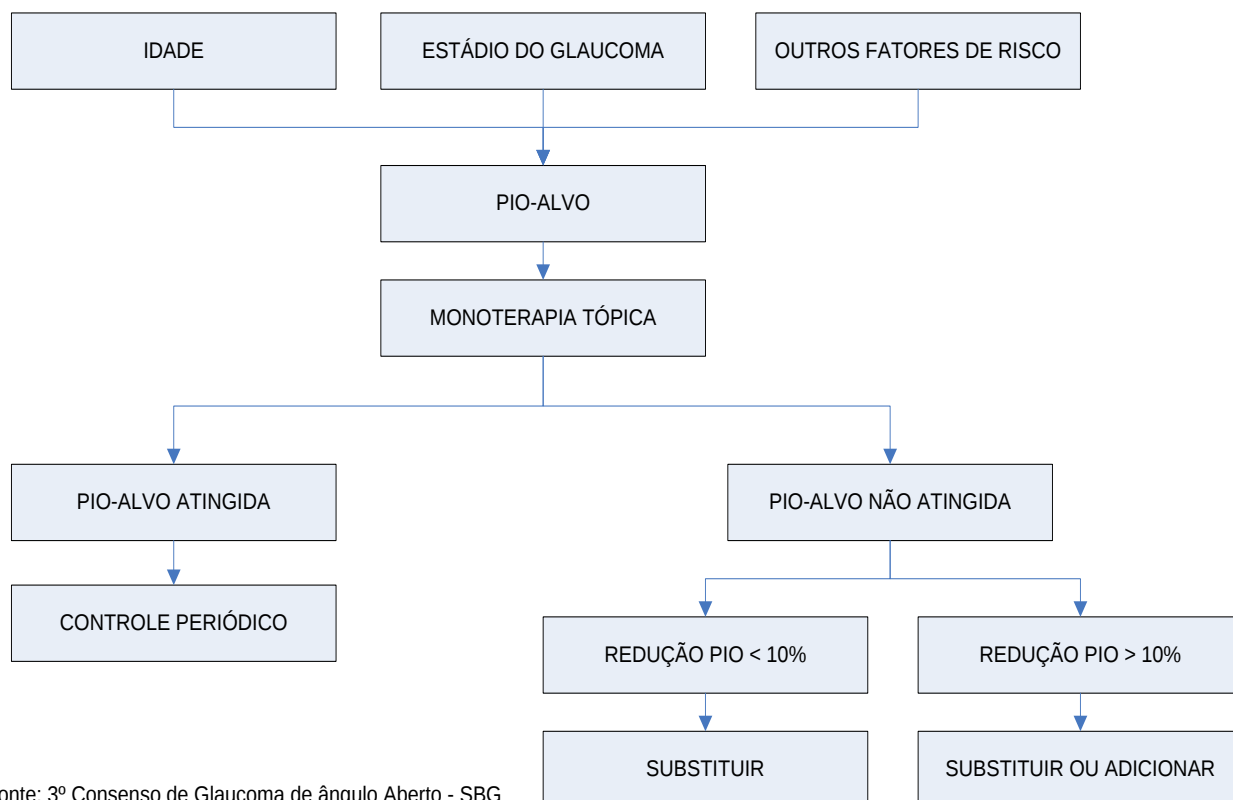
 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

- Paquimetria;
- Avaliação de Disco Óptico;
- Avaliação da Camada de Fibras nervosas;
- Perimetria Computadorizada.

NORMAS PARA PACIENTES COM GLAUCOMA DE ÂNGULO ABERTO

Avaliar sempre que possível o nível basal da PIO (sem medicação) através de minicurva. Fazer a paquimetria. Avaliação do disco óptico com lente de volk 60 DE, realizar a gonioscopia e registrar FO com fotografia estereoscópica (ou retinografia simples) sempre que possível. Realizar a perimetria computadorizada. Ajustar a medicação a cada avaliação periódica. A combinação de colírios deve obedecer às normas do Consenso da Sociedade Brasileira de Glaucoma, conforme fluxograma abaixo.



Fonte: 3º Consenso de Glaucoma de ângulo Aberto - SBG

	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

NORMAS EM PACIENTES COM GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO

A classificação mais atual e a mais aceita internacionalmente é a Classificação de Foster (2002) que divide o glaucoma de ângulo fechado em:

- Suspeito de fechamento angular primário – Quando ocorre aposição entre a Iris periférica e o trabeculado posterior. São os olhos predispostos a crises de fechamento angular.
- Fechamento angular primário – Quando ocorre fechamento angular observado pela presença de goniossinéquias, imprint, Iris atrófica após crise e glaucomflecken. Neste grupo não existe alteração da anatomia do disco óptico ou alterações perimétricas.
- Glaucoma primário de ângulo fechado- Quando o fechamento angular primário está associado à presença de alterações no disco óptico e/ou alterações perimétricas.

Avaliar queixas de visão de halos coloridos ao redor das luzes em horários próximos ao entardecer ou à noite, associada ou não a incômodo inespecífico ou dor ocular. Avaliar sempre que possível o nível basal da PIO (sem medicação) através de minicurva e assimetria tonométrica entre os dois olhos. Realizar a paquimetria. Avaliar o disco óptico com lente de Volk 60 DE e realizar a gonioscopia. Se o ângulo for oclusível, realizar a gonioscopia com identificação corneana para procurar pela presença de goniossinéquias ou sinais de pigmentação irregular (imprint) causado por aposição da raiz da íris associada à inflamação que ocorre nas crises sub-entrantes. Registrar FO com fotografia estereoscópica sempre que possível. Realizar a perimetria computadorizada. Ajustar a medicação a cada avaliação periódica. Realizar a iridotomia sempre bilateral. Quando PIO está descontrolada com iridotomia pérvia e houver conformação de Iris em plateau, realizar a UBM para ver o corpo ciliar. Nestes casos, se necessário, fazer a iridoplastia ou utilizar Pilocarpina 1% (em baixa concentração).

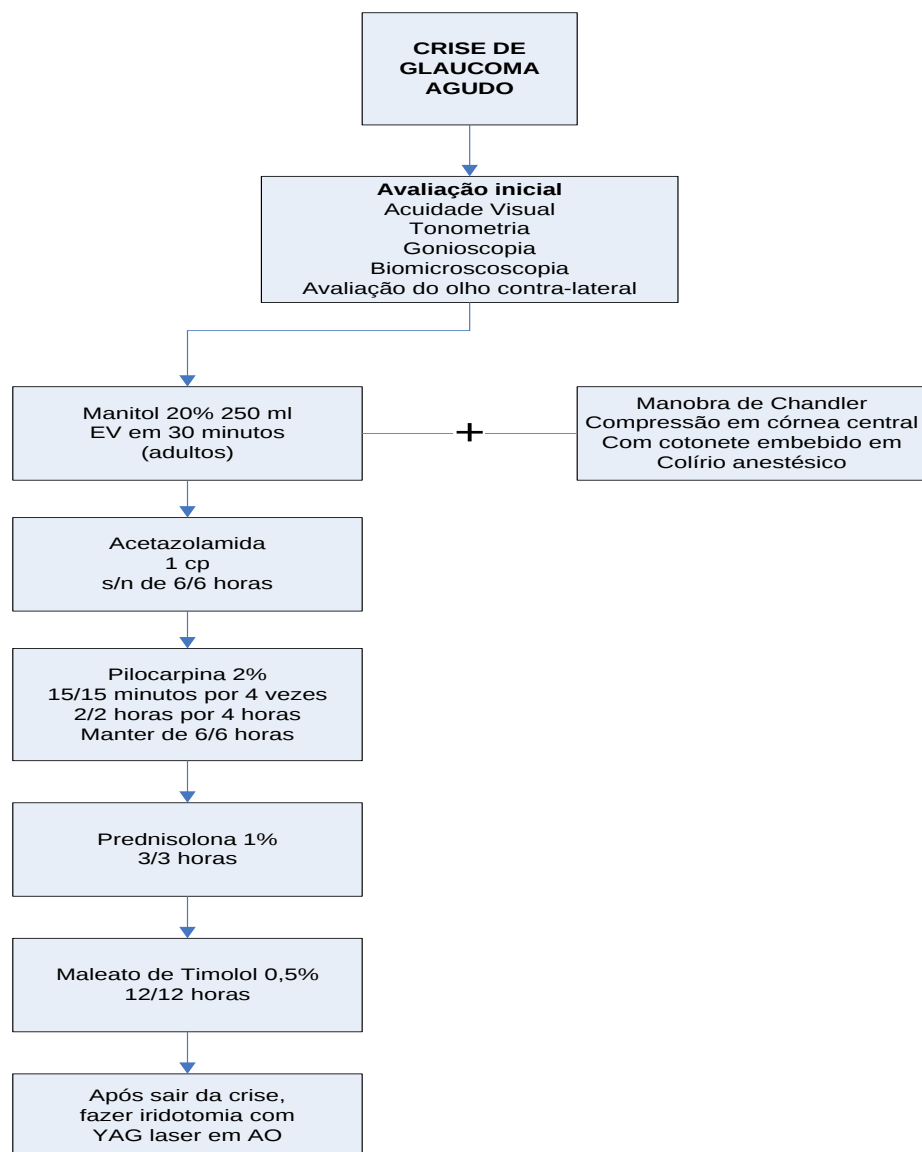
	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

Fluxograma de pacientes com glaucoma agudo

Objetivos:

- Tratamento da PIO e inflamação → Manitol 20% EV + Pilocarpina 2% + Acetazolina (Diamox) + Timolol 0,5% + Análogo de prostaglandina + corticoide tópico
- Quebra do Bloqueio Pupilar → Manobra de Chandler + iridotomia com Yag laser (não se esquecer de fazer iridotomia profilática no olho contralateral).



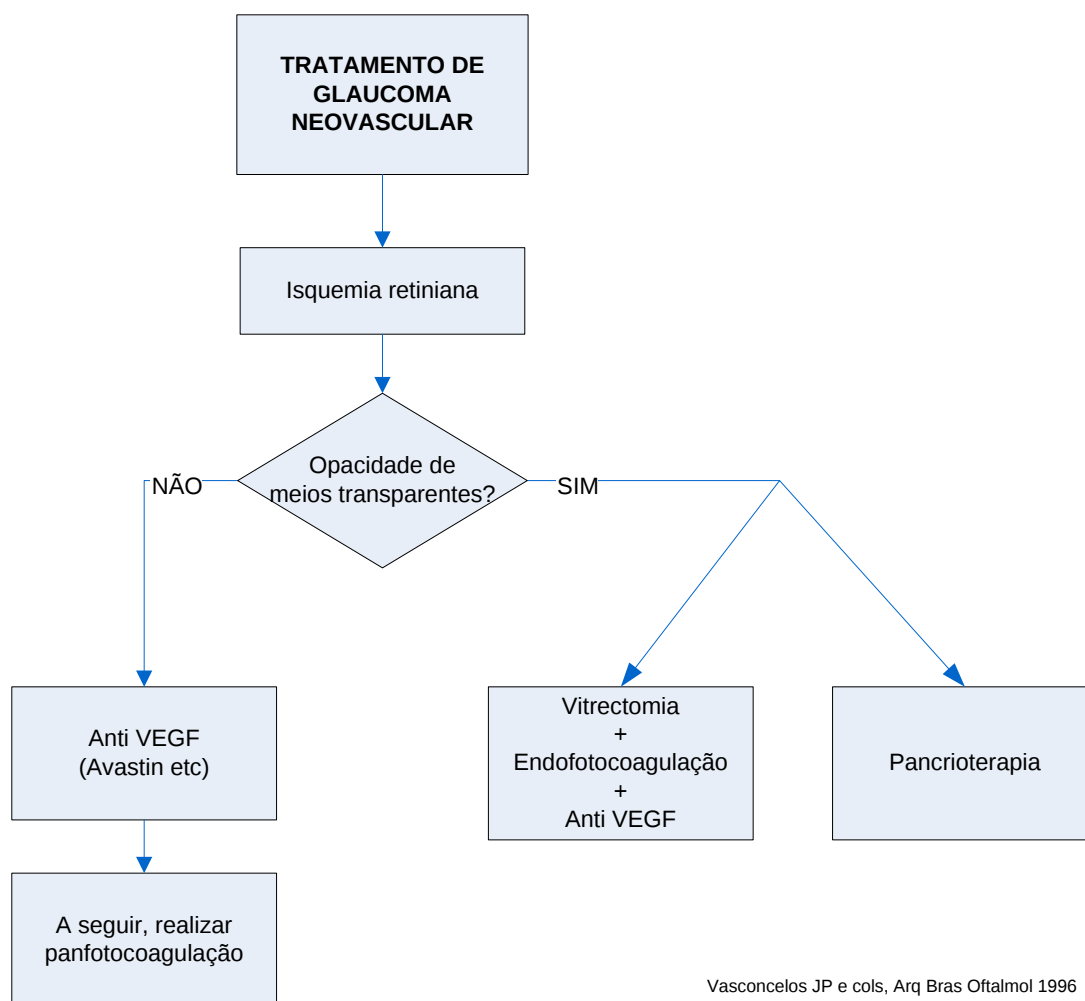
	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

Fluxograma de pacientes com glaucoma neovascular

Objetivos:

- Gonioscopia para avaliar fechamento angular;
- Tratar a isquemia retiniana.

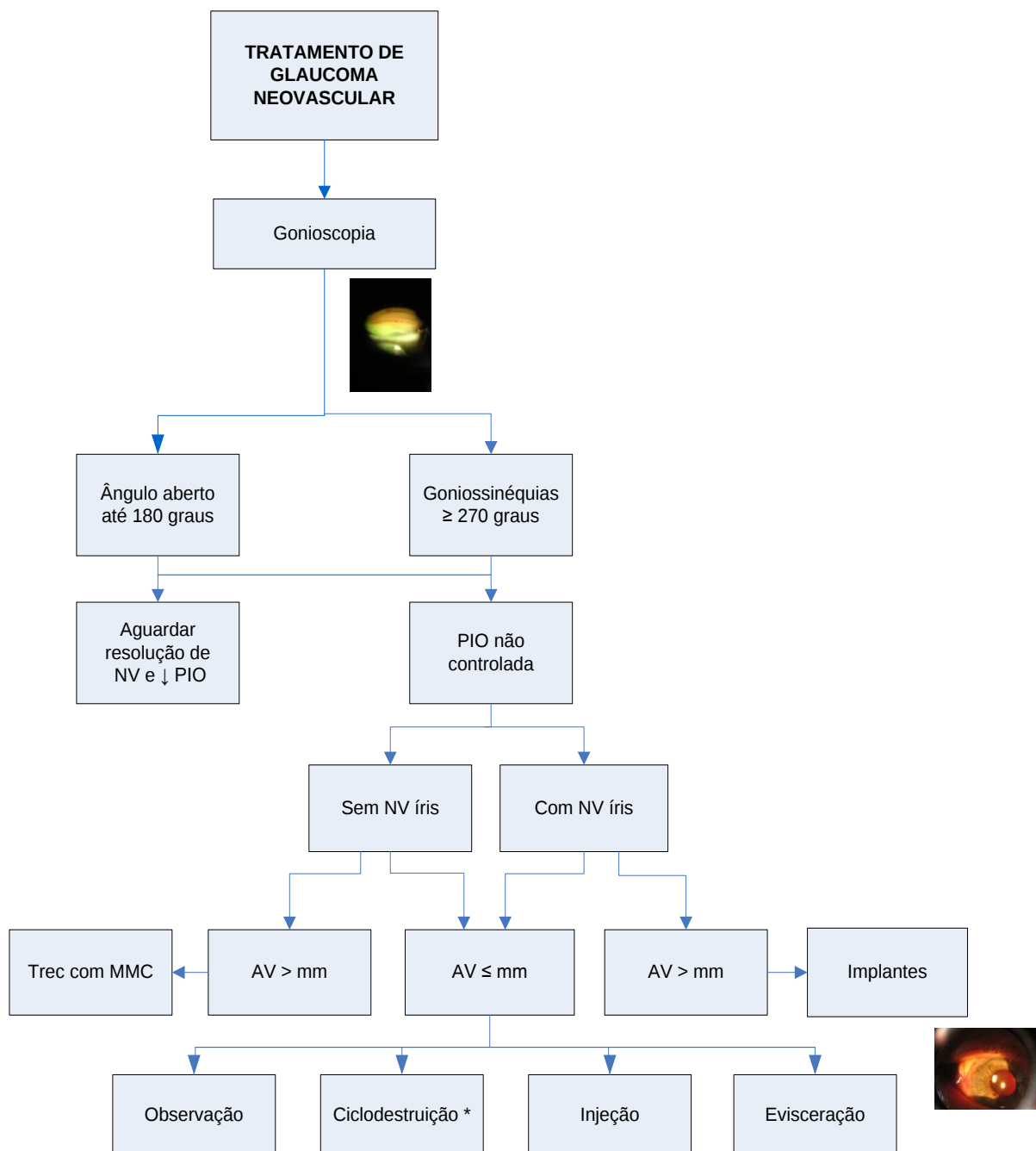


Vasconcelos JP e cols, Arq Bras Oftalmol 1996

	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP AE.P19
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			



Vasconcelos JP e cols, Arq Bras Oftalmol 1996

- Ciclodestruição pode ser realizada por ciclocrioterapia ou ciclofotocoagulação (cuidados com equipamento descritos no manual do Centro Cirúrgico – [centro_cirurgico.pdf](#)).

	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

NORMAS PARA PACIENTES COM GLAUCOMA E CATARATA – CIRURGIA COMBINADA

Esta cirurgia deve ser realizada quando o indivíduo apresenta comorbidade (glaucoma e Catarata) com indicação de realização de ambos os procedimentos realizados numa única etapa. Entretanto, algumas peculiaridades devem ser respeitadas:

- **Acuidade Visual** – Avaliar se a diminuição de visão justifica a realização do procedimento. Neste caso há de se julgar a indicação baseada nas atividades que o indivíduo exerce (Ex: condutores de veículos, professores, dentistas, podem necessitar de intervenção em uma fase mais precoce).
- **Pressão Intraocular** – Se as medidas da PIO forem muito elevadas (por exemplo, >do que 35 mmHg), sugere-se a realização de trabeculectomia em uma primeira etapa, evitando o risco de hemorragia expulsiva, deixando a cirurgia de catarata para uma segunda etapa.
- **Biomicroscopia** – Avaliar se a opacidade do cristalino justifica a diminuição de visão.
- **Gonioscopia** – Avaliar se o ângulo é aberto ou fechado, a pigmentação e a eventual presença e extensão das goniossinéquias. Deve ser realizado em posição primária do olhar evitando-se a passagem da luz pela pupila para evitar contração pupilar excessiva.
- **Avaliação de Disco Óptico e Retina Central** – Avaliar e estadiar o grau de comprometimento do disco óptico (escavação). Nos Discos Ópticos com lesão em fase mais avançada deve se dar preferência para a realização de cirurgia combinada para o controle imediato do glaucoma e para evitar a ocorrência de picos hipertensivos pós-cirurgia isolada de catarata, o que pode comprometer a visão residual remanescente dos glaucomas avançados.
- **Perimetria Computadorizada** - Avaliar o grau de comprometimento do campo visual; quando há ameaça da visão central, realizar de preferência a cirurgia combinada.
- **Uso de medicações** - Quando existe uso de esquemas complexos de medicações tópicas (mais de dois colírios), deve-se ponderar sobre indicação da cirurgia combinada.

EXAMES REALIZADOS NO SETOR DE GLAUCOMA

Avaliação de Disco Óptico

- **Tonometria de aplanção** – A tonometria deve ser realizada em todas as avaliações realizadas no Setor de Glaucoma, incluindo os retornos periódicos para seguimento dos pacientes. Essa medida é parâmetro para identificar o nível basal da PIO em todos os indivíduos, identificar picos em horários

	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimitti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P19

pré-determinados, avaliar eficácia de diferentes esquemas terapêuticos e verificar controle pressórico após realização de procedimentos a laser ou cirúrgicos.

- Paquimetria – Deve ser realizada em todos os pacientes para possibilitar uma melhor interpretação da tonometria de aplanção.
- Perimetria Computadorizada (acromática, azul/amarelo, FDT) – É um exame funcional, fundamental no estudo do glaucoma, que deve ser realizado em todos os indivíduos suspeitos ou pacientes glaucomatosos. O seu resultado vai nos direcionar no tratamento dos pacientes sob diferentes esquemas terapêuticos. Em casos em que há progressão dos escotomas sob medicação máxima tolerada, nos auxilia na decisão das indicações de cirurgia. O intervalo para a realização deste exame varia, dependendo do grau de suspeita, do comprometimento do campo visual e da evolução da doença.
- OCT – É um exame que mede quantitativamente as estruturas do fundo de olho, ou seja, retina e disco óptico. É realizado para avaliar indivíduos suspeitos de glaucoma e pacientes que suspeitamos de progressão da escavação do disco óptico ou alterações da retina.
- UBM – Exame reservado para avaliação de estruturas que se situam no pólo anterior, quando não se consegue visibilização direta pela biomicroscopia ou pela gonioscopia, devido à presença de opacidades corneanas. Também é extremamente útil na avaliação de estruturas que se situam imediatamente atrás da íris como o corpo e o sulco ciliar. Nos ajuda na avaliação de aposição que pode ocorrer entre o cristalino e a íris (bloqueio pupilar), entre a íris e o corpo ciliar (bloqueio ciliar) e entre a íris e a córnea (goniosinéquias), além de proporcionar imagens que permitem o estudo de tumores de corpo ciliar e de cistos retroirianos.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Rui Schimiti, Vital Paulino Costa		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P20

2.7. LENTES DE CONTATO

OFT.P20 – AMBULATÓRIO DE LENTES DE CONTATO

INTRODUÇÃO

Todos os amétropes podem ser considerados eventuais usuários de LC (lente de contato). O estudo de cada caso, a expectativa do candidato, sua responsabilidade, as condições do seu olho e a resposta ocular aos testes de adaptação determinam a conduta a ser seguida.

As principais indicações para lentes de contato são:

INDICAÇÕES ÓPTICAS

Neste grupo, estão incluídos 85-90% dos usuários de LC, que procuram uma melhor acuidade visual (AV), sem o uso dos óculos.

INDICAÇÕES MÉDICAS

- **Ceratocone** - As LC têm uma indicação muito precisa neste tipo de distrofia corneal uma vez que podem melhorar muito as condições visuais do paciente. Neste caso, adapta-se LC rígida gás permeável (RGP) com a finalidade de corrigir a miopia e o astigmatismo irregular, resultantes da ectasia corneal. Lembrar que a LC não interfere na evolução da distrofia e deve ser usada somente quando a AV obtida com os óculos for insatisfatória. Esse cuidado deve ser especialmente observado em pacientes com menos de 25 anos de idade.
- **Astigmatismo irregular e/ou opacificações corneais** - As LC proporcionam um excelente meio corretivo para o astigmatismo irregular e para as opacificações corneais, eliminando as aberrações de esfericidade da zona apical da córnea e contribuindo para melhora da AV. A adaptação de LC, nesses casos, deve ser sempre considerada antes da indicação de transplante de córnea. Embora as RGP ofereçam os melhores resultados, as LH têm indicação em casos selecionados.
- **Anisometropia** - A LC reduz a aniseicônia.
- **Afacia unilateral** - Induz uma grande aniseicônia. A LC reduz os efeitos ampliadores
- das lentes positivas, permitindo o uso da visão binocular.
- **Nistagmo** - Quando se faz necessário corrigir ametropias em pacientes com nistagmo, as LC oferecem vantagens sobre os óculos por acompanharem o movimento dos olhos e, em muitos casos, por permitirem a melhora da AV.
- **Pós-ceratotomia radial** - Nos casos de pacientes com ametropia residual pós-cirurgia significativa, podem ter suas ametropias corrigidas com a LC. É conveniente iniciar a adaptação após 6 meses de cirurgia; a LC de primeira escolha é a RGP. Cuidados especiais devem ser tomados quanto à deformação corneal, à neovascularização das incisões e às erosões epiteliais.

	Grupo responsável pela elaboração André Kamobo		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P20

- **Pós-ceratoplastia penetrante** - A LC é indicada nos casos com vícios refracionais grandes ou astigmatismo irregular no pós-cirúrgico. Inicia-se a adaptação, de preferência, após 1 ano do transplante, depois de esgotadas as possibilidades de correção do astigmatismo pela remoção dos pontos.

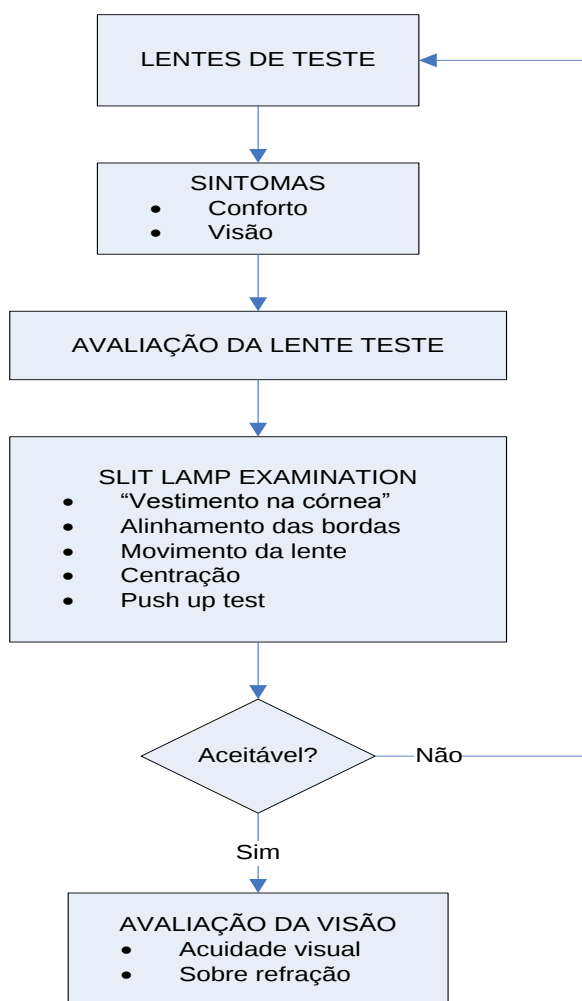
INDICAÇÕES COSMÉTICAS

LC cosméticas são lentes coloridas ou pintadas, utilizadas para disfarçar cicatrizes corneais desfigurantes ou para modificar a cor dos olhos.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Toda LC pode ser considerada terapêutica, quer nos pacientes que se sentem psicologicamente agredidos pelo uso de óculos, quer pela presença de uma cicatriz desfigurante ou, ainda, quando usada para tratar doença corneana.

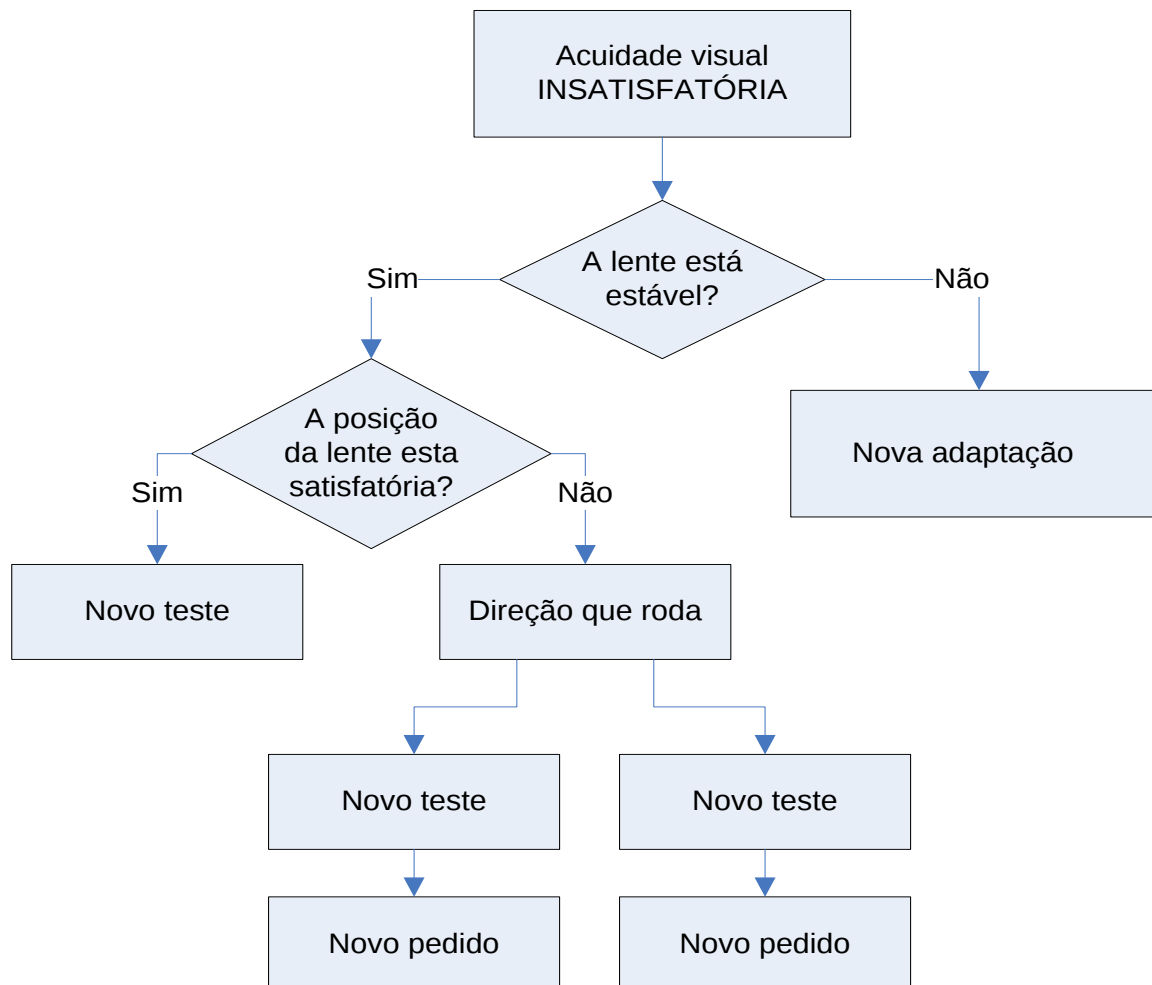
AMBULATÓRIO DE LENTE DE CONTATO GELATINOSA ESFÉRICA



	Grupo responsável pela elaboração André Kamobo		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P20

LENTE DE CONTATO GELATINOSA TÓRICA



LENTE DE CONTATO RÍGIDA GÁS PERMIÁVEL

Nomograma para determinar CB de LC RGP

Cilindro corneano	8.7mm di metro	9.2mm di metro	9.7mm di metro
0.00 a 0.50 D	0.25 D + plana	0.50 D + plana	0.75 D + plana
0.75 a 1.25 D	em K	0.25 D + plana	0.50 D + plana
1.50 a 2.00 D	0.50 D + curva	em K	0.25 D + plana
2.25 a 2.75 D	0.75 D + curva	0.25 D + curva	em K
3.00 a 3.50 D	1.00 D + curva	0.50 D + curva	0.25 D + curva

	Grupo responsável pela elaboração André Kamobo		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P20

Avaliação da lente

Após a colocação da LC RGP e o cessar do lacrimejamento, avalia-se, com fluoresceína, o posicionamento e a relação lente-córnea.

POSICIONAMENTO

Considera-se a posição ideal quando a borda da LC está localizada no limbo superior ou próximo dele, permanecendo segura pela pálpebra superior durante todo o ciclo do piscar. A adaptação é feita com uma LC de posição levemente superior ou central, sem excesso de movimento induzido pela pálpebra.

MOVIMENTO

A LC deve apresentar certo movimento. Quando este for muito pequeno, prejudica a troca lacrimal sob a LC. Quando o movimento é excessivo, pode haver desconforto e interferir na visão.

QUALIDADE DA VISÃO

A visão deve ser boa e estável. Pela sobre-refração, faz-se a correção óptica necessária.

AVALIAÇÃO FLUORESCÉINICA

Para as LC siliconadas, o padrão fluoresceínico ideal deve mostrar um filme lacrimal uniforme ou, somente, um leve represamento central e um toque na periferia mediana. Para as LC fluorcarbonadas, procura-se conseguir um alinhamento do perfil lacrimal ou, de preferência, um ligeiro toque apical e um toque periférico menor de 180º. Quando da avaliação fluoresceínica das LC fluorcarbonadas, é necessário ajustar, ao máximo, a voltagem da lâmpada de fenda porque o polímero contém filtro ultravioleta.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE

	Grupo responsável pela elaboração André Kamobo		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

2.8. NEURO-OFTALMOLOGIA

OFT.P21 – AMBULATÓRIO DE NEURO-OFTALMOLOGIA

DEFINIÇÃO

Consiste em sub-especialidade da oftamologia que estuda as patologias relacionadas ao nervo óptico, congênitas ou adquiridas (neuropatias isquêmicas, inflamatórias ou desmielinizantes, traumáticas, compressivas), assim como as paralisias dos pares cranianos (III, IV, VI) e as alterações pupilares, correlacionando estas alterações às patologias sistêmicas.

AMBULATÓRIO DE NEURO-OFTALMOLOGIA

Funciona às segundas feiras, das 8h00 às 12h00, recebendo pacientes encaminhados via SOG ou, eventualmente, do Hospital de Olhos de Divinolândia. Existe uma grande referência e contrarreferência entre a neurologia/neurocirurgia e a Neuro-oftalmo.

NEUROPATIAS ÓPTICAS ISQUÊMICAS ANTERIOR (NOIA)

Neuropatia óptica isquêmica anterior é das afecções mais freqüentes do nervo óptico e, geralmente, leva à perda acentuada da função visual. É a causa mais comum de edema de papila em pacientes com mais de 55 anos e representa o infarto do segmento anterior do nervo óptico.

Pode ser classificada em:

- **Forma Arterítica (NOIA-A)** - causada por diversas vasculites tais como arterite temporal, poliarterite nodosa, lupus eritematoso sistêmico e vasculite alérgica.
- **Forma Não Arterítica (NOIA-NA)** – pode estar relacionada à hipertensão arterial, arterioesclerose, diabetes mellitus, distúrbios hematológicos, embolismo e doença oclusiva da carótida.

NOIA-NA

Condição relativamente freqüente, com incidência entre 2,3 a 10,2 casos por 100.000 habitantes acima dos 55 anos. Acomete indivíduos de ambos os sexos, com idade preferencial entre 60 e 65 anos. Caracteriza-se por embaçamento visual, súbito e indolor, acometendo a visão central ou partes do campo visual. A maioria dos pacientes tem perda súbita, quase sempre ao acordar e na maioria dos indivíduos não há sintomas antecedendo a perda visual. Os defeitos de campo visual altitudinais inferiores são os mais freqüentes. O exame de fundo de olho na fase aguda mostra edema de papila associada a hemorragias peripapilares. O edema de papila pode ser focal ou difuso, pálido ou hiperêmico, embora o edema pálido seja o mais freqüente, especialmente nos pacientes com perda visual severa. Na maioria, observam-se hemorragias em chama de

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

vela na região peripapilar ou no disco óptico. Exsudatos algodonosos podem também estar presentes e exsudatos duros com aspecto de estrela macular parcial, podem aparecer mais raramente. Após o episódio agudo, o edema de papila progressivamente diminui e é substituído por atrofia óptica, que pode ser setorial ou difusa, com estreitamento das arteríolas retinianas. A angiofluoresceínografia indica atraso no enchimento do disco óptico. Estes achados são observados apenas na fase aguda da doença e para sua visualização é necessária a realização de fotos nas fases iniciais do exame. O prognóstico visual dos pacientes com NOIA-NA é de que a perda visual abrupta se mantenha inalterada ou haver deterioração da AV e CV alguns dias ou semanas após início do quadro. Nos últimos anos tem-se reconhecido a possibilidade de alguma melhora espontânea, em geral discreta, que pode acontecer em 20 a 30% dos casos. Cerca de 31 a 41% dos pacientes têm AV pior que 20/200 e, em 21 a 53%, a acuidade visual é melhor que ou igual a 20/40. Pode ocorrer acometimento no olho contralateral.

NOIA-A

Acomete indivíduos geralmente com mais de 65 anos. Paciente queixa-se de embaçamento visual súbito associado a outros sintomas, tais como cefaleia, dor no couro cabeludo, dificuldade na mastigação por isquemia dos músculos da mastigação (claudicação da mandíbula), polimialgia reumática, etc. A obtenção de exames laboratoriais como velocidade de hemossedimentação e a confirmação da doença por biópsia da artéria temporal devem ser realizados. A perda visual pode ocorrer por NOIA, por oclusão da artéria central da retina e até mesmo por acometimento occipital. Além da perda visual, alguns pacientes podem apresentar diplopia e oftalmoplegia por acometimento dos músculos extraoculares, dos nervos oculomotor, troclear e abducente e também por acometimento do tronco encefálico. Os achados ao exame de fundo de olho e de angiofluoresceínografia são muito mais exuberantes do que na NOIA-NA, caracterizados por atraso importante no enchimento do disco óptico e coroide.

NEURITES ÓPTICAS

Termo específico designado para envolvimento do nervo óptico em processo inflamatórios, desmielinizantes e infecciosos.

Papilite é o termo usado para a forma de neurite óptica que cursa com edema de papila.

Neurite óptica retrobulbar é o termo utilizado quando o exame clínico sugere neurite óptica aguda e a papila é normal.

A tríade característica: perda súbita da visão, dor ocular e discromatopsia ipsilaterais. Pode ter outros sinais neurológicos associados. A idade média de apresentação das Neurites ópticas situa-se ao redor dos 30 anos de idade, sendo que a maioria dos afetados está entre 20 e 50 anos. Em 70% dos pacientes adultos, o evento inicial é unilateral e a forma retrobulbar é a mais comum. Edema de papila está presente em apenas 35% dos casos. Estudos de prevalência da neurite óptica mostram resultados variados, relacionando-os as taxas de prevalência da Esclerose Múltipla. Com relação a

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

raça observa-se que brancos do norte da Europa são mais suscetíveis a Esclerose múltipla, enquanto europeus do mediterrâneo são moderadamente suscetíveis e os negros africanos e população asiática são pouco suscetíveis. Em crianças a condição é rara, geralmente associada a processos pós-infecciosos ou para-infecciosos, sendo quase sempre bilateral e simultânea, com edema de papila.

Etiologia:

- Idiopática;
- Esclerose múltipla;
- Infecções virais da infância;
- Encefalites virais;
- Mononucleose;
- Herpes zoster;
- Sífilis;
- Tuberculose;
- Doenças autoimunes
- Inflamações intraoculares.

A história natural da neurite óptica idiopática caracteriza-se por perda visual rápida, evoluindo entre 2 a 7 dias ou, mais raramente, em questão de poucas horas. A queda da acuidade visual é variável, desde de redução leve (20/30 ou melhor) até ausência de percepção luminosa. A maioria dos pacientes descreve como borramento visual difuso, enquanto outros se queixam de perda visual central. A melhora visual espontânea começa na segunda ou terceira semana após início dos sintomas. Muitos pacientes alcançam visão normal ou próxima do normal depois do primeiro mês. Raramente alguns olhos continuam a deteriorar, sofrendo comprometimento visual bastante severa o que exige investigação. A alteração visual é caracterizada por dessaturação das cores, menos vivas. A dor ocular ipsilateral ocorre na maioria dos casos, em geral durante o ataque de NO, podendo preceder a perda visual. Dor ocular costuma piorar com a movimentação dos olhos e melhora espontaneamente em poucos dias. Obscurecimentos transitórios episódicos da visão com aumento da temperatura corpórea (sintoma de Uhthoff) ocorrem isoladamente na NO e na EM. O exame oftalmológico deve incluir: Medida da acuidade visual, visão de cores, pesquisa de defeitos pupilares (defeito pupilar aferente), campo visual. As alterações de CV clássicas são escotomas centrais e paracentrais. O fundo de olho é normal em até 2/3 dos casos. Edema de papila com hiperemia e hemorragias peripapilares estão presentes em até 1/3 dos casos. O grau de severidade do aspecto fundoscópico é variável e não se correlaciona com o nível da perda visual. Um sinal retiniano sugestivo da associação com EM é o embainhamento venoso periférico devido a periflebite retiniana. Também se deve fazer exame do líquido, de imagens cerebrais e Potencial visual evocado para ajudar no diagnóstico etiológico da NO.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

PAPILEDEMA

Edema de papila bilateral com função visual preservada é altamente sugestiva de papiledema que, por sua importância clínica deve ser considerado emergência médica. Geralmente é bilateral e simétrico, podendo ser assimétrico e, muito raramente, unilateral. Classificação do papiledema: inicial, desenvolvido, crônico e atrófico. A primeira providência diante de um papiledema é a medida da pressão arterial para descartar os casos de hipertensão arterial maligna. O próximo exame a ser realizado é a neuroimagem que, caso se mostre sem alterações estruturais ou dos ventrículos, deve ser seguida por punção líquórica avaliando-se a composição e a pressão líquórica. Quando a composição do líquido é normal, mas a pressão é elevada e o exame de neuroimagem é normal, o diagnóstico é pseudotumor cerebral. Trata-se de patologia geralmente idiopática, mas pode ser desencadeada pelo uso de medicações, doenças sistêmicas, gravidez, obstrução da drenagem venosa intra e extracraniana. O diagnóstico diferencial do papiledema é: drusas de papila, papilas pequenas por hipoplasia, colobomas (tilted disc) e alta hipermetropia. A alteração campimétrica na fase de papiledema desenvolvido é o aumento da mancha cega.

PARALISIA DOS PARES CRANIANOS (III, IV E VI nervos cranianos)

Manifesta-se por diplopia, posição viciosa de cabeça, embaçamento visual.

DIPLOPIA

É o sintoma chave de todas as paralisias adquiridas da musculatura ocular extrínseca. Apesar de ser um sintoma perturbador, muitas vezes é referido como embaçamento ou diminuição da acuidade visual. Se o sintoma desaparecer com a oclusão de qualquer um dos olhos, provavelmente o paciente estará sofrendo de diplopia. A diplopia horizontal implica em paralisia do abducente ou em oftalmoplegia internuclear, sendo mais acentuada para distância. A diplopia vertical se deve ao comprometimento do troclear e oculomotor e é mais acentuada para perto.

Diplopia transitória pode indicar insuficiência arterial vertebrobasilar e a diplopia permanente decorre de lesões da órbita, das vias neurais ou do tronco cerebral.

A paralisia da musculatura ocular pode ser constatada mediante a realização do teste de versões que avalia o olhar conjugado. Também é importante observar o reflexo da luz na córnea. A diplopia nem sempre tem como causa a paralisia dos nervos oculomotores, podendo estar associada à miopatia restritiva. O diagnóstico diferencial pode ser feito com o teste de ducção forçada.

NERVO ABDUCENTE – VI NERVO CRANIANO

O abducente é um nervo muito longo cujo núcleo, situado na ponte, relaciona-se intimamente com o núcleo do nervo facial; portanto estas estruturas costumam ser acometidas conjuntamente. O trajeto do abducente pode ser dividido em três porções:

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

- Subaracnoidea;
- Intracavernosa;
- Intraorbitária.

Algumas causas da paralisia do nervo abducente como aumento da pressão intracraniana, trauma craniano, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e infecções não têm valor localizador. Entretanto, outras causas podem se manifestar por sinais e sintomas que permitem identificar o provável local da lesão:

- **Tronco cerebral** – as etiologias mais frequentes de acometimento do tronco cerebral são processos desmielinizantes, infarto e tumor. Neste local, além do VI nervo, também podem ser acometidos o V, VII, VIII nervos e o cerebelo. As síndromes do tronco cerebral consistem em combinação de déficits:
 - Síndrome de Millard-Gubler;
 - Síndrome de Raymond;
 - Síndrome de Foville.
- **Espaço subaracnoideo** – o deslocamento para baixo do tronco cerebral, provocado por aumento da pressão intracraniana, leva a estiramento do VI nervo, causando paresias não localizadoras. Estas paresias também podem ocorrer em casos de hemorragias no espaço subaracnoideo, infecção meníngeas, inflamações e infiltrações por linfomas, leucemias e carcinomas.
- **Ápice do petroso** – a paralisia do VI nervo manifesta-se como:
 - Síndrome de Gradenigo (complicação de otite média);
 - Fratura do osso petroso;
 - Pseudo Gradenigo (etiologia tumoral);
- **Seio cavernoso** – O VI nervo pode ser acometido no seio cavernoso por trauma, inflamação, neoplasia e processos vasculares. É raro seu envolvimento isolado.
- **Órbita** – a proptose é o sinal mais precoce. As causas mais frequentes são tumores localizados ou metastáticos, trauma, pseudotumor e celulite.

Paralisia isolada do abducente

- **Criança** – a causa mais freqüente da paralisia do abducente é o trauma craniano. A seguir, como segunda causa, estão os tumores cerebrais e a terceira como etiologia indeterminada. A paralisia transitória do abducente é de etiologia pós-viral, aparecendo de 1 a 3 semanas após doença respiratória, febre não específica ou imunização. O único sintoma é a diplopia e a recuperação se dá em 10 semanas.
- **Adulto** – causas:
 - Alterações microvasculares – investigar hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Lembrar que a paralisia do VI nervo, em pacientes diabéticos, pode ocorrer na vigência de níveis glicêmicos normais.
 - Aneurisma intracraniano
 - Trauma;
 - Tumor da base do crânio;

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

- Doença desmielinizante – a esclerose múltipla e a doença desmielinizante que mais acomete o VI nervo;
- Arterite de células gigantes – a diplopia resulta do comprometimento das arteríolas que suprem os músculos extraoculares ou do comprometimento da *vasa nervorum* dos nervos motores oculares.

NERVO TROCLEAR – IV NERVO CRANIANO

O IV nervo craniano é o único a sair da face dorsal do tronco cerebral e o que apresenta o maior trajeto intracraniano (75 mm). As paralisias do IV nervo podem estar correlacionadas a paralisias de outros pares cranianos nas síndromes nucleofascicular, síndrome do espaço subaracnoideo, síndrome do seio cavernoso e síndrome orbitária.

Paralisia isolada do IV nervo

Em geral, o diagnóstico do oblíquo superior não é difícil. O paciente inclina a cabeça para o lado oposto do olho parético, queixo deprimido e olhos voltados para cima. A inclinação da cabeça não é patognomônica da paralisia do troclear, podendo ser vista nas paralisias de outros músculos verticais. Nas paralisias recentes, além do componente torcional, há o aparecimento de diplopia vertical.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com miastenia ocular, doenças da tireoide, doenças orbitárias, paralisia do III e síndrome de Brown.

Os pacientes com paralisia isolada do oblíquo superior sem antecedentes de trauma, com testes negativos, para miastenia e diabetes, teste de ducção forçada negativa e exames neurorradiológicos normais devem ser acompanhados. As paralisias isoladas do IV nervo podem ser classificadas em:

- Congênitas – é mais freqüente na população pediátrica;
- Adquiridas - trauma, causas vasculares (diabetes).

NERVO OCULOMOTOR – III NERVO CRANIANO

O nervo oculomotor recebe a denominação de complexo oculomotor devido à intrincada disposição anatômica dos seus subnúcleos. O núcleo de origem do nervo oculomotor localiza-se no mesencéfalo. É formado por dois elementos:

- O nervo eferente somático, que enerva os músculos extrínsecos do olho, com exceção do oblíquo superior e reto lateral;
- O nervo eferente visceral geral que supre o músculo esfíncter da pupila e o ciliar.

Lesões nucleares

A paralisia nuclear do III nervo é rara e seu diagnóstico baseia-se em dois requisitos

1. paralisia nuclear do III nervo de um lado implica em paralisia do reto superior contra lateral, pois cada reto superior é innervado somente pelo núcleo contra lateral do III nervo.
2. paralisia nuclear do III nervo implica em ptose lateral porque ambos os elevadores são innervados por uma estrutura subnuclear comum, o núcleo central caudal.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

Lesões do fascículo

Lesões do nível do fascículo oculomotor causam manifestações oculares unilaterais, sendo, em geral, identificadas pela associação com sinais do tronco cerebral, como ocorre nas seguintes síndromes:

1. Weber – paralisia ipsilateral do III nervo e hemiparesia contra lateral, por comprometimento conjunto do III nervo e do trato corticoespinhal na base do pedúnculo cerebral.
2. Benedikt – paralisia ipsilateral do III nervo, tremores e movimentos anormais no lado oposto à lesão, devido ao envolvimento conjunto do oculomotor e do núcleo rubro.

As lesões fasciculares do III nervo são atribuídas, em geral, a acidentes vasculares do mesencéfalo e raramente a tumores e doenças autoimunes.

Lesões interpedunculares

Aneurismas situados na junção das artérias comunicantes superiores e carótida interna mantêm estreita relação com o III nervo, sendo causa freqüente de paralisia do oculomotor. Tais aneurismas podem causar dor fronto-orbital ipsilateral associado ou não à paralisia do III nervo. A dor pode ser explicada pela compressão direta das fibras aferentes trigeminais que correm junto com as do III.

Na prática diária, uma pupila fixa e dilatada é condição básica para o diagnóstico de aneurisma; portanto, uma paralisia do III nervo com preservação da função pupilar, exclui esta possibilidade diagnóstica. Entretanto, em caso de paralisia com comprometimento incompleto dos músculos extraoculares, não se aplica regra da pupila.

Seio cavernoso

A paralisia do III nervo, em decorrência de lesões situadas no seio cavernoso, está geralmente associada com paralisia do IV, V e VI nervos cranianos. Costuma ser parcial, isto é, nem todos os músculos inervados pelo oculomotor são igualmente envolvidos. As fibras pupilares podem estar preservadas. Provavelmente, isto se deve ao fato de a isquemia comprometer mais a porção central do nervo, poupando as fibras parassimpáticas localizadas periféricamente.

As fístulas carótido-cavernosas causam proptose, hiperemia conjuntival e quemose, edema palpebral, aumento da pressão intraocular e dilatação das veias retinianas. O quadro se acompanha de dor periocular e paralisia do III nervo. As fístulas carótido-cavernosas durais podem, às vezes, drenar posteriormente, para dentro do seio petroso inferior, tornando ausentes os sinais congestivos órbito-oculares, porém mantendo o quadro de oftalmoplegia dolorosa.

Órbita

A paralisia do oculomotor, no nível orbitário, é geralmente acompanhada de paralisia do abducente. O quadro clínico inclui dor, quemose e proptose. As lesões que mais comumente causam paralisia do III nervo, no seu trajeto orbitário, são os processos inflamatórios inespecíficos, tumores e traumatismos. A literatura apresenta relatos,

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

embora reconhecidamente raros, de comprometimento isolado das divisões orbitárias do oculomotor.

Paralisia do III nervo associada à diabetes

Deve-se suspeitar de diabetes em todo paciente adulto com paralisia do III nervo e preservação do reflexo pupilar. Dor ocular ou periocular pode preceder a oftalmoplegia. O envolvimento simultâneo de dois ou mais nervos motores oculares é raro em indivíduos com diabetes melito e, em tais situações, deve-se excluir a possibilidade de mucormicose de seios paranasais, órbita ou seio cavernosos. A paralisia pode acometer apenas alguns músculos, sendo atribuída à isquemia por oclusão de arteríolas intraneurais. A recuperação espontânea ocorre após algumas semanas e antes de 4 meses.

Administrando paralisia isolada do III nervo

A abordagem de uma paralisia isolada do oculomotor, não traumática, continua sendo um desafio diagnóstico. A maior parte dos casos é de etiologia isquêmica, sem necessidade de sofisticados testes diagnósticos. Aqueles causados por lesões inflamatórias ou neoplásicas requerem exame de líquido e estudos neurorradiológicos. Mas alguns casos de aneurisma cerebral somente serão diagnosticados por angiografia cerebral ou angiorressonância. Para decidir qual a conduta diagnóstica mais adequada em cada caso, Jonathan Trobe propõe a consideração dos seguintes fatores:

- Idade – não é fator de primordial importância, exceto pelo fato de os aneurismas serem raros antes dos 15 e depois dos 75 anos.
- Cefaleia intensa – considerada anteriormente como sinal clássico em casos de aneurisma, costuma acompanhar com frequência as paralisias isquêmicas.
- Paralisia progressiva – descrita como patognomônica de lesões compressivas. Entretanto, mais que 50% das paralisias isquêmicas somente alcançam seu pico máximo 10 dias após o início do quadro.
- Fatores de risco para doença arteriosclerótica – diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, história familiar de arteriosclerose são causas que predispoem as paralisias isquêmicas, mas que também predispoem ao enfraquecimento da parede do aneurisma, expansão e ruptura.
- Tamanho e reatividade da pupila – os aneurismas causam midríase em 96% dos casos, mas se sabe, também que o envolvimento pupilar ocorre mais do que em 32%, em casos de paralisias isquêmicas do oculomotor. Entretanto, neste último grupo as anisocorias são discretas, sendo que as maiores nunca ultrapassam 2,5mm. Portanto, o diagnóstico de paralisia isquêmica do oculomotor é automaticamente excluído quando houver anisocoria maior ou igual a 2mm, devendo-se, nestes casos, submeter o paciente à angiorressonância e/ou angiografia cerebral.

Regeneração aberrante do oculomotor

Os nervos motores periféricos podem regenerar após trauma. Como o nervo oculomotor inerva vários músculos extraoculares, o elevador da pálpebra e o esfíncter da íris, não é

	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P21

raro ocorrer regeneração aberrante deste nervo, resultando em padrões variados de movimentos oculares paradóxicos. A eletromiografia permite constatar que a limitação residual do movimento ocular não é consequência de paralisia, mas, provavelmente é devida a uma inervação simultânea que provoca deflagração conjunta. Em pacientes com regeneração aberrante pós-aneurisma, pode ocorrer um fenômeno de pseudo-Graefe, com elevação da pálpebra no olhar para baixo. Não existe um padrão determinado de alteração dos movimentos oculares e a literatura documenta quadros variados de regeneração aberrante do terceiro nervo. A regeneração aberrante do oculomotor ocorre mais comumente após trauma ou aneurisma. Raramente é descrita em casos de neoplasia e nunca após oftalmoplegia diabética ou doença desmielinizante.

EXAMES MAIS SOLICITADOS NO AMBULATÓRIO

- Campimetria computadorizada;
- Exames de imagem cerebral e da órbita (tomografia e ressonância);
- Exames laboratoriais (hemograma, VHS, PCR, sorologia para sífilis, rubéola, PPD, glicemia de jejum).

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Maria Marcondes e Marcela Scabello Amaral Fernandes		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

2.9. RETINA

OFT.P22 – AMBULATÓRIOS DE RETINA

DEFINIÇÃO

Consiste em sub-especialidade da Oftamologia que estuda as patologias relacionadas à retina, ao corpo vítreo e à coroide, passando-se pelas ciências básicas (incluindo-se o estudo de toda a psicofísica da visão, imunidade ocular, doenças retinianas hereditárias, doenças degenerativas/distróficas e tumores intraoculares), alterações clínicas (alterações e estudos anatômicos, vasculares, inflamatórias, tóxicas) e tratamentos clínicos, via procedimentos e tratamentos cirúrgicos propriamente ditos.

AMBULATÓRIOS DA ESPECIALIDADE DE RETINA

Todos os ambulatorios tem staff / docente / preceptor / pós-graduando disponível para discutir todos os casos com os médicos residentes do primeiro ao quarto ano.

Funcionam todos os dias, sendo divididos em ambulatorios de:

- **Retina clínica e diagnóstica** - às segundas-feiras das 13h00 às 17h00, terças-feiras, quartas-feiras e quintas-feiras das 8h00 às 12h00 e das 13h00 às 17h00, sextas-feiras das 8h00 às 12h00, recebendo pacientes encaminhados via SOG, externamente de ambulatorios de oftalmologia de municípios para, especificamente, fazer exames especializados ou, eventualmente, do Hospital de Olhos de Divinolândia, para avaliações ou exames especializados. Estes ambulatorios incluem-se na responsabilidade de não apenas realizar consultas médicas em retina clínica, mas todos os métodos diagnósticos especializados que forem necessários, no mesmo ambulatorio (retinografia, angiografia, mapeamento de retina, tonometria, ultrassonografia, tomografia de coerência óptica).
- **Procedimentos intraoculares** - às quintas-feiras das 13h00 às 17h00, incluindo-se injeções intraoculares de medicações como triancinolona, avastin, lucentis, gases, etc.
- **Laserterapia** - às segundas, terças, quartas, quintas e sextas-feiras das 8h00 às 12h00 e quartas e quintas-feiras das 13h00 às 17h00, onde são realizadas aplicações de várias modalidades de laser intraocular para tratamento de retinopatia diabética, tumores intraoculares, doenças vasculares, roturas de retina, etc.
- **Retinopatia da Prematuridade** - às terças-feiras de manhã das 8h00 as 12h00, onde se recebem crianças com prematuridade para avaliação, seguimento e

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

tratamento, de locais como CAISM e hospitais/maternidades da região de Campinas e sua zona metropolitana.

- **Ambulatório de avaliação e seleção de pacientes para cirurgia de urgência** - realizado em conjunto com o ambulatório de Urgência em Oftalmologia, das 11h00 às 12h00, pelos residentes do quarto ano de retina, sob supervisão de docentes e staff de retina.

ATIVIDADES CIENTÍFICAS / DISCUSSÕES EM RETINA

Funcionam às quintas-feiras, de manhã, das 7h30 as 8h30, sendo feitas exposições teóricas sobre retina e vítreo.

Funcionam também às quintas-feiras, das 12h30 às 13h00, atividades de discussão científica de artigos relacionados à especialidade.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO EM RETINA

No sentido de desburocratizar, agilizar e integrar o atendimento de pacientes com patologias vitreo-retinianas em geral, optou-se por ambulatórios de Retina Clínica onde são atendidos diversas patologias juntas, sem subespecializações ambulatoriais. Nestes ambulatórios são realizados, a qualquer momento, conforme necessário, exames complementares: mapeamento de retina, angiografia fluoresceínica, retinografia, ultrassonografia, tomografia de coerência óptica, UBM e ainda, caso for urgente, laserterapia.

Todos os pacientes e suas visitas são incluídos em tabela própria onde se encontra nomes, patologia, quem atendeu (médico) e data.

Todos os ambulatórios tem staff / docente / preceptor / pós-graduando disponível para discutir todos os casos com os médicos residentes do primeiro ao quarto ano.

Um único ambulatório especializado se encontra ativo, neste momento, que é o Ambulatório de Retinopatia da Prematuridade, e há dois de procedimentos especializados: Laserterapia e Injeções Intraoculares.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE RETINA CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

ROTEIRO (ROTINA) PARA ATENDIMENTO A PACIENTES COM PATOLOGIAS:

Retinopatia Diabética

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 – Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária, busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5- Mapeamento de retina;
- 6- Retinografia colorida;

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

7a- Através de mapeamento e retinografia faz-se a classificação da retinopatia diabética (segundo ETDRS*) em:

- Ausência de retinopatia diabética → ALTA DO AMBULATÓRIO;
- Retinopatia diabética inscípiente → RETORNOS ANUAIS ou ALTA;
- Retinopatia diabética não proliferativa leve → RETORNOS ANUAIS;
- Retinopatia diabética não proliferativa moderada → RETORNOS SEMESTRAIS.
- Retinopatia diabética não proliferativa severa → RETORNOS TRIMESTRAIS OU LASERTERAPIA;
- Retinopatia diabética não proliferativa muito severa → LASERTERAPIA;
- Retinopatia diabética já tratada → decisão sobre RETORNO ou ANGIOGRAFIA ou TOMOGRAFIA DE COERENCIA ÓPTICA ou LASERTERAPIA ou INJEÇÕES DE TRIANCINOLONA e/ou ANTI-VEGF;
- Retinopatia diabética proliferativa → LASERTERAPIA;
- Retinopatia diabética tratada ou não com proliferação ou membranas:
 - com mácula sem descolamento → RETORNOS;
 - com mácula com descolamento → CIRURGIA VITRECTOMIA;

7b- Suspeita de EDEMA MACULAR CLINICAMENTE SIGNIFICANTE:

- Realização de TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA E/OU ANGIOGRAFIA para diferenciar as situações:
 - Isquemia macular - sem tratamentos a se fazer;
 - Ausência de isquemia macular;
- COM EDEMA - ponderação sobre INJEÇÕES INTRAVITREAS DE TRIANCINOLONA e/ou ANTI-VEGF e/ou LASERTERAPIA TIPO GRID MACULAR.

7c- Presença de opacidade de meios por hemorragia vítrea:

- Pouco significativo → OBSERVAÇÃO MENSAL ATÉ REABSORÇÃO;
- Significativo → OBSERVAÇÃO MENSAL + GONIOSCOPIA + TONOMETRIA até:
 - Reabsorção total = OBSERVAÇÃO TRIMESTRAL e/ou LASERTERAPIA e/ou ANGIOGRAFIA;
 - Sem reabsorção em 4 meses (DM tipo I) = VITRECTOMIA;
 - Sem reabsorção em 6 meses (DM tipo II) = VITRECTOMIA.

8- Orientação clínica sobre a importância do controle do diabetes.

Degeneração Macular Relacionado à Idade

- 1** - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2** - Tonometria;
- 3** - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária, busca por rubeosis em ângulo);
- 4** - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5** - Mapeamento de retina;
- 6** - Retinografia colorida + Retinografia de Autofluorescência+ Angiografia; e ainda se for necessário Tomografia de Coerência Óptica;

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

7- Classificação da Degeneração Macular Relacionado à Idade:

- Não exsudativa (seca):
 - Drusenóide (com 2 ou + drusas bem delimitadas maiores de 125 micrômetros em mácula ou com drusas confluentes, grandes, mal delimitadas) em um ou ambos olhos = SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E RETORNOS TRIMESTRAIS, SEMESTRAIS OU ANUAIS, conforme necessidade;
 - Atrófica (somente com alteração de EPR ou diminuição da espessura da Retina macular) = RETORNOS SEMESTRAIS OU ANUAIS.
 - Exsudativa (molhada / úmida):
 - Realização de TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA;
 - COM FIBROSE ou SEM LÍQUIDOS = RETORNOS TRIMESTRAIS, SEMESTRAIS OU ANUAIS conforme necessidade;
 - COM LÍQUIDO INTRARRETINIANO (membrana neovascular subretiniana ativa) = encaminhar para INJEÇÃO INTRAVITREA DE ANTI-VEGF.
 - Cicatriz disciforme em um olho e fase inicial em outro = SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA.
- OBSERVAÇÃO: suplementação vitamínica preferencialmente seguirá a fórmula de manipulação seguindo o AREDS
- Vitamina C _____ 500 mg
 - Vitamina E _____ 400 UI
 - Betacaroteno _____ 15 mg (somente se não for fumante)
 - Óxido de Zinco _____ 80 mg
 - Zinco Cuprico _____ 2 mg
- Tomar 1 comprimido por dia todos os dias.

Oclusões Vasculares da Retina

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração se necessário)
- 2 - Tonometria
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária busca por rubeosis em ângulo)
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina)
- 5 - Mapeamento de retina
- 6 - retinografia e angiografia
- 7 - OCLUSÃO ARTERIAL:
 - Aguda - massagem ocular / punção de câmara anterior se êmbolo visível em angiografia / retinografia
 - Crônica:
 - NEOVASOS de IRIS / RETINA / DISCO OPTICO → LASERTERAPIA;
 - SEM NEOVASOS → RETORNOS: 3 MESES – 6 MESES – 1 ANO – 2 ANOS – 3 ANOS – ALTA;
 - SEM NEOVASOS → OCT = se edema macular cistoide, encaminhar para LASERTERAPIA ou INJEÇÃO INTRAOCULAR.

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

8 - OCLUSÃO VENOSA:

○ **Veia Central:**

- Isquêmica (>10 DP isquemia ou AV < 20/200);
- Não isquêmica (<10 DP ou AV > 20/100);
- RETORNOS com 3 MESES, 6 MESES, 1 ANO, 2 ANOS e 3 ANOS – ALTA;
- Nos retornos - gonioscopia + OCT;
- Se EDEMA MACULAR CISTÓIDE = INJEÇÃO – LASERTERAPIA;
- Se NEOVASOS iris, retina, angulo = LASERTERAPIA.

○ **Ramo venoso:**

- FAZER TOMOGRAFIA COERENCIA ÓPTICA;
- COM EDEMA MACULAR - INJEÇÃO INTRAVITREA e LASERTERAPIA;
- SEM EDEMA MACULAR: RETORNOS com 3 MESES, 6 MESES, 1 ANO, 2 ANOS e 3 ANOS – ALTA.

9 – HEMOGLOBINOPATIAS:

- FAZER TOMOGRAFIA COERENCIA ÓPTICA;
- COM EDEMA MACULAR - INJEÇÃO INTRAVITREA e LASERTERAPIA;
- SEM EDEMA MACULAR: RETORNOS SEMESTRAIS OU ANUAIS;
- COM PROLIFERAÇÃO PERIFÉRICA - LASERTERAPIA;
- COM DESCOLAMENTO – VITRECTOMIA.

10- MACROANEURISMAS

- Se risco de hemorragia vítrea ou hemorragia vitrea anterior = LASERTERAPIA;
- Se edema macular – LASERTERAPIA.

Retinopatia da Prematuridade

- 1 – Recebimento da criança com 4 semanas de vida (1ª Consulta);
- 2 – História, peso ao nascer, quanto tempo em ventilação mecânica / O₂, tempo de estação, tempo de vida;
- 3 – Dilatação com tropicamida e fenilefrina diluído com 50% de lubrificante;
- 4 – Mapeamento de retina;
- 5 – Classificação da Retinopatia da Prematuridade* (Zonas I, II e III, graus);
- 6 – De acordo com a Classificação / presença ou ausência de dilatação de vasos de fundus encaminhar a tratamento:
 - Doença limítrofe - fotocoagulação / crioterapia em retina periférica;
 - Dilatação de vasos “doença quente – rápida progressão” = idem acima;
 - Não doença limítrofe - RETORNO MENSAL até 6 meses de vida;
- 7- Com 6 meses ou mais de vida:
 - Dilatar os olhos com cicloplégico e fazer REFRAÇÃO;
 - Fazer BIOMETRIA ULTRASSÔNICA;
 - ALTA.
- 8- Se descolamento de retina tracional - Retinopexia / Vitrectomia.

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

Maculopatias

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário)
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5 - Mapeamento de retina;
- 6 - Retinografia e Angiografia;
- 7 - Tomografia de Coerência Óptica, conforme necessário;
- 8 - Eletrooculograma e Eletroretinograma;
- 9 - Orientações / tratamentos seguindo cada discussão e etiologia.

Degenerações e Distrofias de Retina / Coróide

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5 - Mapeamento de retina;
- 6 - Retinografia e Angiografia;
- 7 - Tomografia de Coerência Óptica, conforme necessário;
- 8 - Eletrooculograma e Eletroretinograma;
- 9 - Orientações / tratamentos seguindo cada discussão e etiologia.

Tumores Intraoculares

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária, busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5 - Mapeamento de retina;
- 6 - Retinografia;
- 7 - Angiografia;
- 8 - Ultrassonografia ocular;
- 9 - Tomografia de órbitas;
- 10 - Decisão sobre = LASERTERAPIA, colocação de PLACA RADIOATIVA, ENUCLEAÇÃO, EXANTEREAÇÃO ou encaminhamento para centro especializado em quimioterapia / radioterapia (Boldrini).

Fosseta óptica

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária, busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina)
- 5 - Mapeamento de retina;

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

- 6 - Tomografia de Coerência Óptica;
- 7 - Angiografia;
- 8 - Se não houver descolamento macular - RETORNO ANUAL ou SE NECESSÁRIO
- 9 - Se descolamento macular = LASERTERAPIA.

Buraco Macular

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária; busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5 - Mapeamento de retina ;
- 6 - Tomografia de Coerência Óptica;
- 7 - Classificação do Buraco macular:
 - o Grau I = RETORNOS MENSAIS + OCT;
 - o Grau II = RETORNOS MENSAIS + OCT ou VITRECTOMIA;
 - o Grau III e IV = VITRECTOMIA.

Hemorragia Submacular

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária, busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5 - Mapeamento de retina;
- 6 - Suspeita de MNVSR - ANGIOGRAFIA → INJEÇÃO INTRAVITREA;
- 7 - Outras causas - ponderar INJEÇÃO DE GÁS ou VITRECTOMIA;
- 8 - Subhialoidéia - YAG LASER para abrir hialóide posterior.

Membrana Epirretiniana

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária, busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5 - Mapeamento de retina;
- 6 - Tomografia de Coerência Óptica;
- 7 - Se Acuidade visual for:
 - o Maior que 20/40 = RETORNO SEMESTRAL;
 - o Menor que 20/40 = ENCAMINHAR A VITRECTOMIA;
 - o Metamorfopsia inaceitável = ENCAMINHAR A VITRECTOMIA.

Descolamento de Retina

A avaliação de descolamentos de retina tracionais, regmatogênicos ou mistos serão encaminhados, com urgência, para avaliação dos residentes do quarto ano, no

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

Ambulatório de Seleção de Cirurgia de Urgência em Retina e Vitreo, já sendo tomadas as devidas providências nesse ambulatório.

Vitreoretinopatias proliferativas

- 1 - Acuidade Visual com a melhor refração (realizando refração, se necessário);
- 2 - Tonometria;
- 3 - Biomicroscopia e gonioscopia (se necessária, busca por rubeosis em ângulo);
- 4 - Encaminhar para dilatação dos olhos (tropicamida + fenilefrina);
- 5 - Mapeamento de retina ;
- 6 - Angiografia, OCT, Ultrassonografia, se necessário;
- 7 - Encaminhar para RETORNO ANUAL, LASERTERAPIA, INJEÇÃO INTRAVITREA ou VITRECTOMIA, conforme o caso.

Ultrassonografia Diagnóstica / Angiografia / Tomografia de Coerência Óptica / UBM

São realizados com encaminhamentos completos (constando refração, acuidade visual, tonometria, fundoscopia, hipótese diagnóstica e motivo pelo pedido do exame) recebidos de outros ambulatórios especializados de nosso serviço ou de outros serviços municipais cadastrados.

São feitos especificamente os exames e emitido laudos completos com achados e condutas sugeridas, sendo reencaminhados aos locais de origem.

OUTROS CASOS

São vistos conforme a necessidade. Eletrooculografia e Eletroretinografias são encaminhados para outros serviços ou para neurologia clínica para serem feitos, laudados e avaliados em retorno.

FLUOXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE RETINA – INJEÇÕES INTRAOCULARES:

- Recebimento do paciente e dilatação de pupilas (fenilefrina + tropicamida);
- Encaminha-se para local próprio (sala limpa / estéril) paciente com a preparação:
 - Fazer antisepsia das mãos do cirurgião com PVPI / Clorexidina, colocação de luvas estéreis;
 - Fazer antisepsia, após anestesia (1 gota de anestésico), no olho a ser injetado na pele com PVPI / Clorexidina e no olho com 2 gotas de PVPI a 5%;
 - Colocar campos estéreis, blefarostato estéril, pingar 3 gotas com intervalo de 5 minutos entre de antibiótico de amplo espectro em fundo de saco conjuntival;
 - Preparar injeção com material apropriado e com agulha apropriada com técnica estéril;

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

- Medir, com compasso estéril, 3,5 mm do limbo temporal superior a posição e injeta-se a quantidade determinada (0,1 ou 0,2 ml), com a massagem de local após retirar agulha com contonete estéril para evitar refluxo;
 - Retirar blefarostato e campos, pinga-se mais uma gota de antibiótico de amplo espectro, e encaminha-se para medir a pressão intraocular dentro da primeira hora de injeção.
- Por fim, marcar acompanhamento no pós-injeção: 1º Dia após, 7º Dia após, e 30º Dia após, conforme necessário / discernimento clínico.

FLUOXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE RETINA – LASERTERAPIA:

- Recebimento do paciente e dilatação de pupilas (fenilefrina + tropicamida);
- Realização de laserterapia nas seguintes modalidades:
 - GRID MACULAR (focal ou “C” invertido);
 - PANFOTOCOAGULAÇÃO (uma sessão por semana, sendo até três sessões por olho);
 - “APERTAR” PANFOTOCOAGULAÇÃO (uma sessão por semana, sendo até duas sessões por olho);
 - “CERCAR” lesões / roturas retinianas / descolamentos de retina;
 - TRATAMENTO de lesões / tumores intraoculares;
 - FOTOCOAGULAÇÃO SEGMENTAR.
- Se forem marcadas sessões de panfotocoagulação e grid, sempre começa-se pela sessão de grid macular.
- Após a sessão, se o médico constatar ser a última ou única sessão, o mesmo deve marcar RETORNO EM TRÊS MESES, no ambulatório de Retina Clínica.

FLUOXOGRAMA DE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DE SELEÇÃO DE PACIENTES PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA EM RETINA E VÍTREO – PÓS-OPERATÓRIO EM RETINA:

- Recebimento do paciente, já devidamente atendido em Ambulatório de Retina Clínica, ou em Urgência de Oftalmologia, ou de algum Ambulatório de Oftalmologia, com dados: acuidade visual, tonometria, mapeamento de retina, refração e já com dilatação máxima das pupilas;
- Avaliação preliminar clínica do residente do quarto ano responsável pelo dia da semana;
- Apresentação do caso ao preceptor / docente / staff de retina cirúrgica para discussão sobre melhor indicação cirúrgica;

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P22

- Pedido dos devidos exames pré-operatórios / risco cirúrgico pelo residente do quarto ano;
- Marcação em agenda do dia da cirurgia, sendo em regime de duas a três cirurgias por período, nos dias cirúrgicos de Retina no Centro Cirúrgico Ambulatorial.
- Após cirurgia, marcar, em mesmo ambulatório, o pós-operatório em retina com apresentação do pós-operatório a docente / staff competente em P.O. 1 dia, 7 dias, 30 dias e outros, conforme necessário for. Serão orientados a fazer manipulação medicamentosa / laserterapia / exames complementares / reoperações, conforme necessário.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Laboratório de Patologia Clínica

	Grupo responsável pela elaboração Fábio Luis Scarpa Bosso, Rodrigo Pessoa Cavalcante Lira, Valdir Balarin Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P23

2.10. URGÊNCIA

OFT.P23 - TRAUMATISMO OCULAR

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DO TRAUMA

TIPO DE TRAUMA OCULAR

(BETT- Birmingham Eye Trauma Terminology*)

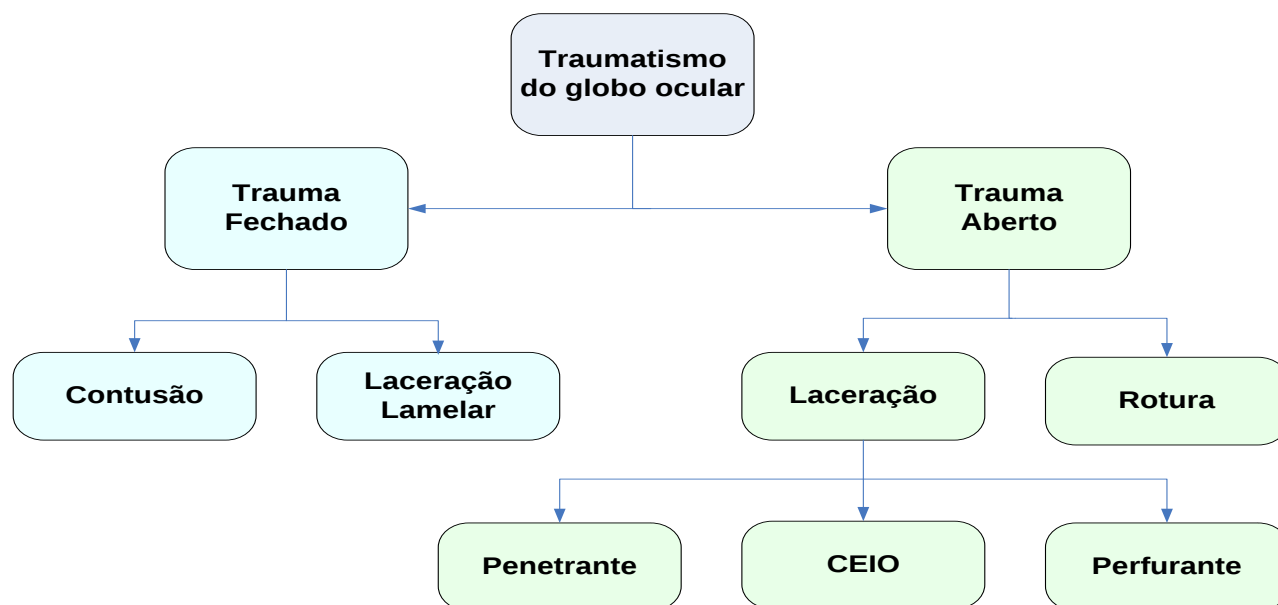
Em referência ao globo ocular :

- Trauma ocular fechado
 - Contusão ocular
 - Laceração lamelar
- Trauma ocular aberto
 - Laceração
 - Lesão penetrante
 - Lesão perfurante: 2 feridas causadas pelo mesmo objeto
 - Corpo estranho intraocular
 - Rotura do globo ocular



*Kuhn, F et al, Ocular traumatology 2008

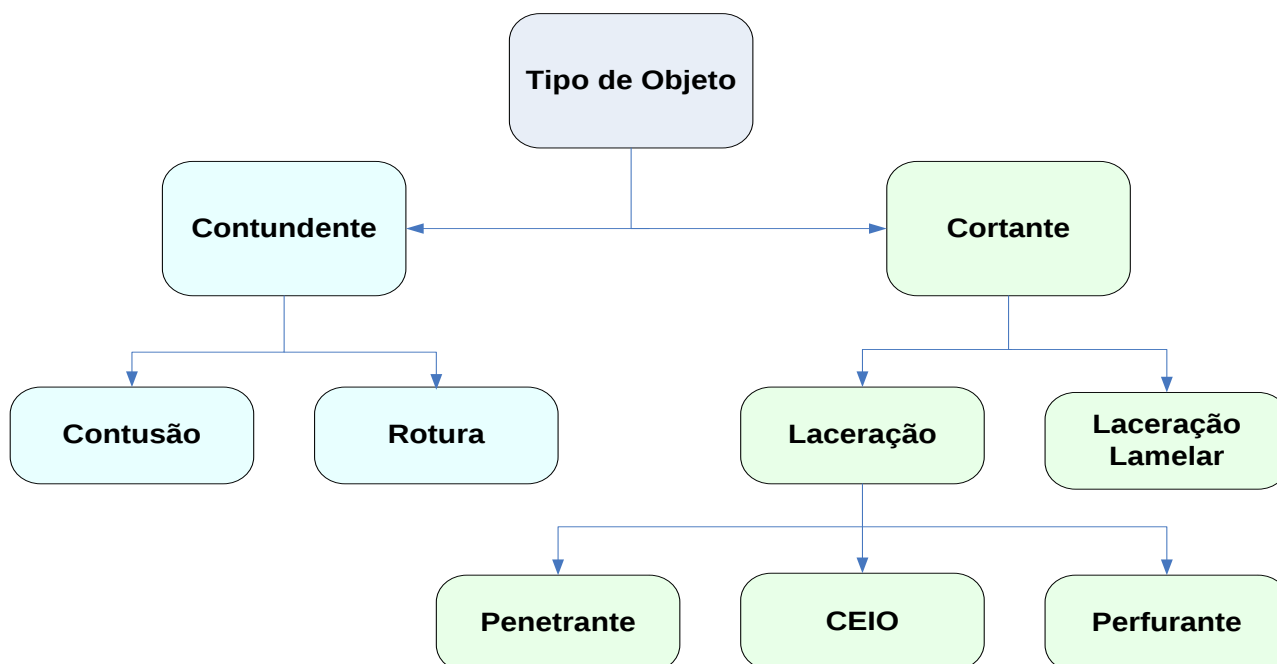
Fluxograma sobre tipo de trauma ocular e tipo de objeto do trauma



	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P23



TRAUMA OCULAR E SUA PREVENÇÃO

ETIOLOGIA

A maioria dos acidentes ocorrem no ambiente doméstico durante as horas de recreação. Objetos pontiagudos como faca de ponta, tesoura de ponta, brinquedo, arame, tiro de espingarda de pressão, copo de vidro, espetos de madeira, garrafa de vidro, pedal de bicicleta, mordeduras de animais e queimadura por produtos químicos como álcool, álcali, seiva de vegetal e material de limpeza são alguns dos exemplos de agentes causadores do trauma ocular principalmente em crianças.



A maior incidência dos traumas oculares ocorre nas duas primeiras décadas de vida (70%) e há predominância do sexo masculino, sendo 5 vezes mais freqüente que nas meninas, por influência dos brinquedos e atividades de recreação. A prevenção de acidentes pode ser feita através de supervisão das crianças durante os jogos e

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P23

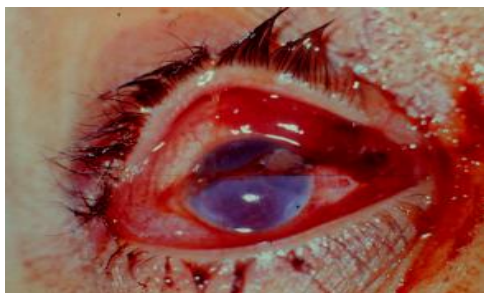
brincadeiras, regulamentação e rigor na comercialização dos mesmos, campanhas de esclarecimentos à população sobre o perigo dos brinquedos como arco e flecha, foguetes movidos à pólvora e fogos de artifício. Manter produtos químicos e objetos pontiagudos fora do alcance das crianças. Os ferimentos perfurantes do olho envolvendo as pálpebras, córnea e/ou esclera deixam seqüelas com comprometimento importante da visão devido a cicatrizes que levam a baixa visão e muitas vezes amaurose. Em adultos, o alcoolismo e os epiléticos representam também um fator de risco, devido ao desequilíbrio resultando freqüentemente em queda, muitas vezes com copo ou garrafa nas mãos.



Cuidado com espinhos e plantas pontiagudas quando praticando jardinagem! Usar óculos de proteção quando martelando ferro contra ferro, pedra ou azulejo; soldando; pintando; consertando veículos e manter as crianças afastadas do local dessas atividades.

Cerca de 70% de todas as lesões oculares em crianças ocorrem no lazer ou na prática de esporte. Trauma ocular por bola de tênis, "squash", beisebol e basquete em geral não são perfurantes, porém contundentes podendo causar hifema (sangramento intraocular), desepitelização de córnea ou roturas retinianas, sendo prevenidas com uso de óculos de proteção. Conscientizar atletas e fabricantes de equipamentos esportivos através da educação do jogador, mudanças de regras, equipamentos protetores podem contribuir para diminuir a incidência de trauma ocular.

Acidentes automobilísticos constituem a principal causa de trauma ocular aberto, principalmente o passageiro do banco dianteiro (75%), sendo 22% crianças de até 15 anos de idade e os motoristas (45%). Campanhas de esclarecimento do público em relação a medidas de proteção da visão, a obrigatoriedade do uso de cinto de segurança e a proibição de crianças no banco dianteiro devem ser continuamente enfatizadas.



	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P23

Lesões palpebrais causadas por objetos pontiagudos ou cortantes como vidro e projétil podem estar associadas com lesões em esclera, às vezes despercebidas inicialmente, devendo ser avaliadas minuciosamente pelo oftalmologista. Lesões de pálpebra inferior no canto interno podem lesar o canalículo lacrimal devendo ser reparada cirurgicamente.



Na suspeita de trauma ocular penetrante ou perfurante, algumas precauções devem ser tomadas antes de chegar até o oftalmologista para que o problema não seja agravado e muitas vezes essenciais para salvar a visão. Deve-se evitar toda e qualquer manipulação do olho. Não se deve forçar a abertura das pálpebras ou tentar remover partículas ou 'sujeiras' do olho, pois estas podem ser conteúdo do olho vazado e sua manobra pode piorar o quadro. O olho deve ser ocluído com gaze (ou pano limpo) e esparadrapado sem compressão ou simplesmente mantidos fechados, sem tocá-los. Nas crianças e em pessoas agitadas pode-se utilizar o fundo de um copo de plástico cortado e preso por esparadrapo na face. Não se deve colocar pomada no olho, pois a mesma, misturando-se com tecidos do olho, dificultará o exame. Manter o paciente em jejum para possível intervenção cirúrgica.

O corpo estranho incrustado na córnea deve ser removido pelo médico oftalmologista com o auxílio de microscópio ocular e instrumental apropriado. Em caso de corpo estranho intraocular, deve-se determinar a natureza do material. Materiais inertes como vidro ou plástico de pequeno tamanho pode permanecer dentro do olho sem maiores consequências ao passo que outros como ferro e cobre devem ser retirados com urgência, caso contrário levam a cegueira por ação tóxica sobre a retina.

CORPO ESTRANHO (CE) INTRA E EXTRAOCULAR

QUANDO SUSPEITAR

ANAMNESE:

- Uma pequena lesão palpebral, até prova ao contrário, deve-se suspeitar de lesão penetrante ou perfurante;

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

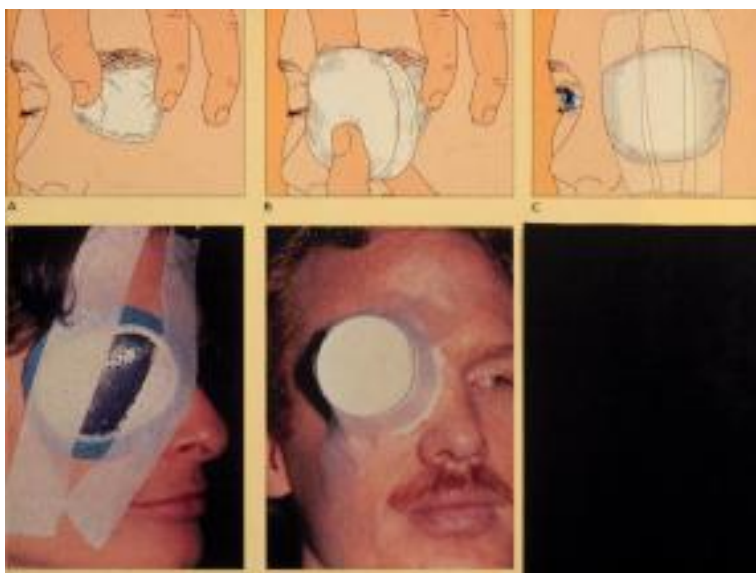
	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P23

- Profissão – carpinteiro, marceneiro, mecânico, pedreiro, trabalhadores rurais e industriais;
- Trabalho com esmeril, tornos, arma de fogo, explosivos, fogos de artifício;
- História de inflamação ocular crônica ou heterocromia e baixa acuidade visual progressiva (catarata, siderose).

CONDUTA NAS URGÊNCIAS

NA SUSPEITA DE FERIMENTO PENETRANTE:

- Não usar pomada;
- Não coçar os olhos;
- Não lavar ou remover “sujeiras” ou “coágulos”;
- Jejum.



CE CORNEANO:

- Únicos ou múltiplos (pólvora, vidro);
- Origem – material proveniente de terra, madeira, ferro ou cobre – planejamento cirúrgico;
- Antibioticoterapia – antifúngico.

PROGNÓSTICO VISUAL

CE intraocular significa lesão grave e progressiva devido a proliferação fibrovascular – trata-se de urgência oftalmológica e carta assinada de consentimento do paciente ou responsável permitindo a remoção total ou parcial do globo ocular (cirurgia de enucleação

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P23

e evisceração), caso a exploração cirúrgica resulte em perda irreparável dos tecidos e/ou visão nula.

DIAGNÓSTICO

Exame Externo e Biomicroscopia

- Lesão palpebral
- Edema e hemorragia subconjuntival – atentar para rotura escleral
- Hipotonia ocular / câmara rasa

Exame Sob Narcose

Crianças, edema palpebral grande, blefaroespasma, dor importante.

Fundoscopia

- Realizar o quanto antes para evitar o desenvolvimento rápido de catarata quando ocorre lesão do cristalino;
- Localização do CE: verificar presença de rasgos de retina. O CE pode ricochetear na parede e se localizar em outro quadrante, afastado do local do rasgo;
- A presença de hemorragia vítrea pode dificultar a visualização.



NATUREZA DO MATERIAL

LOCALIZAÇÃO DO CE

Para o planejar o melhor procedimento cirúrgico devemos dispor de:

- Raios-X – detecta materiais radiopacos;
- Ultrassom é muito sensível na detecção de CE não radiopacos como madeira, plástico, vidro, carbono e possibilita visualização de possível descolamento de retina, hemorragia vítrea;
- UBM (biomicroscopia ultrasônica) detecta CE pequenos em região do segmento anterior;
- TC auxilia na localização precisa do CE;
- RM não deve ser indicada na suspeita de CE metálico.

	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P23

CE TÓXICO

De preferência, todos os CE devem ser removidos sempre que possível para prevenir a proliferação fibrovascular (dificulta a remoção) e a instalação de infecção intraocular (endoftalmite):

- COBRE PURO - trata-se de emergência cirúrgica, pois pode causar ENDOFTALMITE GRAVE e phtisis bulbi (atrofia do globo ocular);
- FERRO – a liberação de íons (Fe 24) altera enzimas retinianas, destruindo fotorreceptores resultando em HETEROCROMIA, MIDRIASE, CATARATA, GLAUCOMA ;
- LATÃO (liga de cobre e zinco) pode causar CHALCOSE e CATARATA EM GIRASSOL. O depósito em córnea aparece em forma de anel de Kaiser-Fleischer;
- Chumbo e alumínio – materiais menos tóxicos.

CE PROFUNDO

Remoção vai depender da localização e toxicidade do material, pois na tentativa de retirar o CE os tecidos adjacentes podem ser lesados, causando trauma maior.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE, CC, Imaginologia

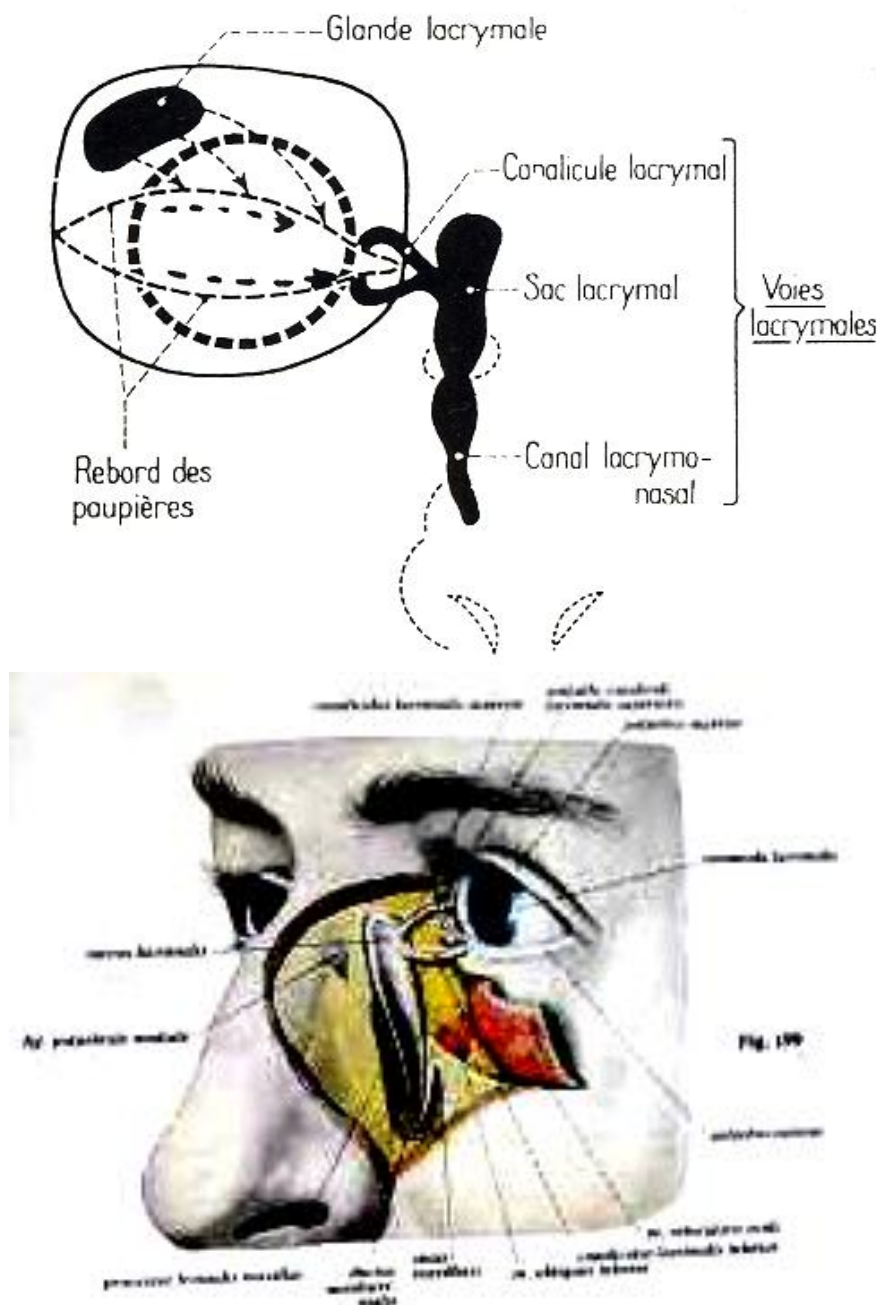
	Grupo responsável pela elaboração Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

2.11. VIAS LACRIMAIS

OFT.P24 – CONDUTAS EM AFECÇÕES EM VIAS LACRIMAIS

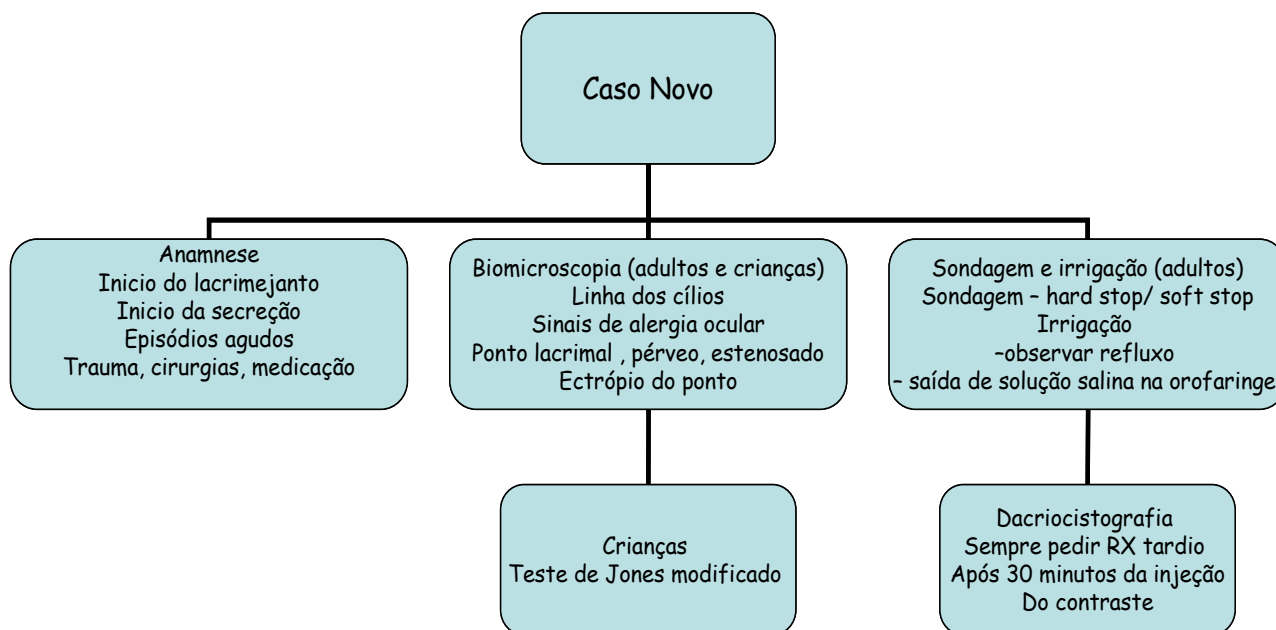
ANATOMIA DA VIA LACRIMAL



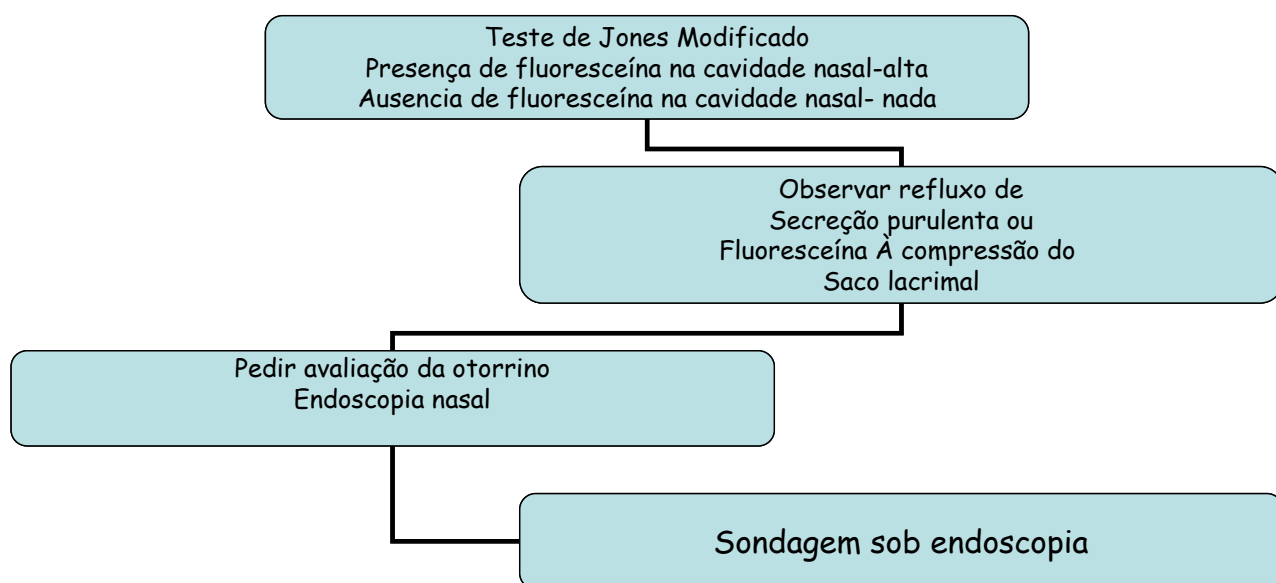
	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

Fluxograma de atendimento de casos novos



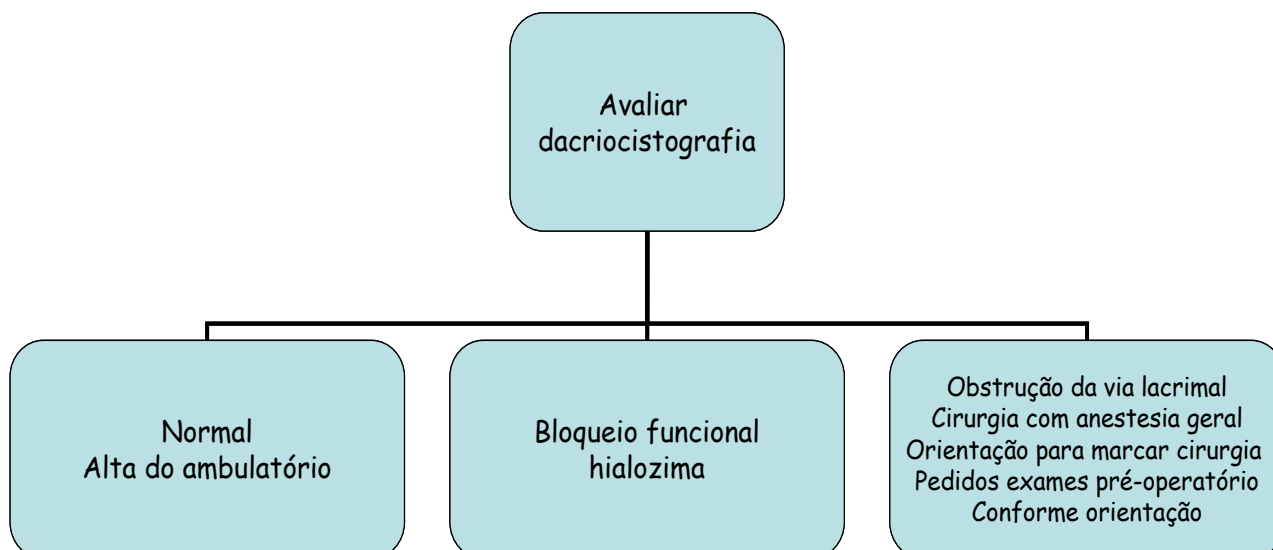
Fluxograma de atendimento de crianças



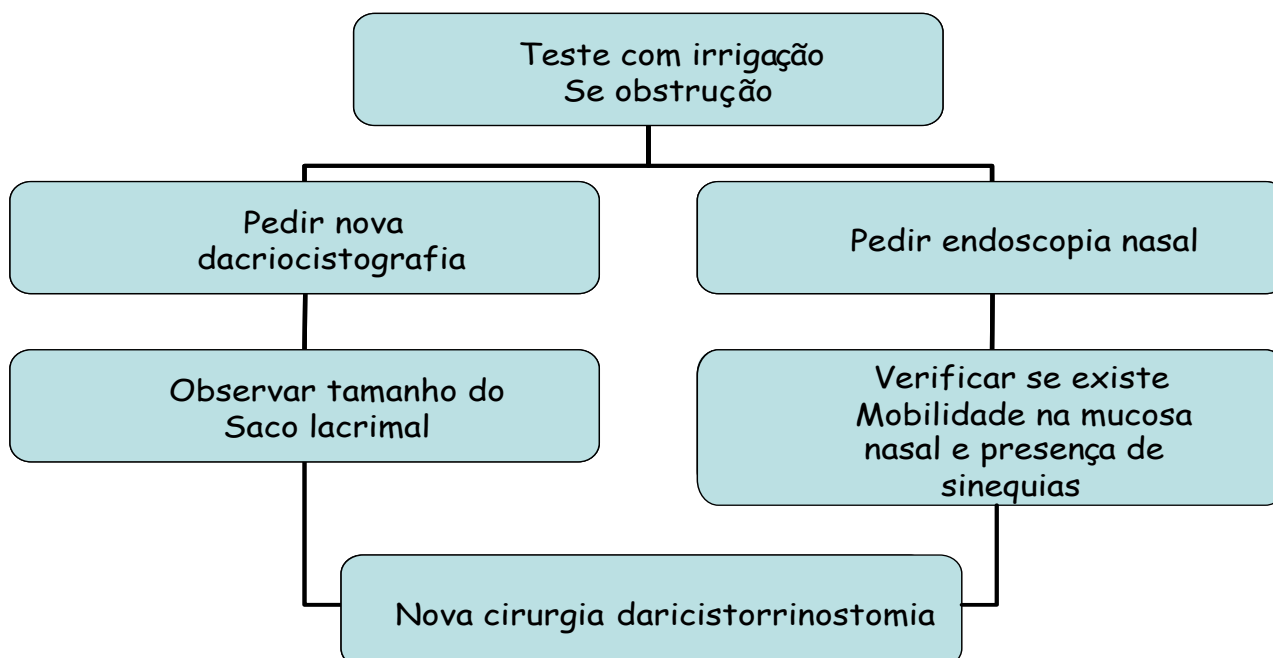
	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

Fluxograma de atendimento de retornos



Fluxograma de atendimento de recidivas

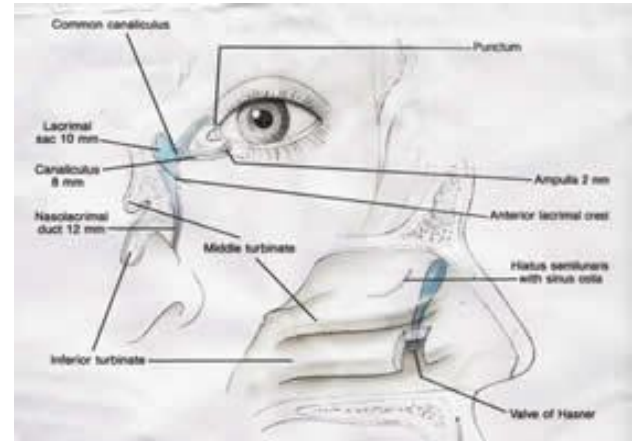


	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

DACRIOCISTITE CONGÊNITA

- Causa mais frequente imperfuração da válvula de Hasner;
- 6% dos recém nascidos;
- Sem preferência por sexo.



- Lacrimejamento a partir da segunda semana de vida, quando a produção de lágrima aumenta;
- Presença de refluxo de secreção mucosa ou purulenta.



TESTE DE JONES MODIFICADO

- Instilar 1 gota de colírio de fluoresceína, em ambos os olhos, a cada 5 minutos, por 5 vezes, observar cavidade nasal após 30 minutos;
- Não deixar a criança com a cabeça baixa para não deglutir o colírio;
- Não limpar o excesso de colírio do rosto da criança;
- Observar o corante na cavidade nasal, significa permeabilidade da via lacrimal;
- Ausência de corante não significa que é obstruído.

	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

TRATAMENTO DA CRIANÇA

- O lacrimejamento pode melhorar espontaneamente até o 6º mês de vida;
- Massagem na topografia de saco lacrimal, por 30 dias, tem como finalidade aumentar a pressão interna sobre o saco. Esta pressão se propaga para a extremidade inferior do ducto, resultando em abaulamento, distensão e rompimento da membrana na porção terminal da via lacrimal.



SONDAGEM DE VIA LACRIMAL

Se não melhorar, indicar sondagem sob anestesia geral. Deve-se pedir avaliação do pediatra.



 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

DACRIOCISTITE DO ADULTO

- Obstrução na região do ducto nasolacrimonal idiopática, trauma ou tumor;
- Inflamação crônica do saco lacrimal;
- Queixas:
 - Lacrimejamento;
 - refluxo de secreção mucosa ou mucopurulenta pelos canalículos, quando se faz a compressão do saco lacrimal.



TRATAMENTO

- Avaliação no consultório;
- Biomicroscopia;
- Sondagem e irrigação de vias lacrimais, material estéril, mas feito com luvas de procedimento;
- Instilar colírio anestésico em ambos os olhos antes do procedimento.

	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

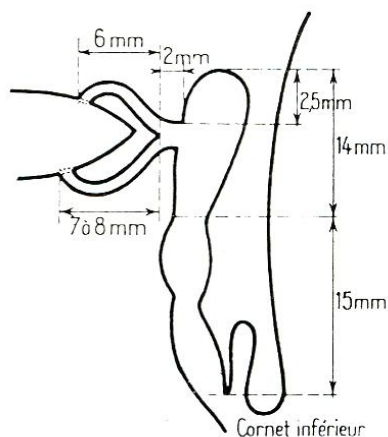


FIG. 123. — Les dimensions des voies lacrymales.

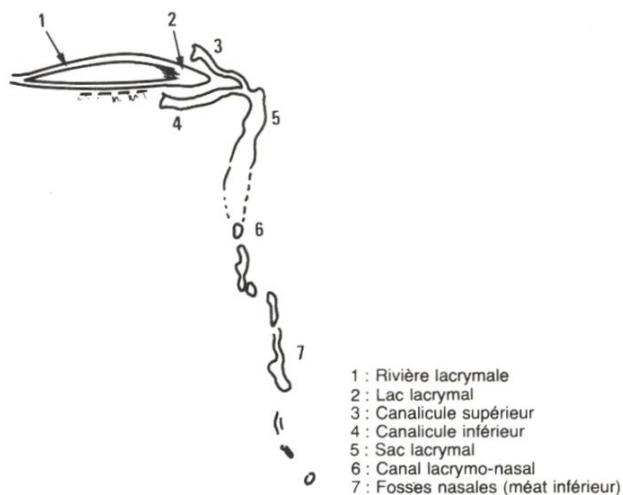
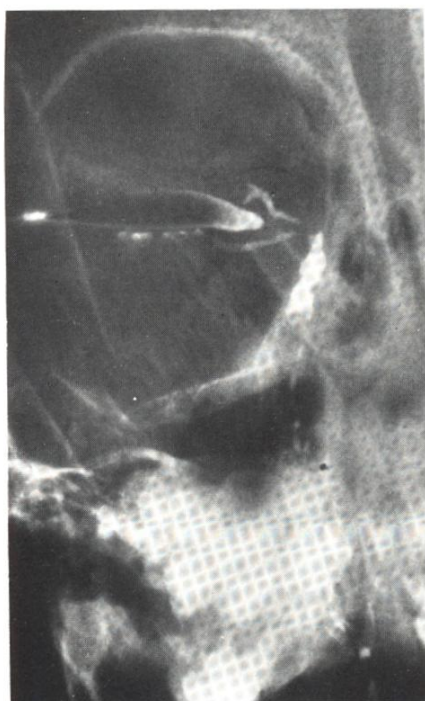
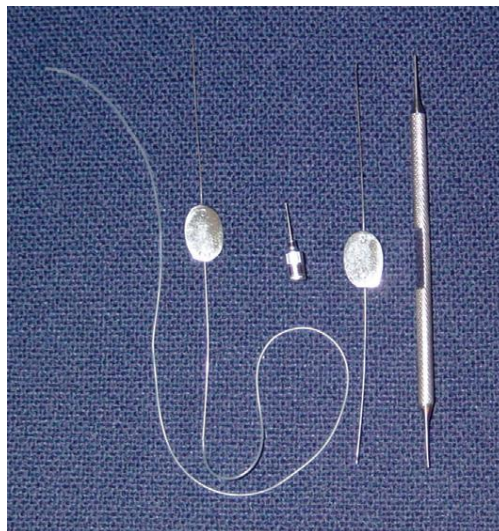


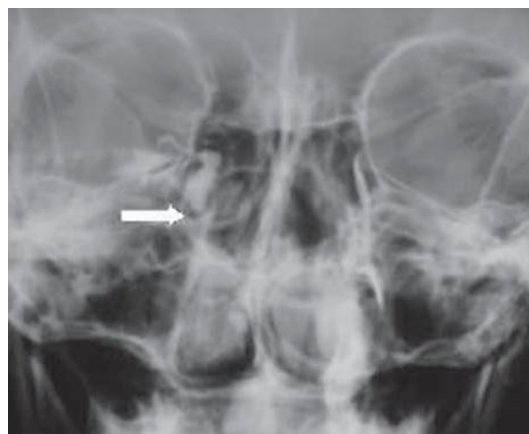
FIG. 120. — Radiographie des voies lacrymales normales montrant les rivières et le lac lacrymaux et schéma.

- Orientação para realização do exame de dacriocistografia;
- Exame não necessita de jejum;
- Primeiro Raio X deve ser o de controle sem contraste;

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

- Segundo contraste deve ser injetado nas vias lacrimais, nos 2 olhos, com paciente sentado;
- Terceiro deve ser realizado 30 minutos após a injeção do contraste.



TRATAMENTO CASO AGUDO

- Antibiótico via oral;
- Antiinflamatório;
- Calor local.



	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P24

TRATAMENTO CASOS CRÔNICOS

- Cirurgia;
- Dacriocistorrinostomia externa;
- Pode ser indicada endonasal;
- Com silicone;
- Prótese lacrimal.

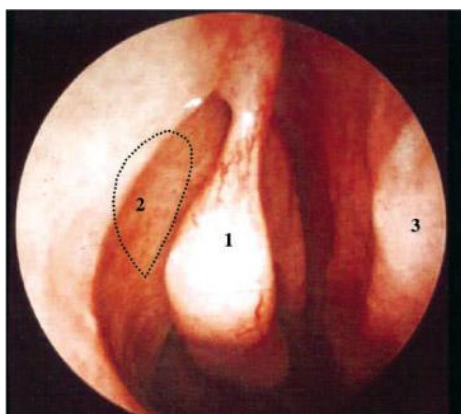


Figura 2 - Visão endoscópica do meato médio onde se observa a concha média (1); linha maxilar e a região do saco lacrimal (2) e o septo nasal (3)



CIRURGIA COM ANESTESIA GERAL E LOCAL

- Jejum via oral por, no mínimo, 6 horas;
- Pode necessitar de internação;
- Pedidos de exames de sangue e avaliação cardiológica;
- Pedido avaliação do anestesista;
- Agendar cirurgia no hospital.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

DAMPE

	Grupo responsável pela elaboração Marilisa Nano Costa, Carla Renata de Barros		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P25

2.12. VISÃO SUBNORMAL

OFT.P25 - AMBULATÓRIO DE VISÃO SUBNORMAL

Site: <http://www.auxiliosopticos.fcm.unicamp.br>

CONCEITO DE VISÃO SUBNORMAL

Segundo a Sociedade Brasileira de Visão Subnormal, uma pessoa com Baixa Visão é aquela que possui um comprometimento de seu funcionamento visual, mesmo após tratamento e/ou correção de erros refracionais comuns e tem uma acuidade visual inferior a 20/60 (6/18, 0.3) até percepção de luz ou campo visual inferior a 10 graus do seu ponto de fixação, mas que utiliza ou é potencialmente capaz de utilizar a visão para planejamento e execução de uma tarefa.

CLASSES DE ACUIDADES VISUAL/CLASSIFICAÇÃO ICD-9-CM (WHO/ICO)

CLASSIFICAÇÃO	ACUIDADE VISUAL SNELLEN	ACUIDADE VISUAL DECIMAL	AUXÍLIOS ÓPTICOS E NÃO ÓPTICOS
Visão normal	20/12 a 20/25	1,5 a 0,8	Bifocais comuns
Próxima do normal	20/30 a 20/60	0,6 a 0,3	Bifocais mais fortes Lupas de baixo poder
Baixa visão moderada	20/80 a 20/150	0,25 a 0,12	Lentes esferoprismáticos Lupas mais fortes
Baixa visão severa	20/200 a 20/400	0,10 a 0,05	Lentes esféricas Lupas de mesa alto poder
Baixa visão profunda	20/500 a 20/1000	0,04 a 0,02	Lupa montada telescópio Magnificação Vídeo Bengala
Próximo à cegueira	20/1200 a 20/2500	0,015 a 0,008	Magnificação vídeo Livros falados, Braille Aparelhos saída de voz Bengala
Cegueira total	Spl	Spl	Aparelhos saída de voz Bengala

O Ambulatório de Visão Subnormal (VSN) atende à clientela infantil, adolescentes e adultos, em suas diferentes faixas etárias e dificuldades visuais, oferecendo os serviços

	Grupo responsável pela elaboração Keila Monteiro de Carvalho, Anita Zimmermann		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			AE.P25

de avaliação médica oftalmológica e acompanhamento terapêutico realizado por profissionais não-médicos (Pedagogos e Terapeutas Ocupacionais).

Divide-se em:

- Visão Subnormal (Avaliação visual de adultos);
- Visão Subnormal Infantil (Avaliação visual de crianças de zero a três anos de idade);
- Visão Subnormal Escolar (Avaliação visual de escolares);
- Estimulação Visual Infantil (Avaliação da visão funcional de crianças de zero a seis anos de idade e orientações para estimulação visual).

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE

	Grupo responsável pela elaboração Keila Monteiro de Carvalho, Anita Zimmermann		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T1

3. TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA

OFT.T1 - ANAMNESE OFTALMOLÓGICA

DEFINIÇÃO

Coletar dados e selecionar as informações para facilitar o atendimento e fornecer subsídios que auxiliem na assistência ao paciente.

PRINCÍPIOS

O entrevistador deve:

- Recepcionar o paciente de maneira que se sinta acolhido e confiante quanto ao atendimento;
- Demonstrar cordialidade e empatia;
- Ser comunicativo e manter interação com o paciente/familiar;
- Saber ouvir, respeitar e valorizar suas queixas, levando em conta suas individualidades (idade, nível cultural e sócio econômico);
- Procurar manter a privacidade do paciente;
- Estar atento a sinais clínicos que nem sempre são relatados pelo paciente/familiar;
- Fornecer informações necessárias de modo a tranquilizar o paciente para o atendimento;
- Manter postura ética e profissional durante o atendimento;
- Anotar as informações obtidas de forma clara e objetiva,
- Utilizar símbolos e abreviações padronizados para descrever sinais e sintomas relatados durante a coleta de dados.

No atendimento às crianças:

- Conquistar a confiança da criança conversando sobre temas de seu interesse;
- Permitir e estimular a participação da criança durante o atendimento;
- Avaliar a reação da criança e o envolvimento dos pais/responsáveis durante o atendimento.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T1

MATERIAL

- Impresso próprio para anamnese, conforme tipo de atendimento (urgência, triagem, retorno).

SEQÜÊNCIA PROPOSTA

- Apresentar-se ao paciente e explicar o atendimento;
- Acomodar o paciente e acompanhante;
- Preencher campos de identificação no impresso;
- Iniciar a anamnese, na seqüência do roteiro:
 - Queixa principal (QP);
 - História da moléstia atual (HMA);
 - Antecedentes oculares (AO);
 - Antecedentes pessoais (AP);
 - Antecedentes familiares (AF);
- Anotar os dados obtidos;
- Orientar o paciente a aguardar o atendimento médico.

DETALHANDO A ANAMNESE OFTALMOLÓGICA

QUEIXA PRINCIPAL (QP)

Deve-se indagar qual o motivo que levou o paciente a procurar atendimento oftalmológico.

Relatar, de maneira sucinta, focando o problema oftalmológico que mais incomoda o paciente naquele momento e com as palavras verbalizadas pelo paciente. Ex: coceira e ardor nos olhos.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (HMA)

Detalhar os **sinais e sintomas** com perguntas específicas direcionadas à(s) queixas(s).

Baixa acuidade visual:

- Há quanto tempo;
- Se progressiva ou repentina;

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Não se aplica	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T1

- Se uni ou bilateral;
- Se para perto ou para longe ou ambos;
- Se melhora ou não com correção (lente de contato/óculos);
- Se é pior durante o dia ou durante a noite;
- Se está relacionada com: trauma, hiperemia, lacrimejamento, secreção, etc;
- Se é concomitante com: halos coloridos, flashes de luz e náuseas;
- Se há dificuldade para distinguir cores;
- Se é contínua ou intermitente.

Dor:

- Há quanto tempo;
- Fatores que melhoraram ou pioram a dor;
- Se uni ou bilateral;
- Se aguda ou crônica;
- Intermitente, periódica ou constante;
- Localizada ou irradiada;
- Acompanhada ou não de outros sintomas;
- Intensidade: forte, média ou fraca.

Hiperemia:

- Há quanto tempo;
- Uni ou bilateral;
- Se existe trauma associado;
- Presença de secreção: tipo e quantidade;
- Se está associada à dor e à diminuição da acuidade visual;
- Associada a outras situações.

Cefaleia:

- Há quanto tempo e quando aparece;
- Localização/irradiação;
- Se está relacionada com esforço visual;
- Intensidade: forte, média ou fraca;

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T1

- Fatores que acompanham: enjoo, vômitos, tontura;
- Se melhora com uso de medicação.

Estrabismo:

- Há quanto tempo;
- Quem percebeu o desvio;
- Se desvia para dentro ou para fora, para cima ou para baixo;
- Com que idade percebeu;
- Se é constante ou intermitente;
- Se fez tratamento com óculos ou oclusão:
 - Quando iniciou;
 - Por quanto tempo, quantas horas/dia e qual o período;
 - Se houve adesão do paciente ao tratamento;
 - Se houve melhora do desvio e da visão;
- Associado à doença sistêmica.

ANTECEDENTES OCULARES (AO)

Cirurgias oculares:

- Tipo de cirurgia;
- Há quanto tempo;
- Uni ou bilateral;
- Se houve resultado satisfatório.

Infecções oculares:

- Tipo;
- Há quanto tempo;
- Uni ou bilateral;
- Tratamento utilizado;
- Se houve seqüela da visão.

Uso de óculos (o $\overline{c}$):

- Motivo do uso;

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T1

- Há quanto tempo;
- Quem prescreveu;
- Tipo de lentes (para longe, para perto, bifocal ou multifocal);
- Data da última refração e se manteve ou não o grau dos óculos;
- Se melhora ou não a visão com a correção.

Lente de contato (LC):

- Há quanto tempo utiliza;
- Quem prescreveu;
- Motivo do uso;
- Tipo de lente (rígida, gelatinosa);
- Uni ou bilateral;
- Tempo de uso (horário que coloca e que retira);
- Se tem boa adaptação e melhora da visão;
- Dificuldades para o manuseio;
- Se teve complicações oculares após uso;
- Higienização: frequência e produto que utiliza.

Uso de colírios:

- Quem prescreveu;
- Finalidade;
- Há quanto tempo utiliza;
- Uni ou bilateral;
- Quantas vezes ao dia;
- Horário de instilação da última gota;
- Se obteve melhora do quadro;
- Alergia a algum tipo de colírio.

ANTECEDENTES PESSOAIS (AP)

Histórico de doenças sistêmicas principalmente aquelas que podem levar a alterações oculares.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T1

Hipertensão arterial sistêmica (HAS):

- Há quanto tempo;
- Uso de medicação: nome, dosagem, uso regular ou irregular;
- Se faz acompanhamento médico regularmente ou não;
- Se faz dieta alimentar.

Diabetes:

- Há quanto tempo;
- Uso de medicação: nome, dosagem, uso regular ou irregular;
- Data e resultado da última glicemia;
- Se faz acompanhamento médico regularmente ou não;
- Se faz dieta alimentar.

Indagar outras doenças: cardíacas, reumatológicas, neurológicas, endocrinológicas, moléstias infectocontagiosas, citando o nome, há quanto tempo e o tratamento utilizado.

Alergias a medicamentos:

- Citar o nome do medicamento.

Para antecedentes pessoais em crianças, acrescentar:

- Nasceu a termo ou pré-termo;
- Parto normal, fórceps ou cesárea;
- Se permaneceu em oxigenioterapia: por quanto tempo;
- Presença de doença infectocontagiosa da mãe durante a gestação/parto;
- Doenças da infância.

ANTECEDENTES FAMILIARES (AF)

Indagar sobre doenças oculares na família:

- Cegueira: causa e parentesco;
- Glaucoma;
- Estrabismo;
- Tumores oculares;
- Miopia.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Não se aplica Assinatura	Nome: Não se aplica Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T1

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREA EXECUTORA
OFTALMOLOGIA

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Não se aplica	Nome: Não se aplica
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T2

OFT.T2 - ANGIOGRAFIA OCULAR

DEFINIÇÃO

Exame realizado com corante, possibilitando a visualização sequencial do fluxo de sangue das estruturas relacionadas ao fundo de olho, utilizado para diagnosticar patologias oculares da coroide, retina e nervo óptico.

PRINCÍPIOS GERAIS

A máquina fotográfica deve estar acoplada ao retinógrafo para a realização do exame.

O paciente deve ser orientado previamente de que:

- Será injetado um corante na corrente circulatória através da punção venosa;
- Sua pele e urina ficarão com coloração amarelada (escura) devido à injeção do corante, devendo retornar à coloração normal em até 48 horas;
- Ingerir líquidos para auxiliar na eliminação do corante.

É imprescindível uma boa dilatação das pupilas para a realização do exame

Importante obter acesso venoso calibroso a fim de evitar extravasamento durante a injeção do corante.

MATERIAL

- cuba rim;
- seringa de 10 ml;
- seringa de 05 ml;
- scalp nº 21;
- agulha 30x8 ou 40x12;
- micropore ou esparadrapo;
- algodão com álcool a 70%;
- garrote;
- ampola de fluoresceína sódica a 20%;
- ampola de plasil;
- foco de luz móvel;

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T2

- suporte para braço (para punção do acesso venoso).

EQUIPAMENTO

- retinógrafo;
- máquina fotográfica (acoplada ao retinógrafo);
- filme fotográfico Tri-x-pan/ASA 100/36 poses/preto e branco.

PREPARO DO CORANTE:

Higienizar as mãos.

Aspirar 2,5 ml da ampola de fluoresceína em uma seringa de 5 ml, com agulha 30x8 ou 40x12.

Retirar a agulha e adaptar o scalp nº 21 na seringa.

Colocar o material preparado dentro da cuba rim.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

ENFERMAGEM

Identificar o paciente e certificar se está com acompanhante, permitindo sua presença durante o exame.

Higienizar as mãos.

Verificar a pressão arterial e anotar no prontuário:

- se PA dentro de níveis pressóricos normais, encaminhar o paciente para a sala do colírio;
- se hipertenso, comunicar o médico e aguardar sua avaliação/condução.

Administrar medicação anti-hipertensiva se prescrito pelo médico.

Dilatar a pupila seguindo a prescrição médica.

Encaminhar o paciente para a sala do exame.

Posicionar o paciente adequadamente com o queixo e a testa encostados no aparelho, devendo permanecer sentado confortavelmente durante o exame.

Orientar o paciente sobre a importância de sua imobilidade e fixação dos olhos na mira do aparelho durante a realização do exame, para a retirada de fotos sequenciais.

Estender e apoiar o membro superior e puncionar veia periférica calibrosa, conforme técnica preconizada.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T2

Apagar a luz da sala.

Orientar o paciente a informar qualquer reação/alteração (náusea, mal estar, tonturas) no decorrer do exame.

MÉDICO

Higienizar as mãos.

Posicionar equipamentos e executar o exame.

ENFERMAGEM

Higienizar as mãos.

Injetar o conteúdo da seringa com o corante rapidamente após a solicitação do médico.

Permanecer ao lado do paciente durante e após o exame, observando possíveis reações (vômito, sudorese, etc.).

Administrar metoclorpramida se necessário e indicado pelo médico.

Reforçar ao paciente quanto às alterações de coloração da pele, urina em razão da aplicação do corante.

Orientar para ingestão líquida.

Remover o acesso venoso ao término do procedimento

Encaminhar o paciente ao médico para receber orientações.

Retirar o material e deixar a sala em ordem.

Executar a desinfecção dos equipamentos conforme rotina.

Higienizar as mãos.

OBSERVAÇÕES:

O extravasamento do corante na área da injeção acarreta não somente irritação local como poderá ocasionar flebite superficial. Caso ocorra, colocar gelo no local.

Podem ocorrer reações alérgicas e graves como bronco espasmo, apneia e mesmo anafilaxia embora sejam extremamente raras.

Existem contraindicações médicas para a realização do exame:

- gravidez: 1º e 3º trimestre;
- IR em fase pré-dialítica (eliminação da fluoresceína);

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T2

- antecedentes de alergia a fluoresceína;
- IAM nos últimos 6 meses.

Todo exame realizado deve ser anotado pelo médico no prontuário e livro de registro de angiografias.

Observar se o filme foi identificado pelo médico (nome do paciente, HC, nome do médico).

Depois de identificado deve ser guardado em caixa identificada para posteriormente ser enviado para revelação.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão: luvas de procedimento, avental, óculos protetores e máscara quando houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T3

OFT.T3 - AUTOCERATO - REFRAÇÃO

DEFINIÇÃO

Obtenção de medidas da curvatura da córnea e da autorrefração, permitindo uma estimativa rápida e fácil do erro refracional e servindo de subsídio para o exame médico oftalmológico.

PRINCÍPIOS GERAIS

- A medida da autorrefração não elimina a necessidade da refração subjetiva, que é realizada pelo oftalmologista;
- O aparelho deve ser ajustado de acordo com os dados que se deseja obter: ceratometria e/ou autorrefração;
- O aparelho pode ser calibrado para medidas com intervalo de 0,25 a 0,5 dioptrias (graus);
- A ceratometria pode ser expressa em milímetro ou dioptrias;
- Para os pacientes que possuem Lente Intraocular (LIO), o aparelho deve ser ajustado para leitura com lente;
- Fatores que dificultam a obtenção das medidas devem ser anotados na ficha de atendimento/prontuário como: nistagmo, ptose, tremores, restrição à movimentação da região cervical, opacificação dos meios (córnea e cristalino), pterígeo, secreção ou lacrimejamento;
- Não é recomendável ajudar o paciente na abertura das pálpebras, pois pode haver alteração na curvatura corneana.

MATERIAL

- Aparelho de autoceratorrefrator;
- Bobina com papel termo sensível.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Chamar o paciente com o prontuário/ficha de atendimento em mãos.

Ligar o aparelho e realizar os ajustes de acordo com os dados que se deseja obter.

Verificar se há papel na impressora.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T3

Posicionar o paciente:

- Orientar o paciente para sentar-se na banqueta posicionada de frente para o aparelho;
- Colocar o queixo e a testa devidamente apoiada no aparelho;
- Ajustar à sua altura, de modo a mantê-lo confortável durante o procedimento.

Posicionar a linha média dos olhos na altura de marcas laterais existentes nas hastes verticais do aparelho.

Observar no visor a indicação de registro dos dados desejados.

Informar o paciente sobre o procedimento:

- Não movimentar o corpo e a cabeça;
- Manter os olhos abertos, porém de maneira relaxada;
- Piscar antes de cada medida para regularizar a superfície da córnea;
- Fixar o olho na mira (desenho) no interior do aparelho, orientando que ora a mira estará focalizada, ora estará fora de foco.

Centralizar a mira e o foco com auxílio do joystick para obtenção das medidas, observando no visor a indicação dos dados;

Realizar três medidas de cada olho, para que o aparelho forneça uma média dos valores obtidos;

Imprimir o registro das medidas.

Orientar o paciente a aguardar na sala de espera, após o término do exame, para a consulta médica;

Anexar no prontuário e/ou ficha de atendimento o impresso contendo as medidas;

Realizar desinfecção do aparelho com álcool a 70%.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T4

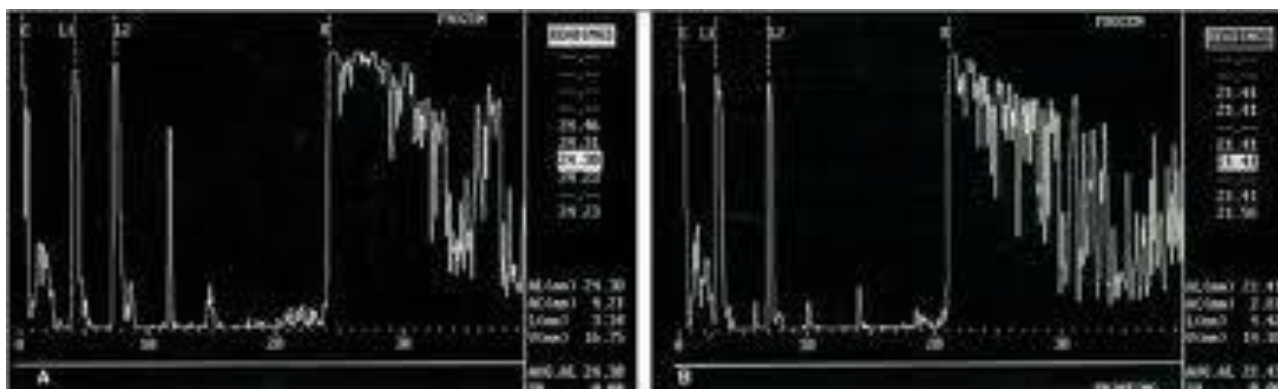
OFT.T4 - BIOMETRIA

BIOMETRIA OCULAR

O exame de biometria faz parte da avaliação pré-operatória sendo fundamental para o sucesso pós-operatório, uma vez que calcula o valor dióptrico da lente intraocular (LIO) a ser implantada na cirurgia.

A biometria pode ser realizada por dois métodos: o ultrassônico e o óptico.

A ultrassonografia modo A da ecobiometria, utiliza a amplificação linear com sondas nas frequências de 10-12 MHz. A medida do comprimento axial é determinada pelo tempo em que ecos emitidos pela sonda necessitam para atravessar as interfaces da córnea à retina e retornarem à sonda. Duas técnicas podem ser utilizadas, a de contato, cuja sonda é colocada diretamente sobre a superfície corneana, sem que haja compressão e a de imersão, feita com uma concha escleral preenchida com solução salina ou metilcelulose a 1 ou 2% que é colocada entre as pálpebras.



Acima: ultrassonografia modo A; abaixo: modelos de ecobiômetros.



	Grupo responsável pela elaboração Eliana Pinheiro, Claudemir de Souza Melo, Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T4



Biômetro óptico (IOL Master)

A biometria óptica utiliza o método de interferometria de coerência parcial através de um feixe de laser infravermelho de 780 nm para obter as medidas necessárias para o cálculo do comprimento axial. Uma das grandes vantagens deste método é o conforto a ambos, médico e paciente. As medidas da profundidade da câmara anterior e do comprimento axial são feitas sem contato direto com o olho do paciente.

Contudo a biometria óptica necessita de colaboração do paciente, por isso o exame torna-se muito difícil em pacientes com retardo neuropsicomotor ou pouco colaborativos ou ainda crianças muito pequenas.

Nos casos de catarata avançada e na falta de colaboração do paciente ou impossibilidade de fixação do olhar, a biometria ultrassônica deve ser utilizada.

PRINCÍPIOS

- O exame pode ser realizado por médico oftalmologista ou técnico em biometria.
- O grau de refração estabelecido como parâmetro no Serviço é de -1.00.

MATERIAL

- Biômetro ultrassônico com sonda laser;
- Colírio anestésico;
- Gaze;

	Grupo responsável pela elaboração Eliana Pinheiro, Claudemir de Souza Melo, Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T4

- Álcool 70%;
- Colírio lubrificante.

SEQUÊNCIA PROPOSTA:

- Higienizar as mãos.
- Receber o paciente e certificar-se da solicitação do exame e hipótese diagnóstica;
- Verificar se há as medidas de curvatura da córnea, caso não disponíveis, realizar o ceratometria;
- Paciente deve ser posicionado na maca, em decúbito dorsal;
- Administrar o colírio anestésico e retirar o excesso com gaze;
- Iniciar o equipamento pela opção biometria, inserir os dados do paciente, inclusive o HC, inserir os dados da ceratometria K1 e K2 (curvatura da córnea), de ambos os olhos;
- Acessar a tela de início do exame;
- Orientar o paciente manter o olho aberto e fixar frontalmente o olhar;
- Acionar o pedal que libera as ondas de laser;
- Sempre iniciar pelo olho direito, salvo se houver histórico de alteração, perfuração ou pós-operatório recente. Nestes casos, examinar o olho contralateral;
- Aplicar, suavemente, a sonda na região central da córnea, em posição perpendicular;
- Caso perceba necessidade, utilizar colírio lubrificante;
- O equipamento deve registrar o diâmetro axial, em dez medidas. Caso não consiga identificá-lo, fazer pequenas angulações no sentido superior, inferior ou lateral para possibilitar a identificação do diâmetro;
- Repetir o procedimento para o olho esquerdo;
- Mudar a tela para conferência dos parâmetros, exclusão das medidas que excedam muito a média;
- Mudar a tela para o cálculo da LIO (lente intraocular);
- Imprimir o resultado;
- Anotar no prontuário do paciente a dioptria, diâmetro da LIO, diâmetro axial e o grau aproximado de refração pós-operatória;
- Dispensar o paciente;
- Limpar a sonda com gaze umedecida em álcool 70%.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO	
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.	
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.	
ÁREAS EXECUTANTES	
OFTALMOLOGIA	

	Grupo responsável pela elaboração Eliana Pinheiro, Claudemir de Souza Melo, Priscila Hae Hyun Rim		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T5

OFT.T5 - CURATIVO OCULAR SIMPLES

DEFINIÇÃO

Procedimento de proteção e/ou tratamento ocular.

MATERIAL

- Bandeja de inox;
- Luva de procedimentos;
- Gazes esterilizadas;
- Hastes flexíveis;
- Soro fisiológico;
- Micropore/esparadrapo;
- Tesoura.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Higienizar as mãos

Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente.

Explicar o procedimento ao paciente.

Orientar o paciente a sentar-se, inclinando levemente a cabeça para trás.

Calçar a luva de procedimento.

Realizar a higiene do olho utilizando gaze esterilizada e embebida em soro fisiológico, iniciando do canto nasal para o temporal.

Utilizar haste flexível para remoção de crostas palpebrais e secreções, se necessário.

Instilar colírio ou aplicar pomada, se prescrito.

Orientar o paciente a fechar o olho.

Agrupar 3 unidades de gazes, segurar em suas extremidades e dobrá-las ao meio.

Colocar as gazes dobradas em posição diagonal sobre o olho.

Fazer a fixação da gaze com o esparadrapo/micropore, iniciando em canto nasal para o temporal.

Indagar o paciente se consegue abrir o olho sob o curativo. Em caso afirmativo, refazer a oclusão de maneira que o paciente não consiga abrí-lo.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T6

OFT.T6 - CURATIVO OCULAR COMPRESSIVO

DEFINIÇÃO

Procedimento ocular terapêutico.

INDICAÇÃO

A critério médico, utilizado nos casos de hidropsia aguda e hiperfiltração no pós-operatório de cirurgia de glaucoma (TREC).

MATERIAL

- Bandeja de inox;
- Luva de procedimento;
- Gazes esterilizadas;
- Micropore;
- Tesoura.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Higienizar as mãos.

Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente.

Explicar o procedimento ao paciente.

Orientar o paciente a sentar-se inclinando a cabeça levemente para trás.

Calçar as luvas.

Realizar a higienização do olho, se necessário.

Fazer a instilação do colírio ou aplicação de pomada, se prescrito pelo médico.

Orientar o paciente a fechar o olho.

Utilizar 3 gazes para fazer um rolo firme, na própria largura da gaze.

Colocar o rolo sobre o olho fechado, comprimindo o globo ocular.

Colocar sobre o rolo algumas gazes dobradas ao meio.

Fixar o curativo com micropore, exercendo pressão ao fixá-lo.

Indagar o paciente sobre desconforto ocasionado por excesso de pressão na compressão.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T6

Retirar as luvas.

Higienizar as mãos.

Deixar a unidade em ordem.

Anotar no prontuário o procedimento realizado.

OBSERVAÇÃO

Nos casos de hidropsia aguda, fica a critério médico passar atadura de crepe envolvendo a cabeça e olho afetado

Caso haja indicação médica de aplicação de medicamento ocular no domicílio, o familiar/cuidador deve presenciar a realização do curativo para manter os mesmos cuidados em casa.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREA EXECUTORA
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T7

OFT.T7 - CURATIVO OCULAR PROTETOR COM COPO/CONCHA

DEFINIÇÃO

Procedimento para proteção ocular.

INDICAÇÃO

Utilizado nos casos de trauma e/ou perfuração ocular.

PRINCÍPIOS

Nunca tocar em lesões perioculares e ou oculares laceradas.

MATERIAL

- Bandeja de inox;
- Luva de procedimento;
- Micropore;
- Tesoura;
- Copo descartável ou concha protetora;
- Gaze estéril.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Higienizar as mãos.

Reunir o material e levá-lo próximo ao paciente.

Explicar o procedimento ao paciente.

Posicionar o paciente. O posicionamento do paciente depende de suas condições clínicas, podendo ser realizado deitado ou sentado.

Calçar as luvas.

Realizar a higienização da região periocular, se necessário.

Colocar o copo descartável/concha de maneira a vedar o olho afetado.

Fixar o copo descartável/concha com micropore/esparadrapo. Caso haja escoriações ou cortes na região periocular, utilizar gaze estéril sob o copo/concha, antes de apoiá-lo e fixá-lo com o micropore.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T8

OFT.T8 - DILATAÇÃO DA PUPILA

PROCEDIMENTO

- O médico deve prescrever na folha de agendamento/evolução o tipo de colírio, número de instilações e qual olho;
- O médico deve orientar o paciente/acompanhante a dirigir-se com prontuário para a sala de instilação de colírios;
- A técnica de enfermagem deve orientar o paciente a sentar-se;
- Conferir o nome do paciente e a prescrição da instilação;
- Higienizar as mãos.
- Instilar colírio conforme técnica descrita;
- Orientar o paciente a retornar para a frente da sala de atendimento e aguardar a chamada pelo médico;
- A técnica de enfermagem deve retornar o prontuário para a sala de origem de atendimento do paciente.
- Terminada a consulta, o médico deve encaminhar o paciente/acompanhante com o prontuário, ficha de atendimento com indicação do destino do paciente e ficha azul devidamente preenchida para o Setor de Agendamento.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T9

OFT.T9 - EXAME DE FUNDO DE OLHO

ATENDIMENTO

São atendidos pacientes adultos e pediátricos com pedido de exame de fundo de olho solicitado por médicos de outras especialidades HC, para detecção de alterações oftalmológicas secundárias a patologias sistêmicas.

Deve ser solicitado através do preenchimento de impresso de interconsulta.

Embora, normalmente, não consista em atendimento de urgência, é efetuado na área física do SOG, pelo residente, no atendimento de rotina do ambulatório.

AGENDAMENTO

- O paciente/acompanhante deve apresentar a solicitação do exame à enfermagem no balcão de atendimento 1;
- A enfermagem deve ler e avaliar a solicitação do exame, anexar o impresso próprio para agendamento do mesmo;
- Orientar o paciente/acompanhante para dirigir-se ao Setor de Agendamento do Serviço de Oftalmologia.

O agendador realiza o agendamento de acordo com as vagas disponíveis no sistema.

ACOLHIMENTO NO DIA DO EXAME

- O paciente deve ser acolhido no balcão 1 pela enfermagem, que recebe os agendamentos, conferindo data, horário e tipo de atendimento;
- Anexar a folha azul e o agendamento ao prontuário, anotando no livro de registro da urgência a chegada do paciente e após dispor sobre o balcão para a equipe médica;
- Orientar o paciente a aguardar a chamada pelo nome em frente ao balcão 1.

ATENDIMENTO MÉDICO

O médico R1 deve chamar o paciente e realizar o exame:

- Anamnese oftalmológica;
- Acuidade Visual;
- Biomicroscopia;

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T9

- Tonometria;
- Exames complementares - Ishihara, Amsler;
- Fundo de Olho;
- Discutir casos com superiores e, em conjunto, definir a conduta.

A Enfermagem participa do procedimento realizando instilação de colírio e posicionamento do paciente.

Ao término da consulta, o médico deve encaminhar o paciente com os impressos para realização da pós consulta de enfermagem, no balcão 1.

ENFERMAGEM

Receber o paciente, conferir os impressos, verificar a conduta médica e após, orientar o paciente para:

- Agendamento do paciente para consulta (como caso novo ou retorno) e procedimentos;
- Alta da oftalmo, a critério clínico o exame pode ser repetido.

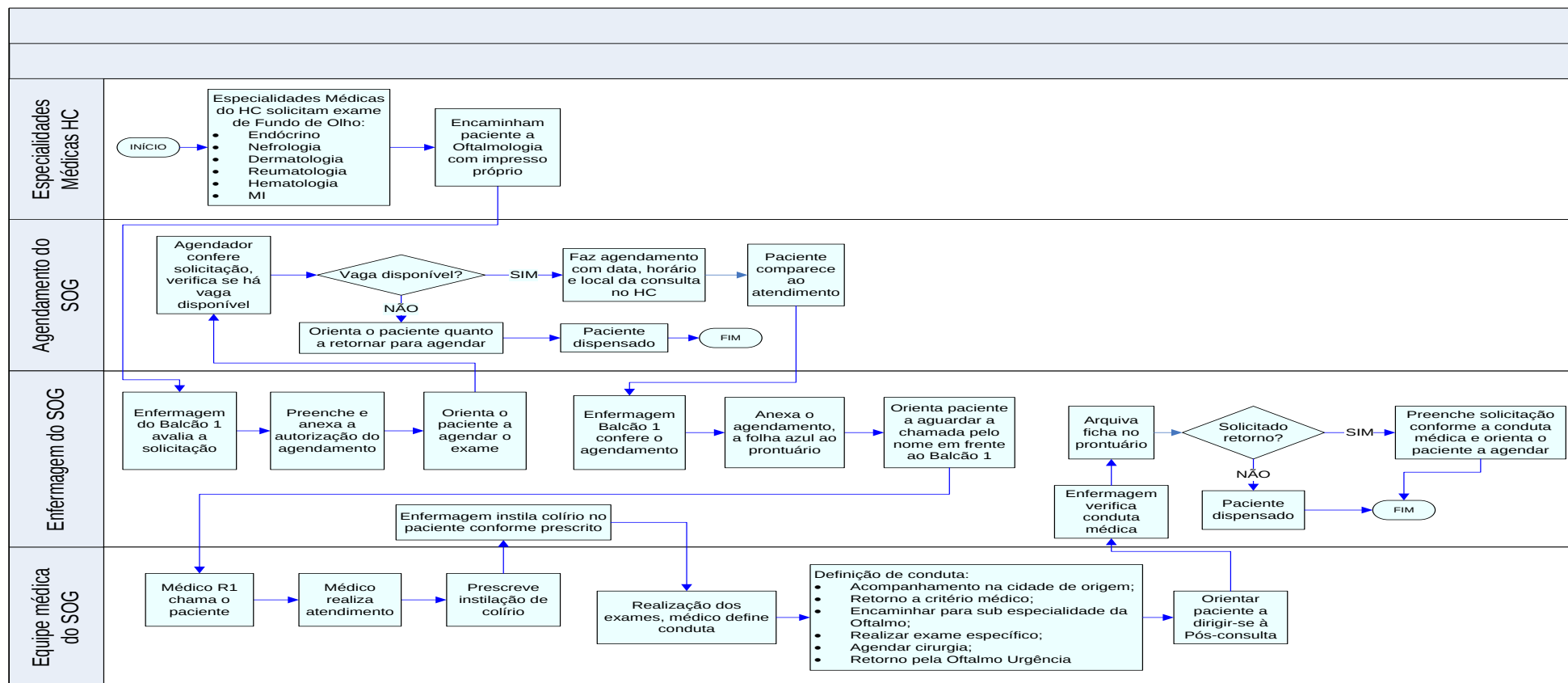
Organizar os impressos de atendimento, anexando-os ao prontuário.

Acondicionar o prontuário em local adequado para que o funcionário o SAM faça o recolhimento.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

Fluxograma para o agendamento e atendimento do exame de fundo de olho (FO) adulto e infantil



	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos					
	Responsável pela área Data: 30/09/2011		CCIH	Data: 30/09/2011	SST	Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira		Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso		Nome: Jacques Gama	
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL		Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T10

OFT.T10 - INJEÇÃO SUB-CONJUNTIVAL/SUB-TENONIANA

DEFINIÇÃO

É um procedimento médico indicado para diversas patologias oculares, onde se injeta o antibiótico/corticoide nos espaços subconjuntivais/sub-tenonianos, a fim de se obter um efeito prolongado dos medicamentos.

PRINCÍPIOS GERAIS

É imprescindível analgesia adequada para a realização do procedimento com o uso de anestésico tópico (3 gotas em intervalos de 1 minuto).

A medicação a ser utilizada é de critério médico.

É importante a colaboração do paciente no sentido de manter o olho aberto e imóvel para evitar intercorrências durante o procedimento.

Pode ser utilizado o blefarostato para auxiliar na abertura do olho, durante o procedimento.

MATERIAL

- Bandeja de inox;
- Colírio anestésico;
- Luvas de procedimento;
- Agulha 25x7 e 13x4.5;
- Seringa de 1 ml;
- Diluente;
- Medicação prescrita pelo médico;
- Blefarostato.

SEQÜÊNCIA PROPOSTA PARA PREPARO DO MEDICAMENTO

Higienizar as mãos.

Providenciar os materiais e medicamentos necessários.

Preparar a medicação prescrita.

Colocar o material preparado dentro da bandeja.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T10

PREPARO DO PACIENTE

Identificar o paciente.

Orientar o paciente e explicar o procedimento.

Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Certificar-se em qual olho será realizada a aplicação.

Pingar 1 gota do colírio anestésico no olho a ser manipulado.

Comunicar o médico sobre o preparo do material e posicionamento do paciente.

Acender o foco de luz e posicioná-lo próximo ao olho do paciente.

Acompanhar o procedimento médico auxiliando, se necessário.

EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO

MÉDICO

Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento.

Executar o procedimento.

APÓS O PROCEDIMENTO

Administrar analgésico, se prescrito pelo médico.

Auxiliar o paciente a levantar-se.

Encaminhar o paciente para receber orientação médica e retorno.

Retirar o material, após o procedimento, deixando a sala em ordem.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T11

OFT.T11 - LAVAGEM OCULAR

DEFINIÇÃO

Remoção de resíduos, com lavagem contínua e abundante na região da córnea, conjuntiva tarsal e bulbar.

PRINCÍPIOS

- A lavagem ocular não deve ser realizada sem a avaliação prévia do oftalmologista;
- Não deve ser realizada se constatada perfuração;
- O colírio anestésico e o volume de soro fisiológico a ser utilizado devem seguir a prescrição médica e protocolo do serviço.

MATERIAL

- Cuba rim;
- Lençóis ou forros;
- Algodão;
- Haste flexível;
- Equipo simples;
- Soro fisiológico;
- Gazes;
- Foco de luz;
- Suporte de soro;
- Maca ou divã;
- Luvas de procedimento;
- Fitas de uroanálise;
- Colírio anestésico.

SEQUÊNCIA PROPOSTA:

Identificar o paciente e o olho a ser realizado o procedimento.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T11

Orientar o paciente sobre o procedimento, ressaltando a importância da sua colaboração, mantendo o olho aberto durante a irrigação.

Higienizar as mãos.

Preparar o material.

Orientar o paciente a deitar-se em decúbito dorsal, com a cabeça levemente inclinada lateralmente ao olho a ser irrigado

Calçar as luvas.

Proteger os ouvidos do paciente com algodão.

Proteger os ombros com o lençol/forro para não molhá-lo durante o procedimento.

Posicionar a cuba rim de modo a encaixá-la entre o ouvido e o olho para que o conteúdo da lavagem escoe para o seu interior.

Instilar o colírio anestésico, se prescrito.

Afastar as pálpebras, orientando o paciente a movimentar os olhos para cima e para baixo, direita e esquerda, a fim de que toda superfície ocular seja lavada.

Iniciar a lavagem com gotejamento rápido, não deixando o soro cair diretamente sobre a córnea.

Fazer eversão palpebral com haste flexível para a lavagem da conjuntiva tarsal superior.

Retrair a pálpebra inferior com auxílio do dedo indicador de maneira a expor o fundo de saco e fazer a lavagem da região do fórnex.

Remover com cuidado os resíduos existentes no saco conjuntival com o auxílio da haste flexível.

Após a irrigação com 2000 ml de soro fisiológico, verificar o pH na porção tarsal inferior da conjuntiva, utilizando a fita de uroanálise.

- Caso o pH esteja neutro (ente 7 e 7,5) – finalizar a irrigação;
- Caso o pH esteja alterado – comunicar oftalmologista para definir continuidade da irrigação e com qual volume, até obtenção do pH neutro.

Orientar o paciente a sentar-se e auxilia-lo a enxugar a face e a cabeça, se necessário.

Higienizar as mãos.

Anotar o procedimento na ficha de atendimento, com as medidas de pH e condutas.

Reencaminhar o paciente ao médico, ao término da lavagem ocular para reavaliação.

Deixar a sala em ordem.

OBSERVAÇÕES

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T11

- Para realizar a lavagem ocular em crianças, manter o responsável presente e fazer a imobilização com lençóis para facilitar o procedimento;
- Orientar o paciente que o uso do colírio anestésico diminui a sensibilidade da córnea e, portanto não deve coçar o olho;
- Desprezar o conteúdo da cuba rim, sempre que necessário, durante o procedimento;
- Fazer a troca do algodão colocado no ouvido do paciente, sempre que necessário.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T12

OFT.T12 - LENSOMETRIA

DEFINIÇÃO

Método para mensurar o poder refrativo (esférico e cilíndrico) em dioptrias, centração óptica e presença de prisma em lentes oftalmológicas

PRINCÍPIOS GERAIS

O uso de lentes corretivas é indicado para corrigir vícios refracionais:

- Miopia: correção com lentes divergentes/côncavas/negativas;
- Hipermetropia: correção com lentes convergentes/convexas/positivas;
- Astigmatismo: correção com lentes cilíndricas/normalmente negativas.

Lentes bifocais focalizam para longe e perto.

Lentes multifocais apresentam focos para três distâncias: longe, meia distância e perto. A porção superior da lente é usada para visão à distância; a porção inferior usada para visão para perto e entre as duas porções existe um corredor cujo foco vai gradualmente mudando de longe e para perto.

Para facilitar a aferição, deve-se perguntar ao paciente qual o tipo de correção que utiliza: para longe, para perto, bifocal ou multifocais.

Deve ser verificado preferencialmente o grau para longe e a seguir o grau para perto, quando as lentes forem bifocais ou multifocais.

Deve ser verificado inicialmente o grau do olho direito (OD) e a seguir do olho esquerdo (OE).

Para fins de leitura didática, abrevia-se a anotação da adição (ADD) das lentes bifocais ou multifocais, seguindo um padrão pré-estabelecido, onde consta somente o grau esférico (normalmente positivo), subtraindo-se que o grau para perto conserva o mesmo cilindro e eixo, caso exista no grau para longe.

Exemplo de prescrições idênticas, porém com diferente apresentação:

- PL: - 1.00 $\diamond$ - 0.50 x 90° PP: ADD + 2.00
- PL: - 1.00 $\diamond$ - 0.50 x 90° PP: + 1.00 $\wedge$ - 0.50 x 90°

OBSERVAÇÕES:

- A lensometria pode ser realizada através do lensômetro manual ou automático.
- Devem se anotados fatores que dificultam a aferição dos óculos, como:

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T12

- lentes danificadas: riscadas, trincadas;
- lentes frouxas nas armações.
- O aparelho deve ser mantido com capa protetora quando não estiver em uso, pois a poeira pode comprometer os componentes sensíveis do aparelho.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

ÓCULOS COM LENTES PARA LONGE E PERTO

Ligar o lensômetro e verificar sua calibragem no visor e através do sinal sonoro.

Focalizar a mira do lensômetro no grau plano (leitura zero na escala dióptica).

Iniciar o procedimento pela lente do olho direito.

Posicionar e fixar corretamente a lente para evitar erro na leitura, mantendo óculos voltados com as hastes para baixo.

Movimentar a lente com auxílio dos dispositivos do aparelho até que a mira fique centralizada.

Observar no visor o grau obtido:

- esférico: positivo ou negativo;
- cilíndrico: normalmente negativo;
- eixo: sempre acompanha o cilindro.

Registrar na ficha de atendimento o tipo de óculos e os dados obtidos, de acordo com a padronização de anotação:

- OD: (grau esférico) $\diamond$ (cilindro) x (eixo)

Levantar e afastar os dispositivos que fixam a lente, retirando os óculos do apoio.

Aguardar que os valores fiquem zerados, com a mira centralizada no visor, para seguir o procedimento com a lente do olho esquerdo.

Registrar na ficha de atendimento os dados obtidos da lente do olho esquerdo.

LENTE BIFOCAIS E MULTIFOCAIS

Seguir o procedimento descrito acima e, ao seu término, levantar o dispositivo e movimentar a lente na posição correspondente ao grau para perto (porção inferior da lente).

Apertar a tecla do aparelho correspondente à adição (ADD).

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T12

Aguardar o sinal sonoro e observar no visor a luz vermelha com indicativo de adição.

Observar no visor a leitura do grau correspondente para perto.

Levantar e afastar os dispositivos que fixam a lente, retirando os óculos do apoio.

Apertar a tecla “clear”.

Aguardar até que os valores fiquem zerados, com a mira centralizada no visor para iniciar o mesmo procedimento com a lente do olho esquerdo.

Registrar na ficha de atendimento os dados obtidos:

- Grau igual em ambos os olhos ADD:AO;
- Graus diferentes ADD:..... OD e ADD:..... OE.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T13

OFT.T13 - PERIMETRIA

DEFINIÇÃO

Os termos campimetria e perimetria referem-se a uma mesma função de definir em um gráfico o campo visual. Diferem-se, porém, na execução e no tipo de aparelho. O termo campimetria é realizado em uma tela tangente negra e em uma superfície plana. O termo perimetria se relaciona à possibilidade de se medir o campo visual em uma superfície curva, que mantêm o ângulo visual constante, independentemente do local pesquisado, ou seja, o paciente mantém o seu olho fixo num ponto de luz central.

O exame consiste em projeção de luz em vários pontos, dentro do programa, no qual o paciente deve responder com uma campainha quando percebe esta luz, fixando sempre o olhar no ponto central.

O exame de perimetria computadorizado é usado para detectar alterações no campo visual e observar se estes defeitos progridem com o tempo. É usado para investigação de doenças tais como glaucoma, neurite óptica, tumores cerebrais, oclusão venosa da retina, cada uma com a sua alteração característica que será interpretada pelo médico para traçar diagnóstico e terapêutica. A doença mais freqüente é o glaucoma que, não tendo o devido controle, pode ocasionar perdas progressivas do campo visual.



Equipamento preparado para blue yellow

PRINCÍPIOS

- O exame é realizado em pacientes encaminhados pelas especialidades do HC (Oftalmo, Neuro, Endócrino), CAISM (Ginecologia), Hospital Oftalmológico de Divinolândia, Hospital Boldrini e pacientes da rede SUS.
- O paciente deve ter avaliação oftalmológica constando acuidade visual e refração atualizada.

	Grupo responsável pela elaboração Silvia Alves Ramos, Márcia Aparecida Duarte Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T13

- Orientar o paciente sobre o procedimento do exame, sua importância para o diagnóstico e terapêutica. A orientação é fundamental para minimizar a ansiedade do paciente e contribuir para melhor realização do exame.

MATERIAL

- Aparelho Perímetro Humphrey, equipado com os programas:
 - Branco no Branco – perimetria convencional, com projeção de luz branca sobre superfície branca fosca iluminada uniformemente;
 - Sita-Standart – refere-se ao tempo do exame, utilizado para a maioria dos pacientes;
 - Sita-Fast – exame mais rápido, utilizado para crianças e pacientes idosos ou não colaborativos;
 - Blue Yellow – estímulos de cor azul sobre superfície amarelo-intenso;
- Oclutor;
- Lenço de papel (para proteção do oclutor);
- Gazes não estéreis;
- Álcool 70%.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Antes do exame

- Calibrar o equipamento. Deve ser feita em ambiente com pouca luz e local distante de ruídos;
- Orientar o paciente sobre o exame e também a não tocar na cúpula, evitar tossir ou espirrar enquanto estiver posicionado no aparelho;



- Colocar a mídia no driver para que, ao término do exame, a mesma seja gravada e armazenada para posteriores comparações;
- Preencher a tela de dados do paciente da seguinte forma:
 - Número da ficha do paciente;

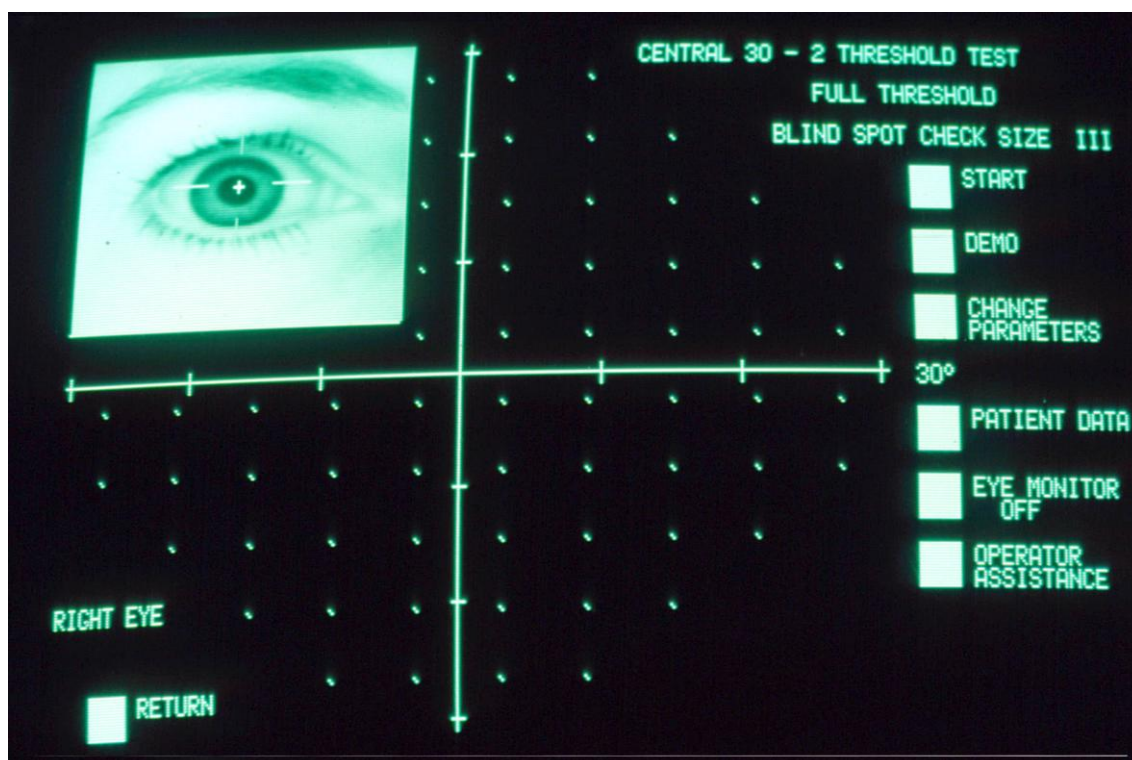
	Grupo responsável pela elaboração Silvia Alves Ramos, Márcia Aparecida Duarte Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T13

- Explicar o exame passo a passo, iniciando com demonstração quando for o primeiro exame do paciente;
- Iniciar o exame pela pesquisa do limiar foveal (medida do limiar central da mácula) que se mostra pelos 4 pontos luminosos centrais.

Durante o exame

- A fixação deve ser sempre inspecionada através do monitor, observando-se o posicionamento central da pupila e os índices de confiabilidade. Sempre que necessário, reposicionar e reorientar o paciente;



- Dar pausas, durante o exame, quantas vezes for necessário, principalmente se o paciente for idoso ou com deficiência física;
- Índices de confiabilidade: revelam o comportamento do paciente durante o exame e determina se o exame pode ou não ser confiável. Compreende:
 - Falso positivo: quando não há estímulo e o paciente responde. Causas: ansiedade, falta de compreensão do exame;
 - Falso negativo: quando já respondeu em determinado ponto e, quando novamente testado, o paciente não responde. Causas: cansaço, displicência;

	Grupo responsável pela elaboração Sílvia Alves Ramos, Márcia Aparecida Duarte Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T13

- Perda da fixação: quando responde ao estímulo correspondente à mancha cega. Causas: movimentação do olho, posição da mancha cega diferente do padrão, sendo necessário relocalizar a mancha cega;
- Fazer anotações sobre o comportamento observado, por exemplo, se apresenta ptose palpebral, se perde muito a fixação.

Após o exame

- Salvar na mídia;
- Imprimir o resultado;
- Retirar a mídia do driver;
- Limpar as áreas de contato com o paciente com o equipamento (testeria, queixeira e campainha) por aplicação de álcool 70%;
- Desligar corretamente o aparelho;
- Proteger o equipamento com uma capa;
- Limpar o filtro de ar a cada 6 meses.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre que houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Silvia Alves Ramos, Márcia Aparecida Duarte Silva		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T14

OFT.T14 - SONDAGEM E IRRIGAÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS

DEFINIÇÃO

Procedimento realizado para verificar a permeabilidade das vias lacrimais (canalículo e ducto nasal).

PRINCÍPIOS GERAIS

Realizado pelo médico nos casos suspeitos de obstrução das estruturas que compõem a via lacrimal.

O material somente deve ser preparado pela equipe de enfermagem, mediante a solicitação médica para realizar o procedimento.

MATERIAL

Materiais necessários:

- Soro fisiológico (4ml);
- Seringa de 5ml;
- Agulhas 40x12;
- Foco de luz;
- Luvas de procedimentos;
- Caixa de materiais de sondagem das vias lacrimais contendo:
 - Cânula de ponta romba (30x5/30x6);
 - Dilatador;
 - Sonda de Bowman;
- Ampola de Hialozima 20.000 UI, uso e diluição conforme critério médico.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

ENFERMAGEM

Identificar o paciente.

Esclarecer possíveis dúvidas do paciente quanto ao procedimento.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T14

Orientar o paciente para deitar-se em decúbito dorsal.
Posicionar o foco de luz próximo ao rosto do paciente.
Higienizar as mãos.
Colocar o material sobre superfície limpa.
Abrir o frasco de soro fisiológico e aspirar 4 ml.
Dispor a caixa de material estéril da sondagem de vias lacrimais.
Comunicar o médico sobre o preparo do material e do paciente.
Ligar o foco.

MÉDICO

Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento.
Executar o procedimento.

ENFERMAGEM

Acompanhar o procedimento, auxiliando o médico quando necessário.
Apagar o foco e afastá-lo do rosto do paciente.
Ao término do procedimento, auxiliar o paciente a levantar-se.
Reencaminhar o paciente ao consultório de atendimento.
Reunir o material e recondicioná-lo para encaminhar a CME.
Deixar a unidade em ordem.
Higienizar as mãos.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Segundo Precauções Padrão: luvas de procedimento, avental, óculos protetores e máscara quando houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T15

OFT.P15 - TESTE DE AMSLER

DEFINIÇÃO

Teste realizado para auxílio na detecção de irregularidades no campo de visão central, através de uma tela, composta de uma rede de linhas contendo um ponto branco central de fixação.

PRINCÍPIOS GERAIS

As pupilas não podem estar dilatadas para a aplicação do teste.

O teste deve ser aplicado:

- Preferencialmente com correção para perto, caso o paciente a utilize;
- Com moderada luminosidade da sala
- Com visão monocular

A tela deve estar livre de rasuras ou de danos.

Deve ser efetuada uma série de questões ao paciente durante o exame, enquanto ele estiver olhando para o ponto central, reforçando ao paciente para que mantenha a fixação no ponto central da tela.

Realizar a desinfecção do oclutor após uso, com álcool a 70%.

MATERIAL

- Tela de Amsler (impressa em papel);
- Oclutor.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Explicar ao paciente a finalidade e como deverá proceder durante o teste.

Orientar o paciente para colocar óculos para perto, caso utilize.

Posicionar o paciente sentado a uma distância aproximadamente de 30/40 cm da tela e de frente ao examinador.

Iniciar o teste pelo olho direito (OD), ocluindo o olho esquerdo

Solicitar ao paciente que fixe a visão no ponto central da tela.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T15

Fazer sequencialmente as perguntas, solicitando ao paciente que informe o que visualiza na tela demonstrada:

- O ponto central é visível?
- Enquanto está olhando o ponto central, os outros quatro lados da tela são visíveis?
- Vê toda a tela intacta? Há algum defeito nela?
- As linhas horizontais e verticais são retas e paralelas?
- Vê algum embasamento ou distorção na tela? Qualquer movimento? Uma aberração de cor?

Repetir o procedimento com o olho esquerdo (OE), ocluindo o olho direito.

Registrar na ficha /prontuário o resultado do teste do olho direito (OD) descrevendo-se:

- Paciente não apresenta anormalidades na visualização da tela ou
- Paciente apresenta anormalidade em qualquer um dos quadrantes da tela.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T16

OFT.T16 - TESTE DE ISHIHARA

DEFINIÇÃO

Teste utilizado para avaliar a deficiência na percepção de cores no eixo verde-vermelho.

PRINCÍPIOS GERAIS

As pupilas não podem estar dilatadas para aplicação do teste.

O teste deve ser aplicado com visão monocular e, preferencialmente, com correção para perto, caso o paciente a utilize.

Deve ser mantida a luminosidade na sala.

As pranchas devem estar livres de rasuras, rasgos, manchas.

Realizar a desinfecção do oclutor após uso, com álcool a 70%.

MATERIAL

- Ishihara composto por 10,11 ou 24 pranchas;
- Oclutor.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Explicar ao paciente a finalidade e como deverá proceder durante o teste.

Orientar o paciente para colocar óculos para perto, caso utilize.

Posicionar o paciente sentado a uma distância aproximada de 30/40 cm da prancha e de frente ao examinador

Iniciar o teste pelo olho direito (OD), ocluindo o olho esquerdo.

Apontar os números e/ou desenhos da prancha, sequencialmente, perguntando ao paciente se distingue as figuras demonstradas.

Repetir o procedimento com olho esquerdo (OE), ocluindo o olho direito.

Registrar em ficha/prontuário o resultado do teste do OD descrevendo-se:

- o paciente distingue os números/desenhos de todas as páginas da prancha;
- o paciente não distingue os números/desenhos das páginas da prancha.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T16

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO	
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.	
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.	
ÁREAS EXECUTANTES	
OFTALMOLOGIA	

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T17

OFT.T17 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA PERTO EM CRIANÇA

DEFINIÇÃO

Avaliar a capacidade visual para perto em crianças.

PRINCÍPIOS GERAIS

- Deve-se verificar a acuidade visual separadamente, ocluindo primeiro o olho esquerdo (para verificar a visão do olho direito) e depois o olho direito para verificar a visão do olho esquerdo;
- A tabela de Jagler é o recurso utilizado para verificar a visão de perto;
- Para crianças alfabetizadas, apontar os números da tabela;
- Para crianças não alfabetizadas, mas que já tem noção espacial (lateralidade, superior e inferior), apontar os optotipos;
- Para crianças não alfabetizadas ou sem noção espacial, em nosso serviço, não se indica a aplicação do teste;
- A tabela deve estar livre de rasuras ou de danos;
- Caso a criança faça uso de óculos, aplicar o teste com a sua correção;
- Realizar a desinfecção do oclutor com álcool a 70%.

MATERIAL

Materiais necessários:

- Oclutor;
- Tabela de Jagler;
- Foco de luz.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Acomodar a criança em uma cadeira mantendo posição correta e confortável para aplicação do teste.

Tranquilizar a criança, mantendo a mãe/acompanhante ao seu lado. Utilizar linguagem lúdica “vamos brincar de pirata”.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T17

Orientar preliminarmente a criança e a mãe/acompanhante sobre como será o procedimento.

Manter a luminosidade da sala.

Acender o foco de luz para iluminação direta da tabela.

Solicitar o auxílio da mãe/acompanhante para sustentar o oclusor, se necessário.

Solicitar à criança que segure a tabela com a mão esquerda (ajustada a uma distância de aproximadamente 30cm) para demonstrar os optotipos com a mão direita.

Iniciar o teste apontando para a linha correspondente ao maior optotipo/número da tabela (correspondente a J6), solicitando à criança que informe o que está vendo.

Avançar nas linhas subsequentes até quando a criança acertar 50% dos optotipos/número apontados da mesma linha.

Concluir a capacidade visual do olho direito considerando a leitura da última linha que a criança conseguir enxergar.

Prosseguir na verificação da capacidade do olho esquerdo, solicitando à criança que segure a tabela com a mão direita para apontar os optotipos com a mão esquerda.

Concluir a capacidade visual do olho esquerdo.

Apagar o foco de luz.

Anotar no prontuário/ficha o resultado do teste.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T18

OFT.T18 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA LONGE EM CRIANÇA

DEFINIÇÃO

Avaliar a capacidade visual para longe em crianças.

PRINCÍPIOS GERAIS

Deve-se fazer a opção da metodologia para aplicação do teste, levando em consideração a idade, a capacidade de compreensão e a alfabetização da criança:

- De 3 a 4 anos, a criança pode informar a visão por meio de figuras conhecidas (casa, maçã, guarda-chuva, etc) da tabela de símbolos;
- A partir de 4 anos, pode ser utilizada a simbologia de Snellen, desde que a criança consiga informar a posição da letra E, nas várias posições da tabela/projeção.

Deve-se manter a tabela/projeção a uma distância de 5m da criança.

A tabela deve estar livre de rasuras e sem danos.

Deve-se verificar a acuidade visual separadamente, ocluindo primeiro o olho esquerdo (para verificar a visão do olho direito) e depois ocluir o olho direito (para verificar a visão do olho esquerdo).

Caso a criança faça uso de óculos, aplicar o teste com sua correção.

O método utilizado para a medida da acuidade visual para longe deve seguir os cuidados abaixo:

- Apontar para os optotipos/figuras;
- Se a criança não enxergar o maior optotipo/figura (visão menor que 20/400 ou menor que 0,1), verificar a visão de conta dedos (apresentar os dedos para a criança a uma distância de no máximo 10 cm e solicitar que ela relate o número de dedos visualizados).
- Se a criança não conseguir identificar os dedos demonstrados, verificar a visão através de movimentos das mãos;
- Se a criança não conseguir enxergar o movimento de mãos, utilizar a lanterna para verificar se há percepção de luz.

Anotar na ficha de atendimento/prontuário fatores que dificultam na aplicação do teste:

- Criança dispersa, irrequieta, chorosa, pouco colaborativa;
- Presença de hipoacusia;

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T18

- Criança surda/muda;
- Doenças neurológicas: Retardamento do Desenvolvimento Neuropsicomotor (RDNPM), Paralisia Cerebral (PC).

Deve-se fazer a desinfecção com álcool a 70% no oclutor utilizado durante o teste após cada atendimento.

MATERIAL

Materiais necessários:

- Oclutor;
- Projetor/tabela de Snellen ou figuras conhecidas;
- Lanterna.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

UTILIZANDO AS TABELAS DE FIGURAS CONHECIDAS OU SNELLEN

Acomodar a criança em uma cadeira mantendo posição correta e confortável durante o teste.

Tranquilizar a criança, mantendo a mãe/acompanhante ao seu lado. Utilizar linguagem lúdica “vamos brincar de pirata”.

Orientar preliminarmente a mãe/acompanhante e a criança sobre como será realizado o procedimento.

Manter a luminosidade da sala.

Verificar se a criança conhece as figuras/letras e, se necessário, aproximar a tabela de modo a familiarizá-la com as mesmas.

Se necessário, solicitar ajuda da mãe/acompanhante para sustentar o oclutor e auxiliar na realização do teste.

Iniciar o teste apontando para a linha correspondente à maior figura/letra da tabela (20/400 ou 0,1).

Avançar nas linhas subsequentes quando a criança acertar 50% das figuras/letras apontadas da mesma linha, procurando não se deter muito tempo nas mesmas, pois as crianças não conseguem manter concentração por muito tempo.

Considerar a capacidade visual do olho direito a leitura da última linha que a criança conseguir enxergar.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T18

Seguir a sequência do método de verificação da acuidade visual, caso a criança não consiga visualizar a maior figura/letra da tabela.

Repetir o procedimento com o olho esquerdo, ocluindo o olho direito.

Registrar na ficha/prontuário o resultado do teste.

UTILIZANDO O PROJETOR

Acomodar a criança em uma cadeira mantendo posição correta e confortável durante o teste.

Orientar preliminarmente a mãe/acompanhante e a criança sobre como será realizado o procedimento.

Ligar o projetor e apagar a luz do ambiente.

Verificar se a criança conhece figura/letras e, se necessário, familiarizá-la com as mesmas.

Iniciar o teste projetando a linha correspondente à maior figura (20/400 ou 0,1).

Concluir a capacidade visual do olho direito considerando a leitura da última linha que a criança conseguir enxergar.

Seguir na sequência do método de verificação da acuidade visual caso a criança não consiga visualizar a maior figura/letra (20/400 ou 0,1).

Repetir o procedimento com o olho esquerdo, ocluindo o direito.

Registrar na ficha/prontuário o resultado do teste.

PACIENTE NÃO VISUALIZA OS OPTOTIPOS/LETRAS (VISÃO MENOR QUE 20/400 OU 0,1)

Caso a criança não consiga identificar o maior optotipo/letra da tabela, realizar a sequência descrita na técnica AE.T19 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA LONGE NO ADULTO.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO			
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.			
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.			
ÁREAS EXECUTANTES			
OFTALMOLOGIA			

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T19

OFT.T19 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA LONGE NO ADULTO

DEFINIÇÃO

Avaliar a capacidade visual para longe.

PRINCÍPIOS GERAIS

Deve-se utilizar a tabela de Sneelen com optotipos ou projetor para o teste.

A tabela/projetor deve ser mantida a uma distância de 5 metros do paciente.

A tabela deve estar livre de rasura ou de danos.

Deve-se verificar a acuidade separadamente, ocluindo primeiro OE (para verificar a visão do OD) e depois ocluir OD (para verificar a visão do OE).

Caso o paciente faça uso de óculos, aplicar o teste com sua correção.

O método utilizado para a medida da acuidade visual para longe deve seguir os cuidados abaixo:

- Se o paciente não enxergar os optotipos ou letras (visão menor que 20/400 ou menor que 0,1), verificar a visão através de conta-dedos;
- Se o paciente não consegue identificar os dedos demonstrados, verificar a visão através de movimentos de mão;
- Se o paciente não consegue enxergar o movimento de mão, usar a lanterna para verificar se há percepção ou não de luz.

A opção para utilizar a tabela ou projetor depende da alfabetização / compreensão do paciente.

Fatores que dificultam na aplicação do teste devem ser anotados na ficha de atendimento/prontuário, tais como:

- Dificuldade de compreensão do paciente;
- Dificuldade auditiva;
- Paciente surdo/mudo;
- Doenças neurológicas.

Alterações observadas durante a aplicação do teste como: campo de melhor visão, posição viciosa de cabeça, fenda palpebral, uso de prótese ocular devem ser anotados na ficha de atendimento/prontuário do paciente.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T19

O ambiente deve estar livre de ruídos sonoros durante a aplicação do teste.

Realizar a desinfecção do oclutor após uso, com álcool a 70%.

MATERIAL

- Oclutor;
- Tabela de Sneelen ou projetor;
- Lanterna.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

UTILIZANDO A TABELA DE SNEELEN OU PROJETO

Acomodar o paciente em uma cadeira mantendo posição correta e confortável durante a aplicação do teste.

Orientar o paciente preliminarmente à realização do procedimento, explicando como será realizado e como deverá permanecer durante o teste.

Ao usar a tabela, manter a luminosidade da sala. No uso de projetor, apagar a luz.

Solicitar ao paciente que oclua o olho esquerdo para verificar a medida do olho direito.

Iniciar o teste pelo maior optotipo/letras da tabela ou projeção (0,1).

Avançar, quando o paciente acertar 50% dos optotipos apontados.

Concluir o teste de capacidade visual do olho direito, considerando a leitura da última linha que o paciente conseguir enxergar.

Repetir o procedimento com olho esquerdo ocluindo o olho direito.

Registrar na ficha/prontuário o resultado do teste.

Caso tenha sido utilizado projetor, deligá-lo imediatamente ao término do procedimento. Cobrí-lo no final do dia para evitar acúmulo de poeira.

PACIENTE NÃO VISUALIZA OS OPTOTIPOS/LETRAS (VISÃO MENOR QUE 20/400 OU 0,1)

Manter luminosidade da sala.

Solicitar ao paciente que oclua o olho esquerdo para verificar a visão do olho direito.

Colocar-se à frente do paciente a uma distância de 5 metros.

Elevar a mão com os dedos abertos à altura dos olhos do paciente.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T19

Ir aproximando-se do paciente, alternando o número de dedos mostrados, até que ele seja capaz de contá-los.

Concluir o teste de capacidade visual do olho direito, considerando a distância em que o paciente for capaz de contar dedos.

Verificar a acuidade visual do olho esquerdo ocluindo o olho direito.

Registrar em ficha/prontuário o resultado do teste (CD ametros).

PACIENTE NÃO CONSEGUE CONTAR OS DEDOS

Manter a luminosidade da sala.

Solicitar ao paciente que oclua o olho esquerdo para verificar a visão do olho direito.

Colocar-se próximo ao paciente.

Elevar a mão aberta próxima ao olho do paciente.

Ir afastando-se do paciente realizando movimentos vagarosos com a mão até que ele seja capaz de identificar a sua movimentação.

Concluir o teste de capacidade visual do olho direito, considerando a distância em que o paciente for capaz de identificar a movimentação da mão.

Verificar a acuidade visual do olho esquerdo ocluindo o olho direito.

Registrar em ficha/prontuário o resultado do teste (MM ametros).

PACIENTE NÃO IDENTIFICA MOVIMENTO DE MÃO

Apagar a luz ambiente.

Retirar os óculos, caso esteja utilizando.

Solicitar ao paciente que oclua o olho esquerdo para verificar a visão do olho direito.

Certificar-se que o olho está totalmente ocluído.

Utilizar a lanterna para incidir um feixe de luz em direção frontal ao olho do paciente.

Solicitar ao paciente que informe a percepção ou não do feixe luminoso.

Em caso afirmativo, confirmar com o paciente a percepção de luz nos quadrantes superior, inferior, direito e esquerdo.

Verificar a acuidade visual do olho esquerdo ocluindo o olho direito.

Registrar em ficha/prontuário o resultado do teste (PL= percepção de luz ou SPL= sem percepção de luz).

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T19

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T20

OFT.T20 - TESTE PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL PARA PERTO NO ADULTO

DEFINIÇÃO

Avaliação a capacidade visual para perto.

PRINCÍPIOS GERAIS

Deve-se verificar a acuidade separadamente ocluindo primeiro OE (para verificar a visão do OD) e depois ocluir OD (para verificar a visão do OE).

A tabela de Jagler é o único recurso utilizado para a verificação da acuidade visual para perto.

A tabela estar livre de rasura ou de danos e deve ser posicionada a uma distância aproximada de 33cm do paciente.

A opção para apontar os optotipos/número/letras na tabela depende da alfabetização / compreensão do paciente.

Caso o paciente faça uso de óculos para perto, aplicar o teste com a sua correção.

Paciente deve ser orientado quanto à posição correta dos óculos (bifocal ou multifocal) para focar a visão de perto.

Realizar a desinfecção do oclutor após uso, com álcool a 70%.

MATERIAL

Materiais necessários:

- Oclutor;
- Tabela de Jagler;
- Foco de luz.

SEQUÊNCIA PROPOSTA

Manter o paciente sentado.

Manter luminosidade na sala.

Orientar o paciente preliminarmente à realização do procedimento, explicando como será realizado e como deverá proceder durante o teste.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.T20

Utilizar foco de luz para iluminação direta sobre a tabela.

Solicitar ao paciente que segure o oclutor com a mão esquerda e oclua o olho esquerdo.

Orientar o paciente a segurar a tabela com a mão direita mantendo a distância recomendada.

Se necessário, ajustar a distância da tabela (para mais ou para menos de 33 cm), conforme necessidade de visualização do paciente.

Iniciar o teste apontando para a linha correspondente ao maior optotipo, solicitando ao paciente que informe o que vê.

Avançar nas linhas subsequentes quando paciente acertar 50% dos números/letras/optotipos apontados.

Concluir a capacidade visual do olho direito considerando a leitura da última linha que o paciente consegue enxergar.

Verificar a acuidade do olho esquerdo ocluindo o olho direito.

Apagar o foco de luz.

Registrar em ficha/prontuário o resultado do teste:

- Classificação de J1 a J6;
- < J6 quando não consegue visualizar o maior optotipo/número/letra na tabela.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre eu houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção.
Utilizar luvas de procedimento sempre que houver contato com mucosa ocular.
ÁREAS EXECUTANTES
OFTALMOLOGIA

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P26

4. OUTRAS ROTINAS DO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA

OFT.P26 - ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO DO CECOM

Os funcionários e alunos da Unicamp que necessitam de atendimento oftalmológico (rotina ou urgência) devem agendar consulta oftalmológica diretamente no CECOM. O atendimento é realizado na área física do Serviço de Oftalmologia do HC, porém a equipe médica para esta pacientela é, exclusivamente, a contratada pelo CECOM.

Caso a capacidade de atendimento de urgências pelo oftalmologista do CECOM já tenha sido esgotada, o funcionário/aluno que necessita desta avaliação poderá ser encaminhado para o Setor de Urgência do SOG. Nestes casos, porém, pode ocorrer alguma demora no atendimento, visto a alta demanda área.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS ENVOLVIDAS
UER

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P27

OFT.P27 - ROTINA PARA FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS RELATIVOS A MEDICAÇÕES DE ALTO CUSTO

DIRETRIZES GERAIS

As diretrizes gerais para o fornecimento de medicamento de alto custo para pacientes do HC estão descritas no Manual da Divisão de Ambulatórios e Procedimentos Especializados ([dampe.pdf](#)), no processo AE.P6 – SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO AO PACIENTE DA DAMPE e no Manual da farmácia ([farmacia.pdf](#)) no capítulo PROCESSOS DE TRABALHO DA FARMÁCIA DE ALTO CUSTO.

ROTINA ESPECIFICA DO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA

O médico deve entregar ao paciente a receita do medicamento de alto custo, com a qual o paciente deve dirigir-se à Farmácia de Alto Custo do HC ou de sua cidade, para obter os impressos que o médico, posteriormente, preencherá.

O paciente deve trazer a receita e os formulários (processo) para preenchimento e entregá-los no Balcão 2, de 3ª a 6ª, até 9h30m.

A auxiliar administrativa deve receber o processo e receita, registrando nome do paciente e matrícula.

Orientar o paciente sobre a rotina de retirada:

- Não é realizada no mesmo dia da entrega;
- O processo preenchido pode ser retirado no primeiro dia útil seguinte à entrega, das 9h00 às 17h00, pelo paciente ou seu representante.

Solicitar o prontuário para viabilizar o preenchimento dos formulários.

Com os prontuários disponíveis, anexar os formulários, levá-los à sala do glaucoma e entregá-los ao médico responsável pelo preenchimento.

O médico deve preencher os formulários do processo, fazer 3 jogos de receitas e devolver para o balcão 2.

A auxiliar administrativo ou enfermagem deve conferir se todos os itens foram preenchidos, organizar os processos em ordem alfabética e guardar em local próprio para facilitar a localização no ato da retirada. Devolver os prontuários ao SAM.

No caso do paciente precisar de novas receitas para continuidade do fornecimento de medicação de alto custo, o paciente ou representante deve trazer a última receita e entregar no Balcão 2, de 2ª a 6ª feira, das 9h00 às 17h00. A retirada deve ser realizada no primeiro dia útil seguinte à entrega.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P27

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE, Farmácia

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P28

OFT.P28 - ROTINA PARA FORNECIMENTO DE RELATÓRIOS MÉDICOS

PROCEDIMENTO

Há uma escala de médico responsável pelo preenchimento de todos os relatórios, que ocorre somente às quintas-feiras, a partir das 13h00.

Todos os relatórios devem ser feitos, mediante análise do prontuário, em impresso próprio do Serviço de Oftalmologia do HC, em 2 vias. Um via deve ser entregue ao paciente e a segunda via deve ser arquivada no prontuário.

SOLICITAÇÃO E ENTREGA DE RELATÓRIO

O paciente ou familiar deve solicitar relatório no Balcão 2, onde a auxiliar administrativo ou enfermagem deve questionar a finalidade do relatório e prazo para apresentação, a fim de definir a sistemática de agendamento:

- Rotina – preencher o impresso de solicitação de agendamento para relatório médico e encaminhar o paciente para o Setor de Agendamento da Oftalmo para determinação da data de realização do relatório, mediante disponibilidade de vaga;
- Encaixe – casos excepcionais devem ser avaliados pela enfermeira e agendados como encaixe para atender a urgência justificada. Solicitar o prontuário e avisar o médico sobre o encaixe realizado.

A retirada do relatório pode ser efetuada pelo paciente ou representante no próprio dia agendado, a partir das 15h00 ou das 9h00 às 17h00 nos dias subseqüentes.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P29

OFT.P29 - ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E DE ORGANIZAÇÃO REALIZADAS PELA ENFERMAGEM NO SOG

ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Realizar conferência de óculos prescritos (lensometria) aos pacientes, mediante receituário oftalmológico. Caso o grau não esteja de acordo com o prescrito (diferença superior a 0,25 Dioptrias), assinalar no receituário onde há a discrepância e orientar o paciente a retornar à ótica para correção.

Auxiliar a coleta de secreção ocular para análise microbiológica, identificar (nome, HC, especialidade), acondicionar em saco plástico e encaminhar ao laboratório de microbiologia, o mais rápido possível para evitar interferência de resultado ([patologia.pdf](#)). Também podem ser encaminhadas lentes de contato e estojos para cultura, mediante solicitação médica.

Fornecer amostra grátis de medicamentos oftalmológicos, quando disponível, mediante receita médica do oftalmologista HC/UNICAMP.

Realizar o controle mensal de todos os medicamentos utilizados e disponíveis (inclusive os de amostra-grátis) do SOG, verificando a data de validade e as condições de acondicionamento.

Orientar os pacientes sobre a priorização de atendimento, conforme a gravidade do caso, e o fluxo habitual de atendimento.

Registrar e encaminhar os dados indicadores de qualidade (estatísticas de absenteísmo) ao Setor de Agendamento, diariamente. Registrar diariamente os procedimentos de enfermagem realizados (ex: colírios, curativos, dextro, lavagem ocular, etc) para fins estatísticos de produtividade da DAMPE.

Mediante solicitação médica, fazer contato com a enfermagem da unidade de internação onde se encontra o paciente para o qual foi solicitada interconsulta com a oftalmologia, verificando condições clínicas para que seja transportado e examinado nas dependências do SOG. Caso o paciente não tenha condições clínicas, a interconsulta deve ser realizada no leito. Nestes casos, a enfermeira do SOG deve comunicar o caso a equipe médica.

Controlar e zelar pelos equipamentos oftalmológicos, tanto os fixos como os portáteis, prevenindo danos e extravios. Realizar ao final do expediente a desinfecção de todos os equipamentos, colocando a capa de proteção e desligando-os da tomada.

Auxiliar no atendimento dos pacientes internados pela oftalmologia no HC, quando descem para avaliação diária. Prestar cuidados de enfermagem durante toda a permanência do paciente no SOG, verificando condições clínicas, necessidades e intercorrência.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P29

Fazer contato com o Banco de Olhos do HC/UNICAMP na chegada de paciente convocado para transplante de córnea.

Dar orientações gerais sobre a rotina de atendimento do SOG aos médicos, residentes, estagiários, voluntários, etc.

Verificar, controlar e registrar a temperatura da geladeira de medicações do SOG e supervisionar a realização da limpeza mensal.

Encaminhar à sala de procedimentos os materiais após uso (pinças de pente fino, sobancelha, etc) para posteriormente serem encaminhados a CME para esterilização conforme rotina do serviço ([cme.pdf](#)).

Convocar pacientes e/ou familiares, através do Serviço Social, quando necessário, em situações tais como: paciente que se esqueceu de agendar consulta, esquecimento do impresso de agendamento, transferência de data de atendimento, orientações pendentes, etc.

Acompanhar a limpeza concorrente e o cumprimento do cronograma de limpeza terminal, realizada pelos funcionários da limpadora, conforme rotina pré-estabelecida ([hotelaria.pdf](#)).

Realizar atividades administrativas gerais, tais como organização do ambiente, arquivamento diário e controle mensal das fichas de atendimento, controle dos livros de registro, encaminhamento de relação de remessa ao SAM, controle de prontuários, suprimento de impressos e materiais, cuidados com os equipamentos de informática, atendimentos telefônicos.

GUARDA DE CHAVES DA OFTALMO (CLAVICULÁRIO)

CHAVE DO SALÃO DA URGÊNCIA

A chave do salão de urgência do SOG fica sob guarda do Serviço de Segurança do HC (SSPR-T), no piso F1, visando garantir que o oftalmologista de plantão (noite, finais de semana e feriados) possa efetuar os atendimentos de pacientes de urgência e de pós-operatórios.

Nos dias úteis, a enfermagem deve retirar a chave às 6:45h no F₁, devolvendo-a ao término do expediente.

Após as 17hs de 2^a à 6^a feira ou aos sábados, domingos e feriados, havendo solicitação da UER, o residente (R₁) deve retirar a chave na Segurança (SSPR-T), devolvendo-a ao término dos atendimentos.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Dr ^a Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P29

CHAVE DA SALA DA GELADEIRA

A geladeira do SOG é de uso restrito a medicamentos oftalmológicos, sendo controlada a temperatura duas vezes ao dia. Para evitar uso indevido da geladeira e melhor controle dos medicamentos, a sala deve ser mantida trancada.

No horário de expediente, manter a chave junto ao balcão de atendimento do SOG.

Ao final do expediente, deixar a chave no Salão de Atendimento, em local pré-determinado para uso dos médicos plantonistas.

CHAVE DO BALCÃO 1

No balcão 1 há equipamentos de informática, documentos assistenciais e carimbos do serviço que não podem ser extraviados.

Ao final do expediente, fechar e levar a chave para a Sala de Enfermagem do ambulatório, onde se guarda em local pré-determinado. Fora do horário do expediente, deve permanecer trancado.

ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

BALCÃO 2

A dinâmica de trabalho do Balcão 2 requer atuação de 1 enfermeiro e 4 técnicos de enfermagem:

- Enfermeira – supervisiona a equipe, direciona condutas e realiza grupo de orientação pré-operatória a pacientes a serem submetidos a cirurgia de catarata;
- 1 técnica de enfermagem na recepção – acolhe o paciente e direciona os atendimento, junto à auxiliar administrativo;
- 1 técnica de enfermagem na sala de colírios – realiza instilação de colírios para dilatação de pupila (exames e procedimentos);
- 1 técnica de enfermagem marcação de cirurgia – acolher, orientar e agendar o paciente para a cirurgia, exames complementares necessários e grupo de orientação pré-operatória;
- 1 técnica de enfermagem para sala de procedimentos – auxiliar e acompanhar a equipe médica durante a realização de angiofluoresceínografia e sondagem de vias lacrimais, instalar venoclises, realizar glicemia capilar, administrar medicações (VO, IM, IV, oftálmicas), realizar curativos oculares, administrar pulsoterapia, fazer lavagem ocular e preparar o grupo de orientação pré-operatória.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P29

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE, SSPR, DPC, SHL, CME, DENF

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P30

5. BANCO DE OLHOS

OFT.P30 – OBJETIVOS DO BANCO DE OLHOS DA UNICAMP

A área é responsável pela captação e a preservação de tecidos oculares, garantindo a qualidade do tecido, com mínimo risco de transmissão de doenças do doador para o receptor.

O Banco de Olhos da Unicamp oferece cobertura para municípios do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos para Transplante (SPOTT) Regional Campinas, devendo manter comunicação com a CNCDO para disponibilização de tecidos oculares para transplante.

ATRIBUIÇÕES DO BANCO DE OLHOS

- Contribuir com a busca de doadores;
- Realizar entrevista familiar;
- Obter termo de consentimento livre e esclarecido da doação
- Triagem clínica e laboratorial de doadores;
- Retirada de tecidos oculares;
- Identificação, transporte e avaliação de tecidos oculares;
- Preservação, armazenamento e disponibilização de tecidos oculares.

FINALIDADES

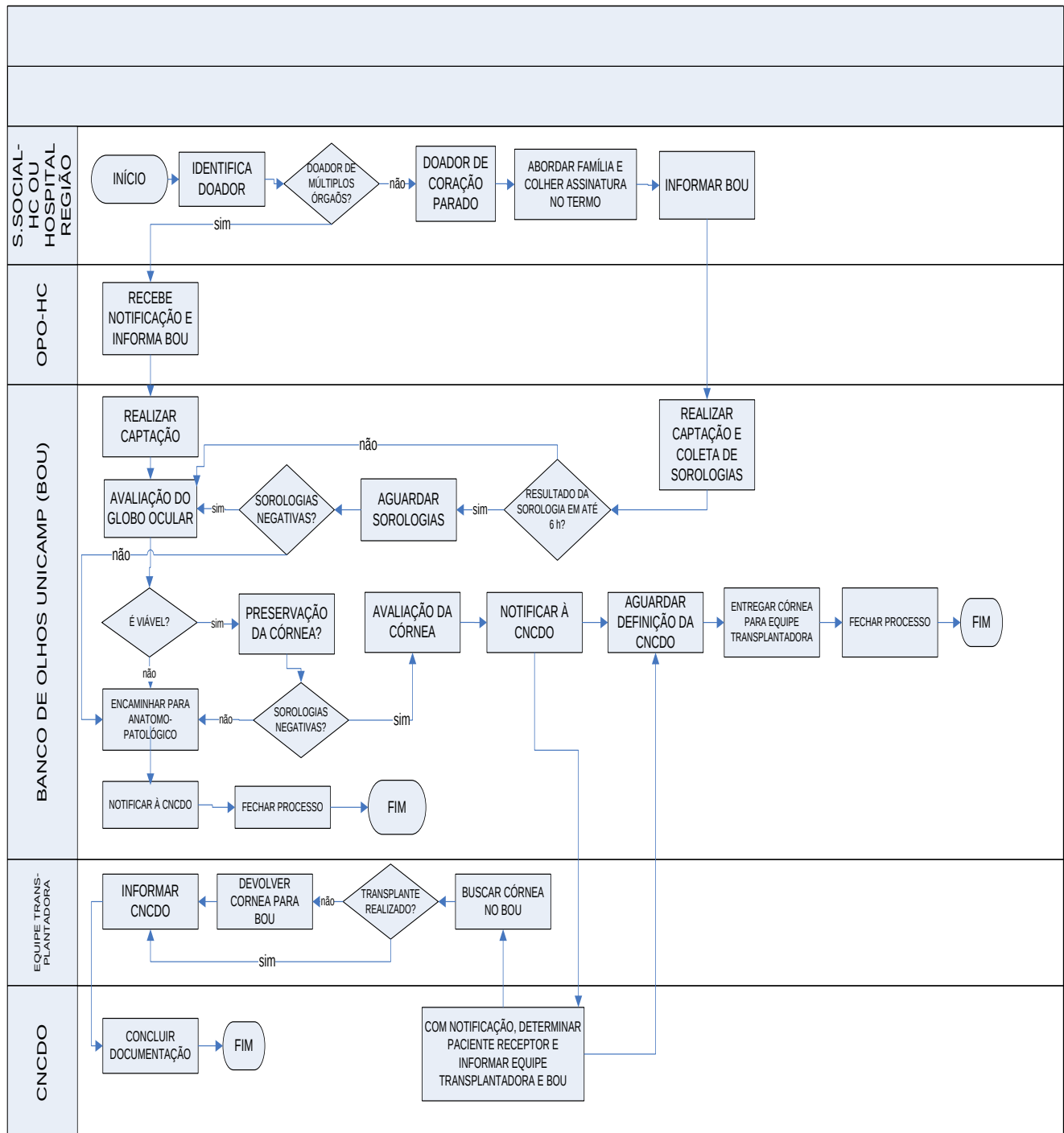
- Terapêutica
- Pesquisa
- Ensino e treinamento

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS ENVOLVIDAS
OPO, Serviço Social, Setor de Óbito, Transporte, Superintendência

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.P30
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P30

Fluxograma do processo de trabalho do Banco de Olhos Unicamp



	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P31

OFT.P31 – PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE CÓRNEAS

LOCALIZAÇÃO DE DOADORES

O Banco de Olhos da Unicamp (BOU) deve trabalhar em parceria com a Organização de Procura de Órgãos (OPO), Organização de Procura de Córneas (OPC) e Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) do hospital, e também com o Serviço Social.

Quando o paciente evolui para óbito, dentro do hospital, os familiares devem ser abordados quanto à doação de córneas, pelo do Serviço Social. Faz parte da rotina no Setor de Óbito comunicar imediatamente o Serviço Social. As exceções são os óbitos por HIV, Hepatite B / C e Septicemia.

A cada seis meses os funcionários do Serviço Social devem passar por treinamento para reciclagem e atualizações, oferecido pelo Banco de Olhos.

Os pacientes que evoluem para morte cerebral são abordados pela OPO que deve acompanhar o processo, até a conclusão da retirada dos órgãos.

A Comissão Intra-hospitalar de Transplante estabelece contatos fora do hospital, com outras instituições, facilitando a comunicação em relação ao processo de localização de doadores.

Outras instituições podem acionar o BOU quando diante de solicitação de familiares sobre doação.

A atuação da OPC da UNICAMP atinge 119 municípios da região de Campinas, determinados por lei pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Em todas essas localidades, sempre que possível, o BOU deve atender a solicitações de doação.

ABORDAGEM DE DOADORES

Diante da situação de óbito, o familiar próximo deve ser contatado. Procura-se local apropriado, preferencialmente uma sala adequada para essas ocorrências. No HC existe um espaço, a chamada Sala da Família, destinada especificamente para esse fim.

Deve ser expostas à família a possibilidade da doação, sua importância e relevância, e oferecido todas as informações pertinentes que forem necessárias.

Em nenhuma situação pode haver constrangimento de qualquer espécie. A recusa, se acontecer, deve ser respeitada.

Uma vez consentida a doação, os procedimentos legais e obrigatórios devem ser executados:

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P31

- Assinatura, em 3 vias do termo de doação, por familiar direto e por duas testemunhas;
- Solicitação à família de dados sobre o doador, de acordo com o questionário em formulário específico.

Se por qualquer razão o termo de doação não for assinado, não é permitido iniciar o processo de enucleação.

Familiares de pacientes vítimas de morte violenta ou de causa desconhecida, que forem encaminhados ao IML (Instituto Médico Legal) ou SVO (Serviço de Verificação de Óbito) podem ser abordados quanto à doação.

Não são abordados familiares de pacientes portadores de HIV, hepatites ou com choque séptico (septicemia).

CONTRAINDICAÇÕES À DOAÇÃO

REFERENTES A CAUSA MORTIS

Não podem ser disponibilizados, para transplantes ou enxertos: Tecidos retirados de doadores cuja *causa mortis* tenha sido:

- Morte de causa desconhecida;
- Hepatite viral aguda;
- Septicemia;
- Raiva;
- Aids;
- Doença de Creutzfeldt-Jakob;
- Panencefalite subaguda esclerosante;
- Rubéola Congênita;
- Linfomas ativos disseminados;
- Leucemias;
- Síndrome de Reye;
- Encefalite viral ativa ou encefalite de origem desconhecida ou encefalopatia progressiva;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Doença neurológica de diagnóstico indeterminado;

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P31

- Endocardite (bacteriana ou fúngica) ativa.

REFERENTES A DOENÇAS INTRÍNSECAS DO OLHO

Doadores com doenças intrínsecas do olho:

- Retinoblastoma;
- Tumores malignos do Segmento Anterior Ocular ou adenocarcinoma no olho (de origem primária ou metastática);
- Inflamação ativa: ocular ou intraocular (conjuntivite, ceratite, esclerite, irite, uveíte, vitreíte, coroidite, retinite);
- Desordens congênitas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobos).

REFERENTES A HORMÔNIO DE ORIGEM HUMANA

Receptores de hormônio do crescimento derivado da Pituitária Humana (durante os anos de 1963-1985).

REFERENTES A SOROLOGIAS POSITIVAS

Doadores com testes sorológicos reagentes para algum dos seguintes marcadores:

- HBs Ag;
- Anti-HBc;
- Anti-HCV;
- Anti-HIV-1 e anti-HIV-2.

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- Doadores que tenham sido submetidos à cirurgia intraocular ou do segmento anterior;
- Procedimentos refrativos corneanos, ceratotomia radial, inserções lamelares;
- Fotoablação por laser (cirurgia refrativa).

O tecido de doadores com histórico de cirurgia de catarata ou glaucoma, procedimentos cirúrgicos com a utilização de laser, como trabeculoplastia por laser de Argônio, fotocoagulação retiniana ou panretiniana poderão ser distribuídos após a avaliação do responsável técnico do BOU.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P31

PROCESSO DE ENUCLEAÇÃO

PROFISSIONAL EXECUTANTE

Pode ser realizado por:

- Médico ou
- Profissional de nível técnico na área da saúde, treinado para esta função.

Quando a enucleação é realizada no HC, o procedimento ocorre nas dependências da Anatomia Patológica.

Quando a enucleação é realizada em outras instituições, o profissional deve procurar a responsável pela equipe médica ou de enfermagem, presente no momento, e verificar o local onde se encontra o corpo, para a realização do procedimento.

Todo o material, instrumental, medicamentos e equipamentos de proteção necessários para o procedimento são levados pelo profissional para a realização da enucleação.

O transporte para a instituição externa onde há o doador pode ser feito por;

- Serviço de Transporte do HC – seguir rotina de solicitação de transporte descrita no Manual do Serviço de Transporte ([transporte.pdf](#)) ou
- Convênio com Táxi – a OPO deve solicitar o táxi, por meio telefônico.

PROCEDIMENTO

- Checar a assinatura do termo de doação, devidamente preenchido;
- Checar a identificação do cadáver doador e paramentar-se com avental e máscara;
- Higienizar as mãos com sabão neutro ou álcool gel e calçar luvas de procedimento;
- Proceder à inspeção do cadáver segundo o roteiro no formulário de informações sobre a doação;
- Coletar 20 ml de sangue e colocar 10 ml em cada tubo seco;
- Realizar antissepsia periocular com PVPI tópico;
- Retirar a luva e higienizar as mãos com sabão neutro;
- Diluir 2 frascos de 1gr cloranfenicol em 10 ml de água destilada ou de SF0,9% cada;
- Preparar a mesa auxiliar para a enucleação com técnica asséptica:
 - Caixa de enucleação;
 - 2 potes de coleta de espécime estéril;

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P31

- 3 pacotes de gaze em locais diferentes do campo;
- Higienizar as mãos com sabão neutro, enxugando-as com papel toalha ou friccionando-as com álcool gel;
- Calçar luva estéril;
- Preparar a câmara úmida – fazer 4 cachecóis com uma gaze cada. Abrir a gaze em toda a extensão e dobrar no sentido mais longo, em três vezes, e deixar em cima da mesa auxiliar. Separar mais duas gazes e deixar reservadas ao lado;
- Proceder a enucleação e limpar retirando todo o resíduo sanguíneo;
- Envolver globo ocular em dois cachecóis, um por vez e acomodá-lo sobre 2 gazes estéreis. Juntar as pontas duas a duas e colocar dentro do frasco de espécime, umedecendo-o com o cloranfenicol anteriormente diluído;
- Fechar o frasco e identificar com o nome do doador, data e hora da enucleação e o olho retirado direito e/ou esquerdo;
- Manter o frasco na posição vertical, evitando balanço, de forma a prevenir que o botão fique batendo na parede do frasco com risco de lesar a córnea;
- Dobrar uma gaze até que caiba dentro da cavidade ocular e sobre esta colocar o Reconstrutor de Cavidade Ocular (RECO). A seguir, juntar as pálpebra e colar com cola de cianoacrilato (super bonder®);
- Retirar a luva;
- Acondicionar o frasco contendo o globo ocular na caixa térmica de transporte, fixando-o para evitar balanço.

Após o procedimento, retornar ao BOU e colocar os frascos com os globos na prateleira inferior da geladeira grande.

REGISTRO DE DOADORES

Os doadores devem ser registrados no livro de doações, em ordem numérica. No registro devem constar as seguintes informações:

- Nome do doador e número;
- Idade, sexo;
- Data e horário do óbito;
- Local data e horário da captação;
- Causa do óbito;
- Resultado das sorologias;

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P31

- Receptores.

Qualquer alteração na numeração dos doadores deve ser comunicada e rubricada pelo diretor médico.

ENCAMINHAMENTOS APÓS A ENUCLEAÇÃO

O sangue deve ser encaminhado ao Hemocentro da UNICAMP para realização de sorologias (Hepatite B e C, HTLV).

Encaminhar o material usado à Central de Material Esterilizado HC/Unicamp (CME) para processamento.

Caso tenha sido utilizado serviço de táxi, a cobrança deve ser enviada para o BOU que, preenchendo o formulário específico, deve encaminhar à superintendência para pagamento.

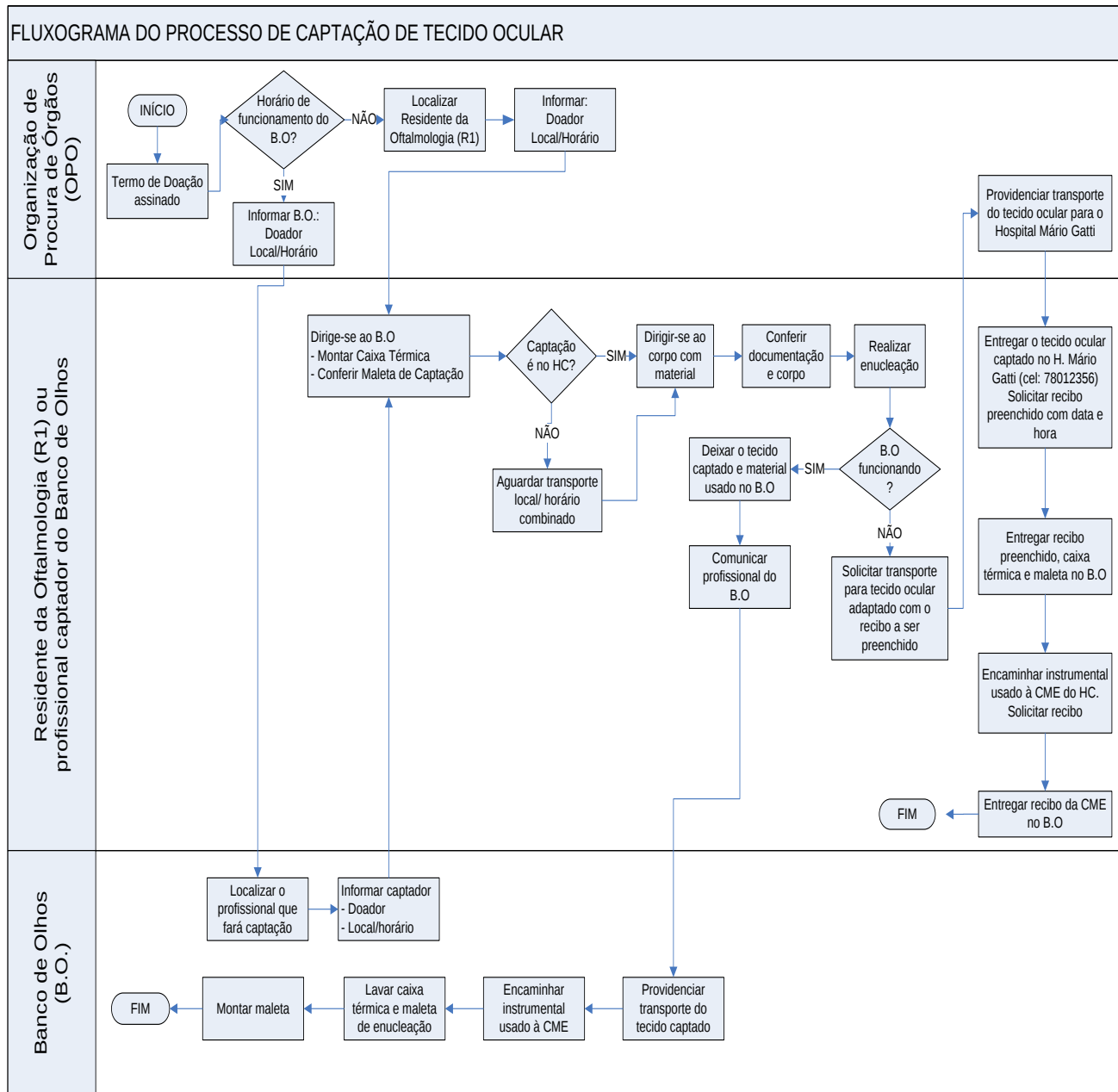
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão: • Avental de procedimento de manga longa descartável; • Máscara cirúrgica; • Luva de procedimento e estéreis; • Óculos de proteção.
Utilizar gorro para prevenir queda de cabelo durante os procedimentos
ÁREAS ENVOLVIDAS
OPO, Serviço Social, Setor de Óbito, Transporte, Superintendência

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P31

Fluxograma do processos de captação de tecido ocular



	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P32

OFT.P32 – PROCESSO DE PRESERVAÇÃO

TEMPO PARA PROCESSO DE PRESERVAÇÃO E SOROLOGIAS

Após resultado da sorologia, se resultado negativo, proceder à preservação.

Caso o resultado da sorologia esteja previsto para um tempo maior do que 8 horas, proceder à preservação imediatamente.

PROCEDIMENTO

- Realizar limpeza preparatória da câmara de fluxo laminar e demais superfícies horizontais que serão utilizadas com álcool 70%;
- Preparo dos frascos identificando os frascos de córneas e escleras;
- Preparar os meios de conservação: verificar coloração e características de transparência;
- Abrir o(s) frasco (s) com o globo ocular e manter aberto;
- Abrir a caixa de preparação com técnica asséptica, pacote Banco de olhos, 1 pacote de gaze estéril;
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante, secar as mãos em papel toalha branco;
- Calçar luvas;
- Preparar a câmara de fluxo laminar colocando o campo estéril;
- Retirar os globos dos frascos e observar em lâmpada de fenda, segundo roteiro no formulário de avaliação;
- Proceder à excisão da córnea, na câmara de fluxo laminar, e colocar no meio de conservação (1 frasco para cada córnea).

Após fechar o frasco, lacrar e identificar com o nome do doador, número, data e hora da retirada, se córnea direita ou córnea esquerda, acomodá-lo dentro do suporte e colocar na prateleira superior da geladeira.

A preservação da esclera deve ser realizada logo após a preservação da córnea. Deve ser utilizado frasco estéril com glicerina, identificado com etiqueta com nome e número do doador.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P32

OBSERVAÇÕES

Os meios de conservação são estocados na Farmácia do HC e sua reposição e compra é de responsabilidade dessa unidade. A cada semana deve ser solicitada quantidade suficiente para atender aos processos, de acordo com o número médio de doações.

A esclera só poderá ser utilizada após o quinto dia de preservação.

DESCARTE DE TECIDOS NÃO UTILIZADOS

Todo globo ocular ou córneo que não for processado ou utilizado, por qualquer motivo, deve ser encaminhados para exame anatomopatológico, no laboratório de Anatomia Patológica do HC. O laudo deve ser encaminhado à Central Nacional de Captação e doação de Órgãos (CNCDO), por fax.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão: • Paramentação; • Avental de procedimento de manga longa descartável; • Máscara cirúrgica; • Luva estéril; • Óculos de proteção.
Conforme preconizado na NR 32, devem ser utilizados calçados fechados.
É vedado o uso de adornos.
ÁREAS ENVOLVIDAS
Hemocentro, Farmácia

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P33

OFT.P33 – PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DA CÓRNEA PARA TRANSPLANTE

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA CORNEA

A avaliação da córnea é realizada por um dos médicos responsáveis, seguindo o roteiro no formulário de avaliação de córnea preservada, em lâmpada de fenda, com o suporte apropriado.

Após avaliação, a córnea pode ser liberada para distribuição, que é realizada pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).

Preencher formulário padrão e encaminhar para CNCDO, via fax.

RETIRADA DA CÓRNEA PARA TRANSPLANTE

A CNCDO, via fax, encaminha o termo de Autorização de Retirada de Tecidos informando o doador, a equipe transplantadora e o receptor.

A retirada da córnea do Banco de Olhos só pode ser feita pelo médico da equipe transplantadora ou seu representante autorizado (por escrito e assinado).

O transporte da córnea deve ser realizado em caixa térmica, com termômetro, garantindo temperatura de 4 a 8°C. Deve-se evitar movimentação brusca, durante o transporte.

A responsabilidade do transporte é do médico solicitante, no entanto, o banco de olhos mantém estreito relacionamento com a Polícia Rodoviária do Estado que prontamente atende a essas solicitações.

Ao entregar a córnea ao médico solicitante (após autorização da CNCDO), uma cópia do formulário de avaliação deve acompanhar o tecido.

ARQUIVO DOS DOCUMENTOS

Após a distribuição da córnea, os formulários referentes ao doador devem ser arquivados com o número correspondente ao doador e ano:

- 1 cópia do termo de doação;
- 1 cópia da sorologia;
- 1 cópia do formulário de avaliação.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P33

DEVOLUÇÃO

Se houver devolução do tecido distribuído, pelo médico transplantador, o fato deve ser comunicado a CNCDO.

A córnea deve passar por nova avaliação pelo médico responsável no BOU e comunicado à Central a possibilidade ou não de nova distribuição.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão: • Paramentação; • Avental de procedimento de manga longa descartável; • Máscara cirúrgica; • Luva estéril; • Óculos de proteção.
Conforme preconizado na NR 32, devem ser utilizados calçados fechados.
É vedado o uso de adornos.
ÁREAS ENVOLVIDAS
Secretaria de Saúde do Estado, Sistema Estadual de Transplantes, CNCDO, Equipes Transplantadoras e Polícia Rodoviária do Estado.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P34

OFT.P34 – ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE OLHOS

CONTROLE DOS MATERIAIS DE CONSUMO

SECRETARIA

A secretaria do BOU deve manter estoque mínimo de insumos para o adequado funcionamento, abaixo descritos.

MATERIAIS DE ESCRITÓRIO

Discriminação	Quantidade/mês
Apontador (cada 6 meses)	01
Borracha (cada 2 meses)	01
Canetas (02 azuis / 02 vermelhas)	04
Carbonos (cx – cada 3 meses)	01
Cartucho de impressora (c/ reposição)	01
Cd	01
Clips	01
Cola	01
Corretivos	01
Elásticos	01
Envelopes Pardo (A4)	10
Etiquetas (cada 6 meses)	1.000
Fitas adesivas	01
Formulários padronizados	Xerox
Grampos (cx)	01
Lápis	04
Livros ata	01
Papel a4 / ofício (folhas)	500
Papel fax (rolo)	02
Pasta Registradora para Arquivo	01

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P34

INSTRUMENTAIS

CAIXA DE ENUCLEAÇÃO

Discriminação	Quantidade/enucleação
Blefarostato	01
Colher de enucleação	01
Ganchos de músculos	02
Pinça de conjuntiva com dente	02
Pinça Halsted	01
Porta agulhas	01
Tesoura de conjuntiva	01
Tesoura de enucleação	01
Tesoura de músculos	01

CAIXAS DE PRESERVAÇÃO

Discriminação	Quantidade/preservação
Pinça de conjuntiva	01
Pinça de córnea	01
Tesoura de conjuntiva	01
Tesoura de córnea	01

PACOTE BANCO DE OLHOS

Discriminação	Quantidade/pacote
Campo cirúrgico 80X80	01
Campo fenestrado	01

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P34

MALETA DE ENUCLEAÇÃO

Discriminação	Quantidade/captação
Agulhas 40x8	02
Caderno de anotações de ocorrências	01
Caixa de enucleação esterilizada	01
Caneta	01
Cola de cianoacrilato (super bonder)	01
Coletor de espécime de 50 ml estéril	02
Etiquetas de identificação	04
Fio de sutura seda 4-0	01
Flaconete de soro fisiológico a 9%	02
Formulário de dados do doador	01
Frasco com 20 ml de pvpi tópico	01
Frasco de cloranfenicol 1 gr	02
Gaze estéril (pacote)	04
Luva estéril - tamanho m(par)	02
Luvas de procedimento – tamanho m(par)	02
Pacote banco de olhos	01
Reco (reconstrutor específico da cavidade orbitária - par)	01
Seringas descartáveis 10 ml	02
Termo de doação (folhas)	02
Tubo seco 8 ml	02

Obs: A maleta de enucleação deve ser reposta após o uso. Revisar diariamente.

MATERIAIS DE CONSUMO EM GERAL DO BOU – DIVERSOS

Discriminação	Quantidade mínima
Agulhas descartáveis 40x8	10
Álcool 70% (litro)	01
Avental de procedimento manga longa descartável (TNT)	02
Caixa de luvas de procedimentos	01
Caixa Térmica 5litros	03
Cola de cianoacrilato	02

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P34

Cloranfenicol 1 gr	10
Discriminação	Quantidade mínima
Etiqueta branca 10 cm	50
Fio de sutura mononylon 4.0	01
Fita adesiva	01
Formol (litro)	01
Gaze estéril	20
Glicerina (litro)	01
Lâmina de bisturi descartável 15 e 11 descartável	10
Luva de procedimento estéril	10
Pote de coleta de espécimes de 50 ml estéril para acondicionamento e transporte do globo ocular	20
RECO (Reconstrutor Específico da Cavidade Orbitária)	10
Saco Plástico para transporte de material biológico	20
Seringa descartável 10 ml	10
Soro Fisiológico 10 ml	10
Tubo seco para coleta de sangue	10

O BOU utilizará os serviços de apoio do Hospital de Clínicas da UNICAMP como lavanderia, CME para o processamento de artigos e roupas em geral.

MANUTENÇÃO E CONTROLE DOS EQUIPAMENTOS

Os equipamentos são revisados, controlados e validados periodicamente pelo Centro de Engenharia Biomédica (CEB) da UNICAMP e a data da próxima revisão é controlada através de etiqueta fixada no equipamento. Os manuais originais e peças de reposição são de arquivados no CEB.

Qualquer intercorrência com os equipamentos deve ser imediatamente comunicada, sendo solicitado o reparo necessário.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica.
ÁREAS ENVOLVIDAS
Farmácia, Almoxarifado, CEM, DEM, CEB

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P35

OFT.P35 – CUIDADOS DE LIMPEZA DO BOU

LIMPEZA DE SUPERFÍCIES

A limpeza das superfícies é de responsabilidade do Serviço de Higiene e Limpeza do HC. Os detalhes do processo de limpeza podem ser obtidos no documento [hotelaria.pdf](#).

LIMPEZA TERMINAL

Frequência: Mensal

Abrangência: Superfícies horizontais e verticais

Produto:

- Água e sabão todas as superfícies;
- Álcool 70% - Desinfecção de bancadas em geral.

LIMPEZA CONCORRENTE

Frequência: Diária

Abrangência: Superfícies horizontais

Produto:

- Água e sabão para o piso;
- Álcool 70% - Desinfecção de bancadas em geral, maçanetas de porta.

Obs: Realizar limpeza concorrente da unidade após a realização de preservação de córnea.

GELADEIRA

A limpeza da geladeira é de responsabilidade do Serviço de Higiene e Limpeza do HC. Os detalhes do processo de limpeza podem ser obtidos no documento [hotelaria.pdf](#).

Frequência: Mensal ou sempre que apresentar excesso de gelo ou sujeira

Produto:

- Água e sabão neutro.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P35

LIMPEZA DOS EQUIPAMENTOS ESPECÍFICOS

A limpeza de equipamento específico é de responsabilidade do técnico da unidade.

CAIXA DE CAPTAÇÃO

Frequência: Após a utilização

Produto:

- Água e sabão neutro;
- Álcool 70% Desinfecção.

Lavar interna e externamente a caixa, enxaguar abundantemente para remoção de todo o resíduo de sabão. Secar e após friccionar álcool 70% em todas as superfícies internas e externas.

CAIXA TÉRMICA

Frequência: Após a utilização

Produto:

- Água e sabão neutro;
- Álcool 70% Desinfecção.

Lavar interna e externamente a caixa, enxaguar abundantemente para remoção de todo o resíduo de sabão. Secar e após friccionar álcool 70% em todas as superfícies internas e externas

OBSERVAÇÃO: A limpeza dos equipamentos é de responsabilidade do técnico e deve ser realizada imediatamente após sua utilização.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão sempre que houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas, avental, máscara e óculos de proteção.
Conforme preconizado na NR 32, devem ser utilizados calçados fechados.
É vedado o uso de adornos.
ÁREAS ENVOLVIDAS
SHL, CCIH

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P36

OFT.P36 – RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA FUNCIONAMENTO DE BANCO DE OLHOS E BIOSSEGURANÇA

MANUSEIO DE PRODUTOS QUÍMICOS

- Ter cuidados como o uso de Substâncias Químicas;
- Ler com atenção os rótulos dos frascos e dos reagentes antes de utilizá-los, isto evita erros na realização das técnicas;
- Usar sempre as quantidades de reagentes indicadas nas BPL/GMP. Colocar em ordem os materiais e reagentes necessários antes de iniciar a manipulação, para verificar se não está faltando nada;
- Após o uso de produtos químicos, colocá-los no devido lugar;
- Conservar os frascos fechados, não coloque tampas de qualquer maneira sobre a bancada;
- Nunca cheirar diretamente e nem provar qualquer substância utilizada ou produzida durante as manipulações;
- Ao derramar qualquer substância, providenciar a limpeza imediata;
- Se precisar diluir um ácido, despejá-lo lentamente sobre água e agitar. Esta técnica é importante, sobretudo para o ácido sulfúrico;
- Tomar cuidado com reações que desenvolvem grande quantidade de energia;
- Não jogar nenhum material sólido, produto químico e biológico dentro da pia, ou da rede de esgoto comum;
- Não misturar as substâncias ao acaso;
- Não trabalhar com substância não identificada (sem rótulos);
- Todo material químico é por princípio prejudicial à saúde;
- O descarte de produtos químicos deve obedecer ao protocolo específico descrito no manual do Plano de Gerenciamento de Resíduos ([resíduos.pdf](#)).

CONTROLE AMBIENTAL

- Proibir o uso de ventiladores na área laboratorial;
- As portas dos laboratórios devem conter sinais e informações indicativas do grau de risco dos agentes manipuladores e do cuidado a ser mantido no momento da entrada no mesmo;

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira, Mirtes Loeschner Leichenring, Renata Fagnani		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P36

- As bancadas do laboratório devem ser impermeáveis e resistentes a ácidos, álcalis, solventes orgânicos e calor moderado. O mobiliário deve ser firme e com espaços para facilitar a limpeza;
- Antes de iniciar o trabalho, certifique-se de que haja água nas torneiras;
- As superfícies de trabalho devem ser descontaminadas pelo menos uma vez ao dia, e sempre após o respingo de qualquer material, sobretudo material biológico. O laboratório deve ser mantido limpo e livre de todo e qualquer material não relacionado às atividades nele executadas;
- Todo material biológico, sólido ou líquido, deve ser descontaminado antes da lavagem ou do descarte. O material deve ser descontaminado fora da área de atividades do laboratório;
- Deverá ser colocada em um recipiente a prova de vazamento e devidamente fechado antes do seu transporte.

PARAMENTAÇÃO

- É essencial o uso dos EPIs - roupas protetoras, avental e de luvas, durante a execução de atividades no interior do laboratório, no sentido de prevenir a contaminação da pele e da indumentária do técnico, isto sendo válido para visitantes, representantes de empresas que entrem dentro da área técnica;
- As roupas protetoras somente devem ser usadas no interior do laboratório, e em corredores de áreas técnicas comuns, devendo ser retiradas quando o técnico deixar o ambiente. É proibido o uso de tais roupas e de luvas, nas áreas externas do laboratório, tais como: sala de lanche, área administrativa, toaletes, banco, lanchonete, transporte público, etc;
- Deve ser proibido o manuseio de maçanetas, telefones, puxadores de armários, ou outros objetivos de uso comum por pessoas usando luvas;
- Sempre após a manipulação de material biológico, ou antes de deixar o laboratório, os técnicos devem lavar as mãos.

PROIBIÇÕES

É EXPRESSAMENTE PROIBIDO NA ÁREA LABORATORIAL

- Comer, beber, fumar, fazer aplicações de cosméticos;
- Calçados abertos;
- Proibido manter pertences, bolsas, jornais, flores, casacos, ventilador, rádio e TV na área técnica.

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira, Mirtes Loeschner Leichenring, Renata Fagnani		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P36

BIOSSEGURANÇA

PRINCÍPIOS DE BIOSSEGURANÇA

Todos profissionais da saúde e gerentes devem conhecer e adotar as normas de biossegurança com o compromisso de somar esforços para reduzir os acidentes de trabalho.

Esta é a maneira mais eficaz de prevenir a transmissão pela exposição profissional às doenças infecciosas transmitidas por gotículas e aerossóis.

Entretanto, uma vez ocorrido, temos que reduzir ao máximo as conseqüências desse acidente.

Todo material biológico é, por princípio, contaminado.

PRECAUÇÕES PADRÃO

O conhecimento acumulado e as pesquisas científicas realizadas sobre transmissão de doenças infectocontagiosas no ambiente ocupacional de saúde levaram a formulação das precauções padrão que, uma vez aplicadas, diminuem os riscos de contaminação para os profissionais de saúde e para os pacientes.

As Precauções Padrão determinam as seguintes condutas:

- **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS** - Tem por finalidade a remoção de microrganismos transitórios, eliminação de sujidades, oleosidades e células descamativas. Deve ser realizada por lavagem básica das mãos ou fricção com álcool antes e após cada procedimento, contato com pacientes, equipamentos e antes de calçar luvas e após a sua remoção;
- **LUVAS DE PROCEDIMENTO** – Sempre que houver possibilidade de contato com fluidos corporais, mucosas ou pele não íntegra. O uso de luvas não substitui a higiene de mãos;
- **ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETORES FACIAIS** - Sempre que houver o risco de contato/respingo de fluidos corpóreos na mucosa ocular do profissional;
- **MÁSCARAS DUAS CAMADAS** - Sempre que houver risco de contato/ respingos de fluidos corporais em mucosas oral e nasal. As máscaras devem ser desprezadas após o uso, devem ser manipuladas pelas tiras e trocadas sempre que úmidas ou quando apresentarem alterações na integridade;
- **AVENTAIS DE MANGA COMPRIDA** - Sempre que houver risco de contato ou respingo de fluidos corporais no tórax, abdome e membros superiores;
- **CUIDADOS COM INSTRUMENTOS PERFUROCORTANTES** - Tais como agulhas, cateteres sobre agulha e lâminas de bisturi com atenção para não se acidentar. Não reencapar agulhas, descartá-las em recipientes apropriados;

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira, Mirtes Loeschner Leichenring, Renata Fagnani		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P36

- LUVAS CIRÚRGICAS - Estéreis. Indicadas para uso em técnicas assépticas, tais como procedimentos cirúrgicos, preservação de córnea, dentre outros;
- LUVAS DE BORRACHA ANTIDERRAPANTE - Utilizadas para a limpeza de instrumental e superfícies contaminadas.

Conforme preconizado na NR 32, devem ser utilizados calçados fechados.

É vedado o uso de adornos.

Todos os detalhes sobre Precauções Padrão e condutas em caso de acidentes com risco biológico estão descritos no manual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ([ccih.pdf](#))

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Acima descritos
ÁREAS ENVOLVIDAS
CCIH, SST, Farmácia, Gerenciamento de Resíduos

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira, Eliana Pinheiro, Rosane Silvestre de Castro, Filomena Beatriz Godoy Pereira, Mirtes Loeschner Leichsenring, Renata Fagnani		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

6. CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS

OFT.P37 – PRÉ-OPERATÓRIO PARA CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS

EQUIPE MÉDICA

Definir o procedimento cirúrgico a ser realizado, orientar paciente.

Encaminhar paciente para enfermagem da sala de orientação para cirurgia.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Agendar a cirurgia a ser realizada no Centro Cirúrgico Ambulatorial.

Orientar o paciente sobre o procedimento, conforme o tipo de cirurgia, segundo protocolo de pré-operatório:

- Data, horário e local;
- Tipo de cirurgia;
- Exames a serem realizados;
- Tempo de jejum;
- Tipo de anestesia;
- Encaminhamentos necessários (Serviço Social, Anestesista e outros).

Preencher e conferir os pedidos de exames e, se pertinente, termo de consentimento livre esclarecido.

Caso seja cirurgia para catarata, verificar se a biometria foi executada, se não, encaminhar para realização. Agendar para o Grupo de Orientação Pré-operatória executado pela Enfermeira da Oftalmo:

- Fornecer data do GOPO mediante as vagas disponíveis em agenda própria;
- Encaminhar o paciente e familiar para o agendamento do GOPO no próprio setor;

O agendador deve realizar o agendamento fornecendo o impresso com a data, horário e local.

Esclarecer dúvidas do paciente e seus familiares.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

GRUPO DE ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA - GOPO

INTRODUÇÃO

Participam deste grupo pacientes e acompanhantes com indicação de cirurgia de catarata com implante de lente intraocular (LIO), com a finalidade de receber orientações quantos aos cuidados pré e pós-operatórios.

É uma atribuição exclusiva das Enfermeiras do Ambulatório de Oftalmologia.

OBJETIVO

O grupo tem como objetivo fornecer informações aos pacientes e familiares de maneira a contribuir para evitar complicações pós-operatórias, conscientizando-os da importância do acompanhamento.

CHEGADA DO PACIENTE E FAMILIAR AO GOPO NA DATA AGENDADA

Os pacientes são acolhidos pela auxiliar administrativa ou técnica de enfermagem, no balcão 2 da Oftalmo, conferindo a folha de agendamento, numerando por ordem de chegada e anexando-a ao prontuário.

A técnica de enfermagem deve chamar o paciente e acompanhante a fim de prepará-lo para GOPO:

Checar com o paciente se realizou e trouxe os exames pré-operatórios solicitados;

Anexá-los ao prontuário;

Verificar a Pressão Arterial (PA) e anotar no prontuário

Colocar o crachá de identificação do paciente;

Se necessário, encaminhar o paciente para a biometria;

Orientá-lo a alimentar-se, caso queira, a após aguardar a chamada em frente ao balcão 2.

Cabe à Enfermeira:

- Conferir a listagem do agendamento com a agenda própria;
- Conferir se todos os prontuários foram encaminhados pelo SAM e se estão de acordo com a agenda do dia;
- Verificar individualmente nos prontuários a indicação cirúrgica, o olho, a anestesia, e o profissional designado para o procedimento;
- Carimbar os prontuários com informações específicas dos exames pré-operatórios;
- Identificar no prontuário a necessidade da realização da biometria antes de iniciar o grupo.

A enfermeira ou técnica de enfermagem deve:

- Chamar o paciente e acompanhante e encaminhá-los à sala destinada para palestra;
- Acomodar o paciente na sala.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

ORIENTAÇÕES MINISTRADAS PELA ENFERMEIRA

CUIDADOS ANTES DA CIRURGIA

- Após a cirurgia serão necessários 3 a 5 retornos para avaliação médica. Eles são importantes para a recuperação.
- Providenciar acompanhante (adulto), e condução para o dia da cirurgia e dia seguinte.
- Não fumar na semana anterior e após a cirurgia.
- Tratar gripes e resfriados para evitar tosse durante e após a cirurgia.
- Evitar o uso de bebidas alcoólicas nos dias que antecederem a cirurgia, durante e após o período de cicatrização da cirurgia.
- Fazer os exames solicitados pelo clínico com algumas semanas de antecedência, para repeti-los ou tratar algum problema detectado a tempo. A avaliação clínica pré-operatória será aceita por 6 meses para a cirurgia com anestesia local.
- Tomar os seus remédios como de costume e comunicar o seu médico que irá operá-lo os nomes destes medicamentos. Suspender os anticoagulantes conforme orientação médica.
- Na noite anterior a cirurgia, não deixe de tomar medicamentos relaxantes ou para dormir, se faz uso rotineiro.
- Caso não possa comparecer, favor avisar, com antecedência, pelo telefone **(0xx19) 3521-7936**. A falta de aviso com antecedência causa problemas ao serviço.

CUIDADOS NO DIA DA CIRURGIA

- Tomar banho, lavar a cabeça e sobrancelhas. Os homens devem fazer a barba.
- Não usar maquiagem nem cremes no rosto.
- Não usar joias ou bijuterias (relógio, aliança, colar, brinco, etc)
- Não usar roupa que necessite ser retirada pela cabeça.
- Não usar calçado de salto alto.
- Ficar em jejum apenas 3 horas antes da cirurgia.
- Não se esquecer de tomar a medicação habitual (caso faça uso). Os anticoagulantes não poderão ser tomados!
- Comparecer ao hospital 1 (uma) hora antes da cirurgia, com acompanhante adulto.
- Apresentar-se no Centro Cirúrgico Ambulatorial para a avaliação pré-operatória e outros exames solicitados.

CUIDADOS APÓS A CIRURGIA

- Repouso relativo no primeiro dia. Pode sentar-se para as refeições e ir ao banheiro. EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS.
- Não fazer esforço físico, carregar peso ou abaixar bruscamente a cabeça (inclusive para amarrar os sapatos, apanhar objetos no chão, etc) durante um mês.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

- A alimentação deverá ser leve (sopa, leite, frutas, etc) no dia da cirurgia. Após o primeiro dia poderá alimentar-se como de costume.
- Colocar o protetor ocular na hora do banho e para dormir (à noite) por 10 dias.
- Remover o curativo conforme orientação médica.
- Orientar os pacientes sobre a técnica de higiene ocular, curativo oclusivo e instilação de colírio, tendo um dos presentes como modelo para demonstração dos cuidados.
- Fazer a limpeza do olho operado com cuidado, sem apertá-lo, usando água filtrada, fervida e esfriada (não usar água quente ou gelada). Higienizar bem as mãos antes.
- Usar colírios no horário recomendado na receita médica, colocando uma gota de cada, com intervalo de 10 minutos, quando coincidir o horário. Continuar com a medicação habitual – mudá-la apenas se orientação específica.
- Evitar traumas.
- Tomar cuidado com: crianças, tapetes pequenos, animais domésticos e escadas.
- Não fazer força para vomitar e/ou evacuar.
- Não coçar o olho operado (principalmente durante a recuperação).
- Não cozinhar, não regar plantas, principalmente as que estiverem acima da cabeça (15 dias ou mais, se necessário).
- Não dormir do lado operado por 2 semanas.
- Lavar a cabeça nos primeiros 7 dias conforme orientação recebida. Posteriormente, a lavagem será como de costume.
- Não usar maquiagem, cremes ou loções no rosto por 1 mês.
- Não tingir o cabelo (1 mês).
- Não dirigir (15 dias).
- Não praticar esporte (natação, futebol, etc, durante 2 meses).
- Abstenção sexual (15 dias).
- Não faltar aos retornos médicos marcados.
- Se ocorrer algum problema, procurar imediatamente o hospital, independente do dia ou hora. Após as 19:00 horas e aos sábados, domingos e feriados dirigir-se à Unidade de Emergência Referenciada.

ENCERRAMENTO DA PALESTRA DE ORIENTAÇÕES

- Ao término da palestra, anotar no prontuário as medicações utilizadas pelo paciente e fazer as orientações, se necessário, com relação as alterações encontradas nos exames apresentados;
- Enfatizar a necessidade do controle de pressão arterial e diabetes para a realização da cirurgia;
- Encaminhar o paciente e acompanhante para a sala de marcação de cirurgia.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

PROTOCOLOS DE AGENDAMENTO DE CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS AMBULATORIAIS

AGENDA CIRÚRGICA DA CATARATA – ADULTO

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
EECP: com e sem LIO (simples)	2ª a 6ª feira	Varia anualmente	CCA 7 e 12 horas	Local	3 horas	Hemograma Glicemia ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Não agendar GOPO para EXTRA e FACO sem LIO. Em caso de deficientes físicos, deve comparecer o familiar. Não agendar GOPO para presidiários. Biometria para todos os pacientes com indicação de LIO. Interromper o uso de anti coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia
FACO: com e sem LIO (simples)						Coagulograma se uso de anticoagulante			

continua

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

continuação

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
EECP: com e sem LIO (simples) FACO: com e sem LIO (simples)	5ª feira a cada 15 dias	01 a cada 15 dias	CCA 7 horas	Geral	Após 22 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma RX de torax ECG com liberação médica clínico/cardiológica Acima de 60 anos: U, Cr, Na, K	Sim Código 1007	Sim	Com indicação de internação do anestesista, comunicar o médico residente da especialidade para providenciar leito e encaminhar o paciente com impresso próprio (data/Código 28050) para agendar a internação no computador. Biometria para todos os pacientes com indicação de LIO. Não agendar GOPO. Interromper o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

AGENDA CIRÚRGICA CATARATA CONGÊNITA

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Determinada pelo médico	4ª feira	De acordo com a agenda	CCA 07 horas	Geral	Após às 22 horas ou a critério do anestesista	Hemograma Coagulograma RX de tórax Avaliação do Pediatra Abaixo de 10 anos: protoparasitológico Acima de 10 anos: ECG Acima de 15 anos: solicitar exames como adulto	Sim Código 1006	Sim	Exame sob sedação: segue a mesma rotina de pedido de exames para cirurgia. Com indicação de internação do anestesista: comunicar o médico residente da especialidade para providenciar leito e encaminhar o paciente com impresso próprio (data/Código 28050) para agendar a internação no computador. Abaixo de 6 meses: verificar se haverá internação.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

AGENDA CIRÚRGICA DA CONJUNTIVA

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Determinada pelo médico.	4ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 e 12 horas	Local	3 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma Pacientes acima de 60 anos , com cardiopatias ou doenças sistêmicas: ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

AGENDA CIRÚRGICA DO GLAUCOMA

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Agendar GOPO	Observações
Combinada FACO+TREC EECP+TREC	2ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 e 12 horas	Local	6 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Sim Em caso de deficiente físico, deve comparecer o familiar. Não agendar para presidiários.	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia Fazer biometria
	4ª feira	De acordo com a agenda	CCA 12 horas							
Trabeculectomia (TREC)	Determinada pelo médico	De acordo com a agenda	CCA Horário determinado pelo médico	Local	3 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Não	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia
Tubo de Ahamed ou Malteno	Determinada pelo médico	De acordo com a agenda	CCA Horário determinado pelo médico	Local	3 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Não	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia

continua

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

continuação

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Agendar GOPO	Observações
Ciclofoto	Determinada pelo médico	De acordo com a agenda	CCA Horário determinado pelo médico	Local	3 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Não	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia
Aplicação de Avastin	Determinada pelo médico	De acordo com a agenda	CCA Horário determinado pelo médico	Local	3 horas	Seguir orientação médica	Não	Sim	Não	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

AGENDA CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ADULTO E CRIANÇA)

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Indicada pelo médico	3ª feira a cada 15 dias	De acordo com a agenda	CCA 7 horas	Local	3 horas	Hemograma, Glicemia, Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia.
Indicada pelo médico	4ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 horas	Geral	Após 22 horas	Adulto: Hemograma, Glicemia, Coagulograma, RX de tórax, ECG com laudo médico clínico/cardiológico Acima 60 anos: U, Cr, Na, K Criança: Hemograma, Coagulograma, RX de tórax, avaliação clínico/pediátrica Abaixo 10 anos: protoparasitológico Acima 10 anos: ECG com laudo Acima 15 anos: pedir exames adulto	Sim Código 1008	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia. Se o anestesista indicar internação , comunicar o res. da especialidade

continua

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

continuação

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Indicada pelo médico	5ª feira Alterna com as VL e opera nas 2 primeiras semanas do mês	De acordo com a agenda	CCG 12 horas (internar 1 dia antes da cirurgia) Fornecer impresso e orientar agendar no computador: código 28050	Geral	Seguir prescrição médica da enfermaria	Adulto: Hemograma, Glicemia, Coagulograma, RX de tórax, ECG com laudo médico clínico/cardiológico Acima 60 anos: U, Cr, Na, K Criança: Hemograma, Coagulograma, Rx de tórax, avaliação clínico/pediátrica Abaixo 10 anos: protoparasitológico Acima 10 anos: ECG com laudo Acima 15 anos: pedir exames adulto	Sim Código 1008	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia. Orientar sobre a possibilidade de demora para disponibilizar leito.
Indicada pelo médico	5ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 horas	Geral	Após 22 horas	Adulto: Hemograma, Glicemia, Coagulograma, RX de tórax, ECG com laudo médico clínico/cardiológico Acima 60 anos: U, Cr, Na, K Criança: Hemograma, Coagulograma, Rx de tórax, avaliação clínico/pediátrica Abaixo 10 anos: protoparasitológico Acima 10 anos: ECG com laudo Acima 15 anos: pedir exames adulto	Sim Código 1008	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia. Se o anestesista indicar internação , comunicar o res. da especialidade

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

AGENDA CIRÚRGICA DA OFTALMO PLÁSTICA

Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
CCA 12 horas	Local	3 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma Pacientes acima de 60 anos , com cardiopatia ou doenças sistêmicas : ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia
CCA 7 horas	Geral	Após 22 horas	Adulto: Hemograma, Glicemia, Coagulograma, RX de tórax, ECG com laudo médico clínico/cardiológico Acima 60 anos: U, Cr, Na, K Criança: Hemograma, Coagulograma, Rx de tórax, avaliação clínico/pediátrica Abaixo 10 anos: protoparasitológico Acima 10 anos: ECG com laudo Acima 15 anos: pedido exames adulto	Sim Código 1010	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia. Se o anestesista indicar internação , comunicar o res. da especialidade

continua

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

continuação

Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
CCA 12 horas	Local	3 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma Pacientes acima de 60 anos , com cardiopatia ou doenças sistêmicas: ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

AGENDA CIRÚRGICA DA RETINA

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Indicada pelo médico	2ª feira a cada 15 dias	De acordo com a agenda	CCA 7 horas	Geral	Após 22 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma RX de torax ECG com liberação médica clínico/cardiológica Acima de 60 anos: U, Cr, Na, K	Sim Código 1007	Sim	Se indicação de internação do anestesista, comunicar médico residente da especialidade para providenciar leito e encaminhar o pcte com impresso próprio (data/Código 28050) para agendar internação no computador. Biometria para todos os pacientes com indicação de LIO. Não agendar GOPO. Interromper o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia.
Indicada pelo médico	3ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 horas	Local	6 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Biometria para todos os pacientes com indicação de LIO e agendar GOPO . Interromper o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia.

continua

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

continuação

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Indicada pelo médico	4ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 e 12 hs	Local	6 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Biometria para todos os pacientes com indicação de LIO e agendar GOPO. Interromper o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia.
Indicada pelo médico	5ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 e 12 hs	Local	6 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Biometria para todos os pacientes com indicação de LIO e agendar GOPO. Interromper o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia.
Indicada pelo médico	6ª feira	De acordo com a agenda	CCA 12 horas	Local	6 horas	Hemograma Glicemia Coagulograma ECG com liberação médica clínico/cardiológica	Não	Sim	Biometria para todos os pacientes com indicação de LIO e agendar GOPO. Interromper o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da data da cirurgia.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

AGENDA CIRÚRGICA DAS VIAS LACRIMAIS

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Indicada pelo médico	2ª feira	De acordo com a agenda	CCA 7 horas	Geral	Após 22 horas	Adulto: Hemograma, Glicemia, Coagulograma, RX de tórax, ECG com laudo médico clínico/cardiológico Acima 60 anos: U, Cr, Na, K Criança: Hemograma, Coagulograma, Rx de tórax, avaliação clínico/pediátrica Abaixo 10 anos: protoparasitológico Acima 10 anos: ECG com laudo Acima 15 anos: pedido exames adulto	Sim Código 1009	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia. Se o anestesiista indicar internação , comunicar o res. da especialidade
Indicada pelo médico	4ª feira	De acordo com a agenda	CCA 12 horas	Local	6 horas	Hemograma, Glicemia, Coagulograma ECG com laudo médico clínico/cardiológico	Não	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia. Somente pcte adulto

continua

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

ISBN 978-85-63274-25-0

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P37

continuação

Tipo de cirurgia	Dia da semana	Nº de pacientes	Local e horário	Tipo de anestesia	Jejum	Exames solicitados	Agendar Visita pré-anestésica	Encaminhar Serviço Social	Observações
Indicada pelo médico	5ª feira Alterna com Estrabismo e opera na 3ª e 4ª semana do mês	De acordo com a agenda	CCG 12 horas (internar 1 dia antes da cirurgia) Fornecer impresso e orientar agendar no computador: código 28050	Geral	Seguir prescrição médica da enfermaria	Adulto: Hemograma, Glicemia, Coagulograma, RX de tórax, ECG com laudo médico clínico/cardiológico Acima 60 anos: U, Cr, Na, K Criança: Hemograma, Coagulograma, Rx de tórax, avaliação clínico/pediátrica Abaixo 10 anos: protoparasitológico Acima 10 anos: ECG com laudo Acima 15 anos: pedido exames adulto	Sim Código 1009	Sim	Suspender o uso de anti-coagulantes 7 dias antes da cirurgia. Orientar sobre a possibilidade de demora para disponibilizar leito.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.

ÁREAS ENVOLVIDAS

CC, CCA, Anestesistas, Laboratório De Patologia Clínica, Imaginologia, ECG

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos, Miriam Rizziolli Santos, Susy Mary Barizon		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P38

OFT.P38 – RECEPÇÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO E CUIDADOS NO INTRAOPERATÓRIO

CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS

Atualmente, 90% das cirurgias de oftalmologia são feitas no Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) do HC que serve a 15 outras especialidades médicas. A disciplina de oftalmologia ocupa 40% da área e nos dois últimos anos e tem sido responsável por 51% do volume total de cirurgias do centro cirúrgico ambulatorial do HC-UNICAMP.

RECEPÇÃO E PREPARO DO PACIENTE

Os cuidados gerais para recepção do paciente da oftalmologia no Centro Cirúrgico Ambulatorial e Eletivo estão descritos no processo CC.P5 – ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO do Manual do Centro Cirúrgico ([centro_cirurgico.pdf](#)).

PROTOCOLO DE COLÍRIOS PARA DILATAÇÃO DE PUPILA

O protocolo se destina a pacientes que farão cirurgia de:

- Catarata (facectomia e facoemulsificação);
- Facotrabectomia (facotrec);
- Cirurgias de retina (retinopexia e vitrectomia).

Instilar 1 gota de colírio de fenilefrina 10% e 1 gota de tropicamida 1% (Midriacyl®), no mínimo 15 minutos antes da cirurgia. Aplicar por mais 2 vezes, com intervalo de 5 minutos.

USO DE DIAZEPAN

Administrar 1 comprimido de diazepam 5 mg para todos os pacientes da oftalmologia que serão submetidos ao procedimento sob anestesia local. Antes de administrar, questionar o paciente sobre alergia ou reação ao princípio ativo.

INTERCORRÊNCIA NO PREPARO

Pacientes com hipertensão, alterações na glicemia, hiperemia ocular, febre, tosse devem ser comunicados à equipe médica para determinar conduta.

PREPARO DA SALA OPERATÓRIA

A escala das salas cirúrgicas, usadas pela oftalmologia, é determinada em função dos equipamentos instalados necessários a cada cirurgia:

- Sala 1 e 3 – cirurgias de estrabismo e de vias lacrimais;
- Sala 2 – cirurgias de retina, facotrec, oftalmoplástica;

	Grupo responsável pela elaboração Rosaura A. de A. Faria, Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P38

- Sala 4 e 5 – cataratas e facotrec; oftalmoplástica;
- Sala 6 – facotrec, trabeculectomia, oftalmoplástica;
- Sala 7 – oftalmoplástica,

Providenciar e testar cardioscópio, oxímetro, nebulizador e vidro de aspiração de parede. Montar soro fisiológico 100ml com equipo e material para acesso venoso.

Para todas as cirurgias que utilizarão lente intraocular (facectomia, facoemulsificação, catarata congênita, facotrec, vitrectomia), a circulante deve verificar na Farmácia do CC Ambulatorial se estão disponíveis e solicitar a montagem do kit a ser utilizado para o procedimento.

PREPARO ESPECÍFICO

Cirurgias de catarata (facoemulsificação, facectomia, catarata congênita, facotrec):

- Providenciar e testar microscópio cirúrgico;
- Providenciar e ligar aparelho de facoemulsificação;
- O reuso do cassete do aparelho Infinity e a troca de suas extensões estão descritos no processo EH-RE.T17 – CASSETE INFINITY - FACOEMULSIFICAÇÃO do manual do Grupo para Recomendação sobre Reuso de Artigos de Uso Único ([grupo_reuso.pdf](#)).

Cirurgia do glaucoma:

- Verificar na Farmácia se há disponível tubo de drenagem (hamed ou de molteno);
- Cirurgias de ciclofoto ou ciclocrio, verificar aparelho e ponteiras.

Cirurgia de Trabeculectomia:

- Providenciar e testar microscópio cirúrgico;
- Verificar na Farmácia do CC Ambulatorial se foi entregue pela Farmácia de quimioterapia a seringa contendo solução de Mitomicina.

Cirurgia de pterígio e de tumor de conjuntiva:

- Providenciar e testar microscópio, presença de gás nitroso e aparelho de Crio com cabo.

Cirurgia de vias lacrimais:

- Providenciar e testar aspirador cirúrgico;
- Verificar na Farmácia do CC Ambulatorial se foi entregue pela Farmácia de quimioterapia a seringa contendo solução de Mitomicina.

Cirurgias de retina:

- Providenciar e testar microscópio cirúrgico;
- Providenciar e ligar aparelho Accurus, aparelho laser, aparelho de facoemulsificação, gás N50, aparelho de Crio, aparelho de diatermia, oftalmoscópio indireto, conforme determinado no protocolo de cirurgia de retina.

	Grupo responsável pela elaboração Rosaura A. de A. Faria, Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P38

PROTOCOLO DE PREPARO DAS CIRURGIAS DE RETINA

VITRECTOMIA POSTERIOR			
Equipamentos em sala			
• Accurus • Laser • Microscópio • Oxímetro	• Mesa auxiliar • Mesa Mayo • Nebulizador do O₂	• Torpedo de Crio • Torpedo de Nitrogênio (super seco) • Torpedo pequeno de CF6	
Materiais da CME		Materiais da Farmácia	
• Suporte da lente, “pezinho” • Assepsia catarata • Avental de 01 • Avental de 02 • Bipolar • Caixa de retina • Compasso • Cúpula • Endodiatermia • Esclerótomo • Extensão injetora de óleo • Fibra laser • Fibra óptica • Flauta • Kit de vitrectomia: ponta de vitre (1500, 2500 ou 23G), troca de ar, manter, plugs (dourado e prateado), cânula de silicone rosa • Lente miniquad • PIC (esclerótomo com ponta torta) • Caneta do Accurus com extensão • Uso de 23G: ○ Ponta de vitre 23G, endodiatermia 23G (única), manter 23G, cânula de silicone 23G, trocater e lanceta, plugs (preto)		• 01 abocath 20 (rosa) • 01 ampola de adrenalina (para BSS) • 01 cabo e lâmina 15 • 01 cânula de irrigação avulsa • 01 metilcelulose • 01 micropore estéril • 01 óleo de silicone • 01 pacote de compressa grande • 01 pacote de gaze • 01 perfluorooctano • 01 triacinaolona • 01 agulhas 13,5 x 4 • 02 agulhas 25x7 • 02 ampolas de atropina (quando for cirurgia local, reservar na sala devido à bradicardia do paciente; administrar somente ACM) • 02 pacotes de cotonetes • 02 seringas de 5 ml BSS • Campo oftalmo descartável • Colírios: anestésico, fenilefrina e mydriacil • Dexametasona • Equipos (para punção venosa e para irrigação de BSS na cirurgia) • Extensão para oxigênio • Fio vicryl 7.0 c/a • Indocianina verde • Marcaína 0,75% s/vaso • Povidine tópico • Rupivacaína • Sonda de aspiração (quando usar o gás CF6) com seringa de 1 ml ou de 20 ml • Xilocaína 2% com vaso	

	Grupo responsável pela elaboração Rosaura A. de A. Faria, Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P38

RETINOPEXIA

Equipamentos em sala

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Diatermia • Oftalmoscópio indireto • Oxímetro | <ul style="list-style-type: none"> • Mesa auxiliar • Mesa Mayo | <ul style="list-style-type: none"> • Nebulizador do O₂ • Torpedo de Crio • Torpedo pequeno CF6 |
|---|--|--|

Em geral, não usa microscópio, no entanto pode haver solicitação pelo docente responsável pela cirurgia

Materiais da CME	Materiais da Farmácia
• Assepsia da catarata • Avental de 01 • Avental de 02 • Cabo de Crio • Cabo de diatermia com ponteira • Caixa de retina da casa: ○ 856 ou ○ 857 = ganchos e skepens • Cúpula • Lente branca 20 (de preferência), existe também a lente amarela • “Tubinho”	• 01 agulha 13,5 x 4 • 01 agulha 25 x 7 • 01 cabo e lâmina 15 • 01 cânula de irrigação avulsa • 01 lâmina 11 • 01 micropore estéril • 01 sonda de aspiração 12 (para Crio) • 01 sonda de aspiração 14 se for usar o gás CF6 • 02 ampolas de atropina (quando for cirurgia local, reservar na sala devido à bradicardia do paciente; administrar somente ACM) • 02 pacotes de compressa grande • 02 pacotes de gaze • 02 pacotes de cotonetes • BSS ou SF 0,9% (confirmar) • Buckle (pneu de silicone) • Campo oftalmo descartável • Colírios: anestésico, fenilefrina e mydriacil • Extensão para oxigênio • Faixa de silicone • Fio algodão 2-0 ou 3-0 sem agulha • Fio mersilene 5-0 com agulha • Fio vicryl 7.0 c/a • Marcaína 0,75% s/vaso • Rupivacaína • Xilocaína 2% com vaso

ASSISTÊNCIA NO INTRAOPERATÓRIO

Os cuidados gerais para assistência ao paciente da oftalmologia no Centro Cirúrgico Ambulatorial e Eletivo estão descritos no processo CC.P6 - ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA SALA OPERATÓRIA (DA CHEGADA DO PACIENTE EM SALA ATÉ A DESMONTAGEM DA SO) do Manual do Centro Cirúrgico ([centro_cirurgico.pdf](#))

Todos os pacientes de cirurgia oftalmológicas devem ter:

- Acesso venoso mantido com soro fisiológico 100ml;

	Grupo responsável pela elaboração Rosaura A. de A. Faria, Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P38

- Oxigenoterapia com nebulização contínua a 3 lt/m;
- Monitorização por cardioscópio ou oxímetro.

Antes da antisepsia do local cirúrgico, instilar 3 gotas de colírio anestésico.

Após antisepsia do local cirúrgico, instilar 2 gotas de colírio de iodo-povidona a 2,5%.

Não são mais utilizados baroftamos (pesinhos). Quando necessário, o oftalmologista faz manobra sobre o olho anestesiado.

Nas cirurgias com uso de equipamento de facoemulsificação, a enfermagem deve atenção ao manuseio delicado das canetas e ponteiros do aparelho. Observar e comunicar o médico antes do término da solução salina BSS, pois a cirurgia deve ser interrompida para efetuar a troca da solução.

A equipe de enfermagem deve estar atenta a queixas do paciente, principalmente falta de ventilação pelo campo cirúrgico.

AO TÉRMINO DA CIRURGIA

Desligar todos os equipamentos.

A CCIH recomenda que todos os instrumentais permanentes utilizados (particulares ou não) sejam limpos, preparados e esterilizados conforme as boas práticas validadas para o HC, na CME.

Quando utilizado facoemulsificador infinity trocar a extensão entre as cirurgias e o cassete ao final do turno.

Quando utilizado o parêlho Accurus, lavar o cassete de drenagem entre as cirurgias. Trocar a cada 10 usos.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, Anestesistas, Laboratório De Patologia Clínica, Imaginologia, ECG

	Grupo responsável pela elaboração Rosaura A. de A. Faria, Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P39

7. ENFERMARIA DE OFTALMOLOGIA

OFT.P39 – INTERNAÇÃO DO PACIENTE DA OFTALMO NA ENFERMARIA

CONDUTA DE INTERNAÇÃO

A conduta de internação para tratamento clínico ou cirúrgico é determinada pelo médico docente ou contratado, após avaliação do caso.

LEITOS DA OFTALMOLOGIA

A oftalmologia dispõem de 6 leitos, distribuídos no 5º e 6º andar, conforme a grade de distribuição de leitos por especialidade do HC.

INTERNAÇÃO ELETIVA

São pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral.

Na data agendada da internação, o paciente comparece à recepção 2 da Oftalmo, com o impresso de solicitação de internação.

A enfermagem deve localizar o R1 escalado na subespecialidade, entregando-lhe o prontuário e o impresso de solicitação.

O residente deve verificar disponibilidade de leito da Oftalmo para internação do paciente. Caso não disponível, deve tentar empréstimo de leito de outra especialidade. Não sendo possível, a cirurgia deve ser reagendada, conforme disponibilidade na agenda cirúrgica.

Havendo a vaga, o residente deve preencher a documentação necessária para a internação e encaminhar o paciente para o Setor de Internação, para trâmites administrativos. Os passos seguintes seguem o descrito no Manual de Processos de Trabalho da Enfermaria.

INTERNAÇÃO DE URGÊNCIA

São pacientes que necessitam de internação para tratamento clínico ou cirúrgico, em caráter de emergência / urgência.

Após a discussão do caso com o docente ou médico contratado, o residente verifica a disponibilidade de leito da Oftalmo ou empréstimo de leito de outra especialidade. Não havendo disponibilidade de leito, o residente deve fazer contato com a equipe médica da UER para expor o caso e solicitar permanência do paciente na emergência, até que seja conseguido um leito para acomodá-lo.

Havendo a vaga, o residente deve preencher a documentação necessária para a internação e encaminhar o paciente para o Setor de Internação, para trâmites administrativos. Os passos seguintes seguem o descrito no Manual de Processos de Trabalho da Enfermaria.

	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: Jacques Gama Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P39

AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO DO PACIENTE INTERNADO PELA OFTALMOLOGIA

No início da manhã, o residente responsável pela enfermaria deve fazer a prescrição dos pacientes internados pela oftalmologia.

Diariamente, os pacientes são avaliados no ambulatório de Oftalmo, pela equipe médica da subespecialidade responsável pela internação. A equipe de enfermagem da enfermaria deve trazer o paciente ao ambulatório, mediante a solicitação médica, onde serão realizados os exames necessários em equipamentos específicos. Caso necessário, a prescrição do dia será alterada.

Os demais passos do processo de internação e alta seguem a rotina descrita no Manual de Processos de Trabalho da Enfermaria.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
CC, CCA, DAMPE, Laboratório de Patologia Clínica, Imaginologia

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Ana Paula A Oliveira Costa, Neusa Heli Z. dos Santos		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: Dr. Luis Gustavo O. Cardoso	Nome: Jacques Gama
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P40

8. NÚCLEO DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA E PROJETO CATARATA

OFT.P40 – FUNCIONAMENTO DO NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE CEGUEIRA E PROJETO CATARATA

Em abril de 1986 foi criado o Núcleo de Prevenção de Cegueira, com o intuito de congregiar pessoas e esforços dirigidos à prevenção de deficiências visuais. É um centro multidisciplinar para discussão e formalização de propostas de atuação, orientação, execução e avaliação de programas comunitários extra muros, com objetivo primordial de desenvolver modelos de atendimento oftalmológico. Promove junto aos alunos da FCM atividades em prevenção de cegueira e participação em projetos comunitários.

O Núcleo de Prevenção de Cegueira tem contribuído, efetiva e praticamente, em vários setores:

- Formação de residentes de oftalmologia da UNICAMP, proporcionando sua participação em atividades comunitárias assistenciais, como membros de equipes de treinamento;
- Treinamento de auxiliares de saúde da rede primária, em patologias mais frequentes, urgências e medida da acuidade visual;
- Realização de campanhas comunitárias de detecção e tratamento dos casos encontrados;
- Compilação de dados e análise estatística dos trabalhos realizados;
- Contatos científicos com autoridades locais e internacionais envolvidas em prevenção de cegueira.

A característica básica de atuação da Oftalmologia da UNICAMP é a de levantar os problemas existentes, detectar os pacientes necessitados de atendimento, oferecer tratamento clínico e/ou cirúrgico aos casos necessitados, desenvolver material educativo nos diversos setores da prevenção da cegueira, atuar no treinamento de profissionais que permaneçam nas áreas estudadas, dando continuidade ao trabalho iniciado, atuar como agente catalizador dos recursos existentes, para se desenvolver programas integrados de promoção da saúde. Em momento algum se tenta competir ou prejudicar qualquer atividade médica já existente nas áreas envolvidas mas, sim, somar esforços e trocar experiências, para que a população seja beneficiada.

PROJETO CATARATA

A meta de uma campanha de “Erradicação de Catarata” é determinar e eliminar a demanda reprimida de catarata em uma área desassistida de serviços médicos. Expressa em termos mensuráveis, a meta de uma campanha é reduzir, dentro de um determinado

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P40

período de tempo e em uma área bem delineada, a demanda reprimida de deficiência visual causada por catarata.

A operacionalização é uniforme em todas as cidades:

- Contato prévio com as autoridades locais e grande envolvimento da comunidade;
- Campanha publicitária educativa;
- Divulgação do método de autotriagem;
- Fixação de datas e locais para reteste da acuidade visual e exame dos casos positivos - vários centros de triagem urbanos e rurais, dependendo das características do município;
- Acesso gratuito a todas as fases do projeto - comprometimento da prefeitura local;
- Retaguarda com prioridade para os pacientes do projeto;
- Supervisão constante de todas as fases pela equipe da UNICAMP.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Utilizar Precauções Padrão se houver risco de contato com sangue e fluidos corpóreos: luvas de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção.
ÁREAS ENVOLVIDAS
DAMPE, FCM

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P41

9. ENSINO E PESQUISA DA OFTALMOLOGIA

OFT.P41 – ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA DA OFTALMOLOGIA

RESIDÊNCIA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA

A meta da Disciplina é formar o especialista com uma visão ampla dos problemas de saúde na área oftalmológica dando tanto ênfase na atuação curativa como na preventiva. A atuação em projetos comunitários coloca o nosso residente de frente com a realidade da população sendo de fundamental importância no seu futuro comportamento enquanto médico.

Número de vagas / ano: 13

Duração: 03 anos

Atividades Dos Residentes

- Participação em todos os ambulatórios da clínica;
- Atendimento dos casos de urgência;
- Plantão 24 horas diárias;
- Visitas à enfermaria;
- Cirurgias de rotina e urgência;
- Reuniões científicas diárias;
- Cirurgia experimental;
- Estágio oficial no Hospital satélite de Divinolândia;
- Participação em eventos científicos;
- Participação em pesquisas científicas;
- Participação nas atividades comunitárias do Núcleo de Prevenção da Cegueira;
- Captação de olhos através do Banco de Olhos da UNICAMP .

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM OFTALMOLOGIA

O Curso de pós-graduação em Oftalmologia propõe priorizar a pesquisa em oftalmologia na identificação e solução dos problemas visuais junto à comunidade através de projetos adequados à realidade brasileira atual. Prevenção e reabilitação visual constituem também propostas básicas. Para atender à vasta gama de interesses de uma oftalmologia em constante evolução, são enfatizados estudos que visam desenvolver novas ideias e novas técnicas nas áreas de clínica e cirurgia.

CURSOS PROMOVIDOS PELA DISCIPLINA

Com o objetivo de promover educação continuada, a Disciplina de Oftalmologia oferece, regularmente, cursos destinados a atualização dos oftalmologistas, alunos de escolas

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P41

médicas e médicos generalistas ou de especialistas afins. Relacionamos abaixo os cursos oferecidos, periodicamente, pela disciplina.

SEMINÁRIO OFTALMOLÓGICO DA UNICAMP

Criado para colaborar com a Disciplina de Oftalmologia nas áreas de pesquisa, ensino, assistência médica, técnicas administrativas, operacionais e industriais, o seminário é uma entidade sem fins lucrativos, de natureza filantrópica. Estimula pesquisa, ensino e assistência através de apoio material. Patrocina e estimula o desenvolvimento de novos produtos, materiais, aparelhos, instrumentos cirúrgicos, sistemas e procedimentos. Promove cursos, simpósios, congressos e similares. Patrocina e divulga publicações científicas e técnicas. Institui bolsas de estudo e estágio, e promove campanhas educativas na comunidade.

SERVIÇO SATÉLITE DE OFTALMOLOGIA - HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLÂNDIA

Hospital de referência da região (16 municípios) para casos clínicos e cirúrgicos em oftalmologia, da rede primária, aparelhado para realizar exame oftalmológico completo e cirurgias oculares. O atendimento é realizado por oftalmologistas da Disciplina de Oftalmologia em convênio com a UNICAMP. Anexo ao Hospital Regional funciona o Banco de Óculos, para retaguarda da clínica onde os pacientes recebem os óculos prescritos, a um preço simbólico ou doados pelo município.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS ENVOLVIDAS
FCM

	Grupo responsável pela elaboração Denise Fornazari de Oliveira		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P42

10. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DA OFTALMOLOGIA

OFT.P42 – ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

RELACIONADAS AO TRANSPLANTE DE CÓRNEA

- Orientar os paciente sobre os trâmites administrativos;
- Incluir pacientes em lista;
- Acompanhar o processo de disponibilização das córneas;
- Convocar o paciente para realização do transplante;
- Solicitar transporte da córnea;
- Informar o ABTO, via sistema, sobre o procedimento realizado;
- Fazer o fechamento do processo de transplante de córnea;
- Incluir e excluir médicos transplantadores;
- Auxiliar no credenciamento periódico do programa de transplante de córnea do HC, junto ao Sistema Nacional de Transplante.

SOLICITAÇÃO E CONTROLE DE KITS CIRÚRGICOS DE CATARATA, RETINA

- Até o dia 15 de cada mês, mediante programação cirúrgica, verificar kits disponíveis e solicitar aquisição ao Almoxarifado, com cópia para a Divisão de Suprimentos, adequando o pedido à verba disponível.
- Monitorar o processo de aquisição frente ao prazo de entrega e eventuais dificuldades na aquisição.
- Com a entrega dos kits, a farmácia do CCA deve distribuir os kits, de acordo com a listagem dos pacientes agendados, e enviar a listagem dos materiais restantes para controle do Ambulatório da Oftalmologia.

CONTROLE DAS LENTES DE CONTATO DOADAS AO HC

- Elaborar e encaminhar pedido de doação das lentes receitadas pela equipe;
- Havendo a doação, convocar o paciente para retirada;
- Controlar as caixas de testes de lente para evitar extravios.

ORGANIZAÇÃO E LOGÍSTICA DOS CURSOS E SEMINÁRIOS DA OFTALMOLOGIA

- Disponibilizar, em sistema, a grade de programação dos eventos semanais da Oftalmologia, com tema, professor, data/horário, sub-especialidade e local, podendo ser:
 - Reunião científica;
 - Discussão de casos e artigos;
 - Seminários;
 - Clube de revista;
 - Aulas de graduação;

	Grupo responsável pela elaboração Eliana Pinheiro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
PROCESSOS DE TRABALHO OU PROTOCOLOS DE COMPETÊNCIA DA ÁREA			OFT.P42

- Defesas de tese e qualificação.
- Providenciar coffee break e infraestrutura para os eventos
- Anualmente, auxiliar na organização do curso básico de extensão para residentes da Oftalmologia (internos e externos), jornada paulista de oftalmologia da Unicamp/USPRP/Unesp e, a cada 2 anos, o congresso internacional de glaucoma.

CONTROLE ADMINISTRATIVO DOS PROJETOS DE SAÚDE OCULAR PARA ADULTOS E CRIANÇAS

- Fazer contato com as prefeituras, junto à EPTV, explicando as diretrizes do projeto, proposta de parceria com o município e população a ser atendida;
- Visitar os locais onde serão realizados eventos e planejar a logística de atendimento, com a parceria da equipe da cidade;
- Organizar as escalas de médicos e profissionais de saúde para o atendimento;
- Solicitar transporte, alimentação e material de consumo à prefeitura da cidade;
- Selecionar os mobiliários, equipamentos, impressos e material de identificação que serão levados para a cidade;
- Após o evento, elaborar as estatísticas de atendimento, informando-as para o município.

RELACIONADAS AO CONTROLE DE MATERIAIS, INSUMOS E INFRAESTRUTURA

- Fazer pedidos de almoxarifado e solicitação de compra eventual;
- Fazer pedidos de manutenção predial, de equipamentos (CEB e CEMEQ).

CONTROLE E TRÂMITE DE DOCUMENTOS

- Encaminhar os processos administrativos;
- Elaborar ofícios e comunicações internas;
- Controlar e distribuir documentos de recursos humanos;
- Acompanhar os projetos de pesquisa para os trâmites junto à Superintendência, CEP e órgãos financiadores;
- Elaborar pautas e atas de reuniões.

ORGANIZAÇÃO DAS CONFRATERNIZAÇÕES DA OFTALMOLOGIA,

- Auxiliar na organização por meio de solicitação de orçamentos e doações, providenciando a divulgação e preparo da área física.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO
Não se aplica
ÁREAS ENVOLVIDAS
DS, DRH, Almoxarifado, FCM, Banco de olhos, CCA, Farmácia, fornecedores

	Grupo responsável pela elaboração Eliana Pinheiro		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS			OFT.A1

ANEXOS

OFT.A1 - NORMAS, PORTARIAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS QUE EMBASAM O FUNCIONAMENTO DA ÁREA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - CONJUNTIVA, CÓRNEA E ESCLERA

- 1- Basic and Clinical Science Course – External Disease and Cornea. American Academy of Ophthalmology San Francisco, CA, 1998.
- 2- Burstein, NL. Corneal cytotoxicity of topically applied drugs, vehicles and preservatives. Surv. Ophthalmol 25:15-30, 1980.
- 3- Stern, GA, Shemmer, GB, Faaber, RD. Effect of topical antibiotic solutions on corneal epithelial wound healing. Arch Ophthalmol 101:644-7, 1983.
- 4-Thygeson P. Superficial punctate keratitis. JAMA 144:1544, 1960
- 5-Smolín G, Thoft RA (eds), The Cornea, 3rd ed, Boston: Little, Brown and Co., 1994.
- 6-Belfort Jr R, Kara José N. Córnea clínica-cirúrgica. São Paulo: Roca, 1996.
- 7- Lima, ALH; Dantas, MCN; Alves, MR- Doenças Externas Oculares e Córnea, vol.1, Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: CIBA Vision: CBO, 1999.
- 8- Alves, MR; Kara-José, N- Conjuntiva Cirúrgica, vol.1, São Paulo: Roca, 1999.
- 9- Adler's – Physiology of the eye – Clinical Application, Saint Louis: Mosby Company, 1980.
- 10- Scarpi, MJ; Campos, MSQ; Lima, ALH- Condutas terapêuticas em oftalmologia. São Paulo: Roca, 1999
- 11- Gryson, M- Diseases of the Córnea, 2nd ed, St. Louis: Mosby Company, 1985.
- 12- Garrity, JA & Liesegang TJ – Ocular complications of atopic dermatitis. Can J Ophthalmol, 1984; 19 (1) :21-24.
- 13- Miller MS; MacCarver DG; Bell DA; Eaton DL; Goldstein JA – Genetic polymorphisms in human drug metabolic enzymes. Fundam Appl Toxicol. 1997; 40 (1): 1-14. Review.
- 15- Ihalainen A; Salo T; Forsius H; Peltonen L – Increase in type I and type IV collagenolytic activity in primary cultures of keratoconus cornea. Eur J Clin Invest. 1986; 16 (1):78-84.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – TRANSPLANTE DE CÓRNEA

1. Basic and Clinical Science Course – External Disease and Cornea. American Academy of Ophthalmology San Francisco, CA, 1998.
- 2- Burstein, NL. Corneal cytotoxicity of topically applied drugs, vehicles and preservatives. Surv. Ophthalmol 25:15-30, 1980.
- 3- Stern, GA, Shemmer, GB, Faaber, RD. Effect of topical antibiotic solutions on corneal epithelial wound healing. Arch Ophthalmol 101:644-7, 1983.
- 4-Thygeson P. Superficial punctate keratitis. JAMA 144:1544, 1960
- 5-Smolín G, Thoft RA (eds), The Cornea, 3rd ed, Boston: Little, Brown and Co., 1994.
- 6-Belfort Jr R, Kara José N. Córnea clínica-cirúrgica. São Paulo: Roca, 1996.
- 7- Lima, ALH; Dantas, MCN; Alves, MR- Doenças Externas Oculares e Córnea, vol.1, Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: CIBA Vision: CBO, 1999.
- 8- Alves, MR; Kara-José, N- Conjuntiva Cirúrgica, vol.1, São Paulo: Roca, 1999.
- 9- Adler's – Physiology of the eye – Clinical Application, Saint Louis: Mosby Company, 1980.
- 10- Scarpi, MJ; Campos, MSQ; Lima, ALH- Condutas terapêuticas em oftalmologia. São Paulo: Roca, 1999
- 11- Gryson, M- Diseases of the Córnea, 2nd ed, St. Louis: Mosby Company, 1985.
- 12- Garrity, JA & Liesegang TJ – Ocular complications of atopic dermatitis. Can J Ophthalmol, 1984; 19 (1) :21-24.
- 13- Miller MS; MacCarver DG; Bell DA; Eaton DL; Goldstein JA – Genetic polymorphisms in human drug metabolic enzymes. Fundam Appl Toxicol. 1997; 40 (1): 1-14. Review.
- 14- Ihalainen A; Salo T; Forsius H; Peltonen L – Increase in type I and type IV collagenolytic activity in primary cultures of keratoconus cornea. Eur J Clin Invest. 1986; 16 (1):78-84.
- 15- Kara-José, N et al- Doenças da Córnea e Conjuntiva. Cultura Médica RJ, 2007.

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS			OFT.A1

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - DEFICIÊNCIA LIMBAR, CERATOCONJUNTIVITES CICATRICIAIS

1. De Roth A. Plastic repair of conjunctival defects with fetal membrane. Arch Ophthalmol 1940;23:522-5.
2. Sorsby A, Haythorne J, Reed H. Amniotic membrane grafts in caustic soda burns. Br J Ophthalmol 1947;31:401-4.
3. Kim JC, Tseng SCG. Transplantation of preserved human amniotic membrane for surface reconstruction in severely damaged rabbit corneas. Cornea 1995;14:473-84.
4. Shimazaki J, Yang Hy, Tsubota K. Amniotic membrane transplantation for ocular surface reconstruction in patients with chemical and thermal burns. Ophthalmology 1997;104:2068-76.
5. Shimazaki J, Shinozaki N, Tsubota K. Transplantation of membrane and limbal autograft for patient with recurrent pterygium associated with symblepharon. Br J Ophthalmol 1998;82:235-40.
6. Kim JC, Tseng SCG. The effects on inhibition of corneal neovascularization after human amniotic membrane transplantation in severely damage rabbit corneas. Korean J. Ophthalmol 1995;9:1, 32-46.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - ESTRABISMO

1. McCulloch DL, Skarf B. Development of the human visual system: monocular and binocular pattern VEP latency. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 1991 Jul;32(8):2372-2381.
2. Donahue SP. Clinical practice. Pediatric strabismus. N. Engl. J. Med. 2007 Mar 8;356(10):1040-1047.
3. Rutstein RP. Contemporary issues in amblyopia treatment. Optometry. 2005 Out;76(10):570-578.
4. Scott WE, Kutschke PJ, Keech RV, Pfeifer WL, Nichols B, Zhang L. Amblyopia treatment outcomes. J AAPOS. 2005 Abr;9(2):107-111.
5. Wutthiphan S. Guidelines for prescribing optical correction in children. J Med Assoc Thai. 2005 Nov;88 Suppl 9:S163-169.
6. Bateman JB, Parks MM, Wheeler N. Discriminant analysis of acquired esotropia surgery. Predictor variables for short- and long-term outcomes. Ophthalmology. 1983 Out;90(10):1154-1159.
7. Uretmen O, Kose S, Oztas Z, Egrilmez S. Factors influencing stereoacuity in refractive accommodative esotropia. Can. J. Ophthalmol. 2007 Ago;42(4):600-604.
8. Fresina M, Schiavi C, Campos EC. Do bifocals reduce accommodative amplitude in convergence excess esotropia? Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol [Internet]. 2010 Jun 4 [citado 2010 Ago 20];Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20524131>
9. Brazis PW. Isolated palsies of cranial nerves III, IV, and VI. Semin Neurol. 2009 Fev;29(1):14-28.
10. Metz HS. Restrictive factors in strabismus. Surv Ophthalmol. 1983 Out;28(2):71-83.
11. Fawcett SL. Disruption and reacquisition of binocular vision in childhood and in adulthood. Curr Opin Ophthalmol. 2005 Out;16(5):298-302.
12. Sundaram V, Haridas A. Adjustable versus non-adjustable sutures for strabismus. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(1):CD004240.
13. Suzanne Véronneau-Troutman. Prisms in the medical and surgical management of strabismus. United States of America: Mosby-Year Book; 1994.
14. Gruzensky WD, Palmer EA. Intractable diplopia: a clinical perspective. Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. 1988;226(2):187-192.
15. Kao LY, Chao AN. Subtenon injection of botulinum toxin for treatment of traumatic sixth nerve palsy. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2003 Fev;40(1):27-30.
16. Richardson S, Gnanaraj L. Interventions for intermittent distance exotropia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003737.
17. Hatt S, Gnanaraj L. Interventions for intermittent exotropia. Cochrane Database Syst Rev. 2006;3:CD003737.
18. Rowe FJ, Noonan CP. Botulinum toxin for the treatment of strabismus. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD006499.
19. Ting PT, Freiman A. The story of Clostridium botulinum: from food poisoning to Botox. Clin Med. 2004 Jun;4(3):258-261.
20. Crouch ER. Use of botulinum toxin in strabismus. Curr Opin Ophthalmol. 2006 Out;17(5):435-440.
21. Mets MB, Beauchamp C, Haldi BA. Binocularity following surgical correction of strabismus in adults. Trans Am Ophthalmol Soc. 2003;101:201-205; discussion 205-207.
22. Jackson S, Harrad RA, Morris M, Rumsey N. The psychosocial benefits of corrective surgery for adults with strabismus. Br J Ophthalmol. 2006 Jul;90(7):883-888.
23. Coats DK, Paysse EA, Towler AJ, Dipboye RL. Impact of large angle horizontal strabismus on ability to obtain employment. Ophthalmology. 2000 Fev;107(2):402-405.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011 SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS			OFT.A1

24. Mills MD, Coats DK, Donahue SP, Wheeler DT. Strabismus surgery for adults: a report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology. 2004 Jun;111(6):1255-1262.
25. Merrill K, Satterfield D, O'Hara M. Strabismus surgery on the elderly and the effects on disability. J AAPOS. 2010 Abr;14(2):196-198.
26. Birch EE, Wang J. Stereoacuity outcomes after treatment of infantile and accommodative esotropia. Optom Vis Sci. 2009 Jun;86(6):647-652.
27. Mitchell PR. Ocular torticollis. Trans Am Ophthalmol Soc. 1999;97:697-769.
28. Caldeira JAF. V-pattern esotropia: a review; and a study of the outcome after bilateral recession of the inferior oblique muscle: a retrospective study of 78 consecutive patients. Binocul Vis Strabismus Q. 2003;18(1):35-48; discussion 49-50.
29. Marshall M. Parks. Rectus Muscle Surgery. In: Atlas of Strabismus Surgery. Philadelphia, Pennsylvania: Harper & Row Publishers; 1983. p. 103-131.
30. Eijzenbaum F, Pinto JRF, Souza-Dias CR, Goldchmit M. Treatment outcomes in VI nerve palsy corrected by Carlson & Jampolsky technique. Arq Bras Oftalmol. 2007 Dez;70(6):967-970.
31. Wright KW, Hwang JM. Surgical techniques of strabismus. Curr Opin Ophthalmol. 1993 Nov;4(5):19-24.
32. Ing M, Costenbader FD, Parks MM, Albert DG. Early surgery for congenital esotropia. Am. J. Ophthalmol. 1966 Jun;61(6):1419-1427.
33. Ing MR. The timing of surgical alignment for congenital (infantile) esotropia. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1999 Abr;36(2):61-68; quiz 85-86.
34. Wong AMF. Timing of surgery for infantile esotropia: sensory and motor outcomes. Can. J. Ophthalmol. 2008 Dez;43(6):643-651.
35. The clinical spectrum of early-onset esotropia: experience of the Congenital Esotropia Observational Study. Am. J. Ophthalmol. 2002 Jan;133(1):102-108.
36. McNeer KW, Tucker MG, Spencer RF. Management of essential infantile esotropia with botulinum toxin A: review and recommendations. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2000 Abr;37(2):63-67; quiz 101-102.
37. Rutstein RP. Update on accommodative esotropia. Optometry. 2008 Ago;79(8):422-431.
38. Mulvihill A, MacCann A, Flitcroft I, O'Keefe M. Outcome in refractive accommodative esotropia. Br J Ophthalmol. 2000 Jul;84(7):746-749.
39. Holmes JM, Beck RW, Kip KE, Droste PJ, Leske DA. Botulinum toxin treatment versus conservative management in acute traumatic sixth nerve palsy or paresis. J AAPOS. 2000 Jun;4(3):145-149.
40. Abroms AD, Mohny BG, Rush DP, Parks MM, Tong PY. Timely surgery in intermittent and constant exotropia for superior sensory outcome. Am. J. Ophthalmol. 2001 Jan;131(1):111-116.
41. Coffey B, Wick B, Cotter S, Scharre J, Horner D. Treatment options in intermittent exotropia: a critical appraisal. Optom Vis Sci. 1992 Maio;69(5):386-404.
42. Vishnoi SK, Singh V, Mehra MK. Role of occlusion in treatment of intermittent exotropia. Indian J Ophthalmol. 1987 Ago;35(4):207-210.
43. Kushner BJ. Selective surgery for intermittent exotropia based on distance/near differences. Arch. Ophthalmol. 1998 Mar;116(3):324-328.
44. Elliott RL, Nankin SJ. Anterior transposition of the inferior oblique. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1981 Jun;18(3):35-38.
45. Santiago AP, Isenberg SJ, Apt L, Roh YB. The effect of anterior transposition of the inferior oblique muscle on ocular torsion. J AAPOS. 1997 Dez;1(4):191-196.
46. Bardorf CM, Baker JD. The efficacy of superior oblique split Z-tendon lengthening for superior oblique overaction. J AAPOS. 2003 Abr;7(2):96-102.
47. Lee SY, Rosenbaum AL. Surgical results of patients with A-pattern horizontal strabismus. J AAPOS. 2003 Ago;7(4):251-255.
48. Quinn AG, Kraft SP, Day C, Taylor RS, Levin AV. A prospective evaluation of anterior transposition of the inferior oblique muscle, with and without resection, in the treatment of dissociated vertical deviation. J AAPOS. 2000 Dez;4(6):348-353.
49. Engman JH, Egbert JE, Summers CG, Young TL. Efficacy of inferior oblique anterior transposition placement grading for dissociated vertical deviation. Ophthalmology. 2001 Nov;108(11):2045-2050.
50. Thompson WE, Reinecke RD. The changes in refractive status following routine strabismus surgery. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1980 Dez;17(6):372-374.
51. Awad AH, Mullaney PB, Al-Hazmi A, Al-Turkmani S, Wheeler D, Al-Assaf M, et al. Recognized globe perforation during strabismus surgery: incidence, risk factors, and sequelae. J AAPOS. 2000 Jun;4(3):150-153.
52. Kivlin JD, Wilson ME. Periocular infection after strabismus surgery. The Periocular Infection Study Group. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1995 Fev;32(1):42-49.

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS			OFT.A1

53. Saunders RA, Bluestein EC, Wilson ME, Berland JE. Anterior segment ischemia after strabismus surgery. *Surv Ophthalmol.* 1994 Abr;38(5):456-466.
54. Plager DA, Parks MM. Recognition and repair of the "lost" rectus muscle. A report of 25 cases. *Ophthalmology.* 1990 Jan;97(1):131-136; discussion 136-137.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – GENÉTICA OCULAR

1. "Genetics", in *Fundamentals and Principles of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course.* American Academy of Ophthalmology, USA; vol 183, 1999-2000.
2. Mackusick, VA. "Foreword". in Elias I. Trabulsi, *Genetic Diseases of the Eye.* New York: Oxford University Press, 1998.
3. Wiggs, JL. "Genetics and Ocular Embriology". in Yanoff M & Duker JS, *Ophthalmology.* 2nd ed. St Louis: Mosby, 2004.
4. Dias-Neto, E. "O Projeto Genoma Humano", in *Genômica.* Ed. Atheneu. 2004.
5. Rim, PH.; Ramalho, AS ; Magna, LA. "Genetics and prevention of blindness". *Arq Bras Oftalmol*, 2006. jul-ago 69(4):481-5
6. Rosemberg, T - "Epidemiology of Hereditary Ocular Disorders" in Wissinger B, Kohl, S. e Langenbeck U, *Gen Ophthalmol.* Karger, Basel, Suíça. 2003
7. Gilbert, C, Foster, A - "Childhood blindness in the context of Vision 2020 – The Right to Sight". *Bulletin of the World Health Organization*, vol 79, 2001, pp. 3
8. Jacobson, S. G., G. M. Acland, et al. (2006). "Safety of Recombinant Adeno-Associated Virus Type 2-RPE65 Vector Delivered by Ocular Subretinal Injection." *Mol Ther* 13(6): 1074-1084.
9. Resnikoff, S.; Pararajasegaram, R - "Blindness prevention programmes: past, present and future". *Bulletin of the World Health Organization*, vol 79, 2001, pp. 3.
10. Howell, N - "LHON and Other Optic Nerve Atrophies: The Mitochondrial Connection", in Wissinger B; Kohl, S e Langenbeck U - *Genetics in Ophthalmology.* Karger, Basel, Suíça. 2003.
11. "The genetics of cancer", in Mueller, RF; Young, ID. *Emery's Elements of Medical Genetics.* 11 nd ed. Livingsgtone: Churchill, 2001.
12. Singh, Arun D - *Genetic Aspects of Uveal Melanoma in Genetic Diseases of the Eye*, New York: Oxford University Press. 1998.
13. Nardi, Nance B. e Ventura, Armando M - "Terapia Gênica" in *Genômica*, Ed. Atheneu. 2004.
14. Ramalho, Antonio S. e Paiva e Silva, Roberto B - "Aconselhamento Genético, in Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo". (Maciel-Guerra, A; Guerra, G). Barueri: Manole. 2002, pp. 208-217.
15. Pinto Jr, Walter - "Diagnóstico pré-natal", in *Genômica.* Atheneu. 2004.
16. Sallum, JMF - "Aconselhamento genético", *Arq Bras Oftalmologia*, 1996; 59(3):327-329.
17. Hayflick, S; Eiff M, P "Role of Primary Care Providers in the delivery of Genetics Services". *Comm Gen*, vol. 1, 1998, pp. 18-22.
18. Hall, J; Powers, E; Ncllnane, R e Ean. V - "The frequency and familial burden of genetic disease in a paediatric hospital", *Am J Med Gen*, vol 1, 1978, pp.416-436.
19. Guttmacher AE; Jenkins, J;Uhlmann,WR - "Genomic Medicine: Who Will Practice It? A all to open arms". *Am J Med Gen*, vol. 106, 2001, pp. 216-22.
20. Greendale Karen e Pyeritz Reed E - "Empowering Primary Care Health Professionals in Medical Genetics: How Soon? How Fast? How Far?" *Am J Med Gen*, vol.106, 2001, pp. 223-32.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA - NEUROOFTALMOLOGIA

1. Marcondes AM, Macchiaverni Filho N. Paralisias oculomotoras infranucleares. In: Rodrigues-Alves CA. *Neurooftalmologia.* São Paulo, Rocca, 2000 (Série oftalmologia USP; v3).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA - VISÃO SUB NORMAL

1. COSTA, Marilisa Nano. *Oftalmologia para o Clínico/ Marilisa Nano Costa, Newton Kara-José.* Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2008
2. LIRA, Rodrigo Pessoa Cavalcanti; CARVALHO, Keila Monteiro de; ZIMMERMANN, Anita. *Guia para Aulas Práticas: Oftalmologia para Graduação em Medicina / Organizadores Rodrigo Pessoa Cavalcanti Lira, Keila Monteiro de Carvalho, Anita Zimmermann – Campinas: Editora Reverbo, 2010*
3. Site: <http://www.auxiliosopticos.fcm.unicamp.br>

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS			OFT.A1

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA - BANCO DE OLHOS

1. Resolução RDC nº 67, de 30 de setembro de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Tecidos Oculares de origem humana. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 01 de outubro de 2008
2. Portaria nº 2692, de 23 de dezembro de 2004. Define Banco de Tecidos Oculares, aprovando as Normas Gerais para sua Instalação e Cadastramento/Autorização, e dá outras providências. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 24 de dezembro de 2004

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS	OFT.A3		

OFT.A2 – DOCUMENTOS UTILIZADOS NA ÁREA



URGÊNCIA
AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA

NOME _____ IDADE _____ SEXO _____

ENDEREÇO (RUA, AV, PRAÇA, ETC.) _____

COMPLEMENTO (CASA, BLOCO, APTO, ETC.) _____ BAIRRO _____

PROFISSÃO _____

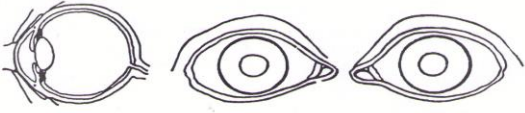
ANAMNESE _____

AV _____

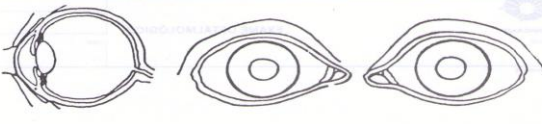
MEDICAMENTO USADO _____

BIOMICROSCOPIA _____

HD _____



TODOS OS DADOS DEVEM SER COPIADOS PARA O ORIGINAL



TONOMETRIA OD _____ DE _____ HORAS _____

CICLOPEGIA ☐ A ☐ C ☐ M ☐ P _____

REFRAÇÃO ESTATICA (DESCONTADO) _____

REFRAÇÃO DINAMICA (DESCONTADO) _____

ESFÉRICO _____ CILÍNDRICO _____ E _____ AV _____ AD _____

OD _____ DE _____

REFRAÇÃO DINAMICA (DESCONTADO) _____

ESFÉRICO _____ CILÍNDRICO _____ E _____ AV _____ AD _____

OD _____ DE _____

FO _____

HD _____

CONDIÇÃO _____

TODOS OS DADOS DEVEM SER COPIADOS PARA O ORIGINAL

AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA – PROCURA ESPONTÂNEA
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME _____ IDADE _____

HC _____ DATA ____/____/____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

ANTECEDENTES OCULARES: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS: _____

ASSINATURA _____

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A3
		Data: 30/09/2011	
ANEXOS			




RELATÓRIO MÉDICO

Emite relatório médico a pedido do paciente _____

baseado (exclusivamente) em dados de seu prontuário, HC nº _____

O mesmo iniciou acompanhamento no serviço de Oftalmologia em _____ com acuidade _____ em olho direito e _____ em olho esquerdo.

Hipótese(s) diagnóstica(s) e CID:

1 - _____

2 - _____

3 - _____

Tratamento(s) realizado(s):

1 - _____

2 - _____

3 - _____

Sendo a última avaliação em _____ com acuidade visual _____ em olho direito e _____ em olho esquerdo.

☐ continua em acompanhamento na Oftalmologia.

☐ recebeu alta ambulatorial em _____ com acuidade visual _____ em olho direito e _____ em olho esquerdo.

Prognóstico:

☐ com possibilidade de melhora da acuidade visual.

☐ sem possibilidade de melhora da acuidade visual.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo _____

HC - 11012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-
 UNICAMP
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 AMBULATÓRIO DE OFTALMO
 CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", SNº.13083 - 970
 CAMPINAS - SP/Fone/Fax (19) 3788-7396
 e-mail: oftalmo@hc.unicamp.br



TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ portador do HC nº _____, ciente da gravidade do meu quadro ocular, autorizo a equipe médica da OFTALMOLOGIA/HC/UNICAMP a realizar todos os procedimentos necessários para o meu tratamento, inclusive a evisceração (retirada do conteúdo intra-ocular) ou enucleação (retirada do globo ocular) se assim julgar necessário.

Campinas, ____ de _____ de 200__

Assinatura do Paciente _____

Assinatura do Responsável _____

Testemunha _____

Dia		ESTATÍSTICA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIOS DE ENFERMAGEM																												Mês :			
Procedimentos																																	
Irrigação Lacrimal																																	
Sub conjuntiva																																	
Angiofluoresceionografia																																	
Injeção Intramuscular																																	
Injeção Endovenosa																																	
Medicação Via Oral																																	
Pressão Arterial																																	
Lavagem Ocular																																	
Curativos																																	
Soro																																	
Coleta de Sangue																																	
Outros																																	

	Grupo responsável pela elaboração		
	Todos os autores		
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura
	Data: 30/09/2011	SST	Data: 30/09/2011
	Nome: NÃO SE APLICA	Assinatura	Assinatura

ANEXOS

[illegible]

CENSO DE OTOLOGIA
EXTERNAS - PROTOCOLO DE ÚLCERAS
CASO NOVO

N.º _____ do _____
 Nome: _____
 HC: _____ DATA: ____/____/____

IDADE _____ SEXO 1- MAS 2- FEM

RESIDÊNCIA _____
 1- Urbana 2- Rural

PROCEDÊNCIA _____
 1- Cidade
 2- Estado

INSTRUÇÃO 1- Analfabeto 3- Segundo grau
 2- Primeiro grau 4- Terceiro grau

PROFESSÃO _____
 1- Operário 4- Desempregado 7- Nível médio
 2- Construtor 5- Aposentado 8- Estudante
 3- Informal 6- Do lar 9- nível superior

FATORES PREDISPONENTES

Otológicos
 0- não 5- uso CR corlões 6- edema crônico 7- alterações cirúrgicas
 1- Fusicomica 7- alterações cirúrgicas 8- alteração sensibílidade
 2- Glaucoma 9- tx 4- oruga preta 10- outros

Cirurgia Prévia S N DATA ____/____/____
 1- Fusicomica 4- Retinal
 2- Glaucoma 5- Córnea 7-
 3- TX

Sistêmicas
 0- não 4- Doenças reumatológicas
 1- Diabetes 5- outros
 2- Imunossupressão 3- Alterações do SNC

FATORES DESACENDANTES
 0- não
 1- Trauma por vegetal 4- Não identificado
 2- Trauma inespecífico 5- Trauma Químico
 6- outros

LENTE DE CONTATO (L) S-1 N-0

TEMPO (em dias)
 1- ____ do início do quadro
 2- ____ até procura de avaliação
 3- ____ de tratamento anterior
 4- ____ do encaminhamento até chegada neste serviço

[illegible]

**DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA
EXTERNAS - PROTOCOLO DE ÚLCERAS
RETORNO**

Nº _____ Di: _____ tto _____
 Nome: _____
 HCl: _____ DATA: ____/____/____

HD

1 - Bacteriana 5 - Acaratoxmoeba
 2 - Fúngica 6 - Herpética
 3 - e ecdimera 8 - Imunológica

ADÊSÃO AO TRATAMENTO

1 - Não 3 - não compreendeu
 2 - Abandona medicação 5 - comprou
 3 - Uso irregular 6 - não encontrou 7 - outros _____

MEDICAÇÃO (em uso) - posologia (intervalo em horas)

1 - Antibiótico topico
 1 - Ceftriaxona 2 - Gentamicina 3 - Vancomicina 4 - Amoxicilina
 2 - Antibióticos 5 - Quinolona 3º 3 - Quinolona 4º
 3 - Antifúngicos 2 - Flucanazol
 1 - Antieritema 2 - Pimarolona 3 - Corticosteroide VD
 4 - Amêdicas
 1 - Siguanida 2 - Cloridrato 3 - Iodene
 5 - Antivirais 2 - Aciclovir (VD)
 6 - Hidrocortico 2 - Alopurinol
 7 - Corticoides 1 - Hidroxiol
 8 - Lubrificantes 1 - Mestimal 2 - nêo
 9 - Lubrificantes 1 - Sim 2 - 1/6
 9 - Outros _____

SINTOMAS NA PRIMEIRA CONSULTA
 melhora 2 - piora 3 - piora

ACUIDADE VISUAL (decimal) CC SC
 OU OU OU

EXAME

1 - Pálpebras
 1 - Edema 0 1 2 3 3 - Secreção 0 1 2 3
 2 - Hiperemia 0 1 2 3

2 - Conjuntiva
 1 - Edema 0 1 2 3 3 - Hemorragia 0 1 2 3
 2 - Quemesa 0 1 2 3 4 - Secreção 0 1 2 3
 3 - Epitelio 0 1 2 3

3 - Câmaras anteriores
 2 - ACA 0 1 2 3 3 - Pterício 0 1 2 3
 2 - ACA 0 1 2 3 4 - Hipópio _____

4 - Cristalinos
 1 - Faco 2 - Pseudofaco 3 - Afaco

Córnea

1 - Edema 0 1 2 3 2 - Ceratite 0 1 2 3
 3 - Sensibilidade 0 1 2 3
 4 - Vasos superficiais 0 1 2 3 3Q 3Q 3Q
 5 - Vasos profundos 0 1 2 3 3Q 3Q 3Q
 6 - Inflamação S N
 1 - Dimesas X _____
 2 - Profundidade 1 - rasa 2 - profunda
 7 - Ulceras S N
 2 - Profundidade 1 - central 2 - paracentral 3 - periférica
 4 - Borda 1 - rasa 2 - média 3 - profunda

COMPLICAÇÕES AO DECORRER DO SEGUEMENTO N=0		
1 - Helição	4 - Descompartimentação	7 - afilia
2 - Perfuração	5 - Síndromes	8 - abso
3 - Endoflexão	6 - comprometimento cristalino	9 - outros
RESULTADO FINAL DA CACTURA		
1 - Positiva 1 - ystafilo	2 - strepto	3 - pseudomona
4 - Rumenitoz	5 - levedura	6 - ameba
2 - Negativa	3 - Outros -	
Problema com material		
MEDICAÇÃO AO DECORRER DO SEGUEMENTO		
1 - Antibióticos fortificados		
2 - Cefazolina	2 - Gentamicina	3 - Vancomicina
2 - Amoxicilina	2 - Quinolona 3 ^{ra}	3 - Quinolona 4 ^{ta}
1 - Amoxicilina	2 - Pimacrina	3 - Clotrimazol
2 - Anfotericina	2 - Clonidine	3 - Brelene
4 - Amelobond	1 - Biganida	
5 - Ambriva	1 - Adicovr (pom)	2 - Adicovr (VO)
6 - Midalclos	3 - Mythiacyl	2 - Atropina
7 - Corticoides		2 - 1%
8 - Lubrificantes	1 - 5mm	0 - nao
9 - Outros		
TRATAMENTO AO DECORRER DO SEGUEMENTO		
Adjuvantes	S - N	
1 - Desespolização	S	N
2 - Desincrustação	S	N
3 - Recobrimento	S	N
4 - Transplante	S	N
5 - Descontaminação	S	N
6 - Lente	S	N
7 - Corte	S	N
8 - Outros	S	N
ULCERA FECHOU EM: S-1 N-0 D=		
MUDANÇAS DE HO DURANTE DO SEGUEMENTO S N		
HO FINAL		
1 - Bacteriana	5 - Acanthamoeba	8 - Imunológica
2 - Fúngica	6 - Herpética	10 - outros
ACUTUDE VISUAL FINAL (decimal) CC SC		
OD	OS	

COMPLICAÇÕES NO CASO NOVO **S** **O-N**

• Hefing 4 • Desmame precoce 7 • Conspimento cristalino

1 • Perfurado 5 • Sinusites

1 • Dor de dente 6 • Alimento 15-18

CULTURA ANTERIOR **S** **N**

• Positiva 1 • Strepto 3 • pseudomona

4 • flamentosa 5 • levedura 6 • ameba

7 • colite

• Negativa

Problema com material

PRÉLITO CULTURA **S** **N**

NO CASO NOVO

1 • Bacteriana 5 • Acetaminofida

3 • Flogiosa 6 • Herpético

7 • a esclerose 8 • imunológica

TRATAMENTO

Adjuvantes **S** **O-N**

1 • Amoxicilina S N D

2 • Mentrana S N D

3 • Acetaminofida S N D

4 • Aspirina S N D

5 • Enxofuracina S N D

6 • Leite S N D

7 • Cole S N D

MEDICAÇÃO

1 • Antibióticos fortificados

1 • Cafeína 2 • Gerammina 3 • Vancomicina 4 • Amicacina

1 • Amoxicilina 2 • Quinolona 3^a 3 • Quinolona 4^a

3 • Anfipirina 2 • Pimacina 3 • Citofosfato

7 • Anfipirina 2 • Pimacina 3 • Citofosfato

5 • Anfipirina 2 • Cloroxina 3 • Iroline

4 • Antibióticos

1 • Adiclor (pom) 2 • Adiclor (VO)

6 • Metidolitos

7 • Corticoides 1 • Hidrocortisona 2 • Atropina

1 • Mefenamic 2 • 1% 3 • 1%

8 • Lubrificantes 1 • Sim D • nao

9 • Outros

ENTREVISTA DOB:

REVISADO POR:

ULCERA FECHOU EM: S-1 N-0 D-_____

MUDANÇAS DE HD DURANTE DO SEGUIMENTO S-1 N-0 D-_____

HD FINAL

1 - Bacteriana	5 - Acantamoeba	8 -
2 - Fúngica	6 - Herpética	10 -

ACUIDADE VISUAL FINAL (decimal) CC SC

OD	OS
----	----

ANEXOS



INSTITUTO DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE
OFTALMOLOGIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Data: / /

Nome: _____ HC: _____

A. Queixa/Indicação:

B. Prescrição Médica:

Medicação	Horário/assinatura
☐ Diproina gotas VO agora	
☐ Diproina 1 amp EV agora	
☐ Captopril 25mg cp VO agora	
☐ Metoclorpramida 1 amp EV agora	
☐ Metilprednisolona 500mg + SF 0,9% 100ml EV em 1 hora	
☐ Acetazolamida 250mg cp VO agora	
☐ Manitol 20% ml EV em 30 min.	
☐ Outros:	
☐ Lavagem Ocular: SF 0.9% litros até pH 7,0 – 7,5 pH final:	

Colírios Glaucoma Agudo:

☐ OD ☐ OE

Horário/assinatura

☐ Dexametasona 0,1% 3 vezes, 15 em 15 min

☐ Maleato de Timolol 0,5% 1X

☐ Tartarato de Brimonidina 0,2% 1X

☐ Brinzolamida 1% 1X

Colírios para Iridotomia:

☐ OD ☐ OE

Horário/assinatura

☐ Isoptocarpine % X, de 10 em 10 min

☐ Tartarato de Brimonidina 0,2% 1X

Carimbo/assinatura Médica

C. Anotação de Enfermagem:

Carimbo/assinatura Enfermagem



Ambulatório de Oftalmologia - Biometria



Nome: _____

Anexar exame

HC: _____

Data: _____

Blc-Lo: 08 08 and 08 08

Cf 08 08 and 08 08

Observações: _____



Ambulatório de Oftalmologia - Ecografia Ocular

Nome: _____

HC: _____

Data: _____

Anexar

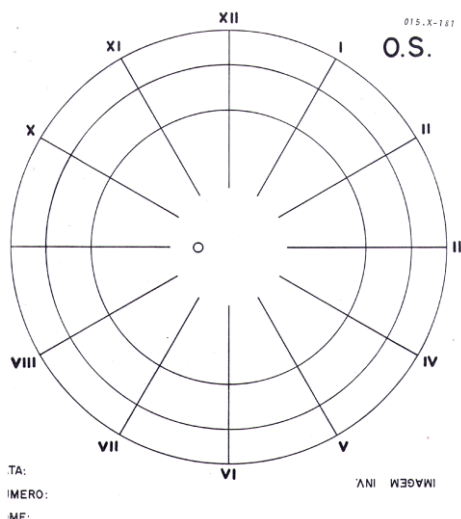
exame

Laudo do exame: _____

assinatura e carimbo

	Grupo responsável pela elaboração					
	Todos os autores					
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH	Data: 30/09/2011	SST	Data: 30/09/2011
	Nome: Dr ^a Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA	
Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	

 ANEXOS	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A3



**TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIA**

(Consentimento informado – Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/1996)

1. Autorizo a Equipe de Cirurgia de Retina da Unicamp a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
2. A Equipe de Cirurgia de Retina da Unicamp explicou-me claramente a proposta de tratamento / procedimento a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos e que complicações clínicas e cirúrgicas são possíveis, dentre elas infecções, hemorragias, inflamações e descolamento de retina.
3. Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames.

Paciente _____ Responsável _____ - Grau de Parentesco _____ RG: _____

Assinatura _____ Nome em letra de forma _____

A testemunha confirma que a assinatura é do: _____ Paciente _____ Responsável _____

Assinatura _____ Nome em letra de forma _____

RG: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou a seu responsável, o procedimento / cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas. Respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu o que expliquei. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento / cirurgia a que será submetido(a).

Dr.(a) _____

F.C.M / UNICAMP - Departamento de Oftalmologia - Otorrino
Serviço de Visão Subnormal

Campinas, ____ de ____ de ____.

Encaminhamento

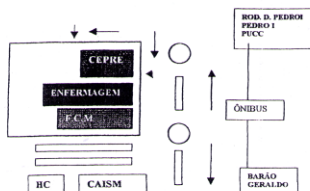
Venho por meio desta encaminhar _____
____ anos com diagnóstico de _____
para o CEPRE / UNICAMP afim de _____

Informações Complementares:

Acuidade Visual: _____
Diagnósticos Associados: _____

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM REABILITAÇÃO
GABRIEL PORTO - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEFICIÊNCIA VISUAL -
AV ADOLFO LUTZ, S/N
CENTRO UNIVERSITÁRIO - UNICAMP
PRÉDIO VERDE AO LADO DO PRÉDIO AZUL DA ENFERMAGEM
N.º 123 - CAR. AVALIAÇÃO PELO TEL: 3788 8801
FALAR COM A ASSISTENTE SOCIAL DE DEFICIÊNCIA VISUAL

Assinatura do Responsável _____



**EXAME DE
ANGIOFLUORESCENOGRÁFIA**



Nome: _____ HC: _____ Data: ____ / ____ / ____

A. Avaliação pré-exame:

Alergia: ☐ Não ☐ Sim

Doença renal: ☐ Não ☐ Sim Hemodálise: ☐ Não ☐ Sim

Hipertensão: ☐ Não ☐ Sim

Medicação: _____

Tomou as medicações hoje? ☐ Não ☐ Sim

☐ PA: X mmHg. Horário: _____

☐ Captopril 25mg cp VO agora: _____

☐ PA após 30 min do captopril: X mmHg. Horário: _____

Liberado para o exame: ☐ Não. Motivo: _____

☐ Sim

Tropicamide + Fenilefrina 10%, 3x em AO. _____

B. Realização do Exame:

☐ Exame sem intercorrências

☐ Intercorrências: ☐ Náusea/vômito ☐ Prurido/urticária

☐ Lipotímia ☐ Dispneia

☐ Outros: _____

Condução: _____

☐ Metoclopramida 1 amp EV agora: _____

☐ Cloridrato de prometazina 1 amp IM agora: _____

☐ Hidrocortisona 500mg EV agora: Horário: _____

☐ Exame suspenso por: _____

C. Orientações de enfermagem:

☐ Coloração da pele e urina

☐ Importância da hidratação

☐ Reações adversas tardias do corante.

D. Observações:

Carimbo/assinatura Enfermagem: _____ Carimbo/assinatura Médica: _____

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 ANEXOS	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011		Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A3


Grupo de Orientação de Enfermagem no Pré-operatório para Cirurgia de Catarata


Nome: _____ HC: _____ Data: / /

Indicação Cirúrgica: _____

PA: X mmHg. Horário: _____

Exames Pré-operatórios:

- Hemograma: Hb: _____ g%
Ht: _____ %
Plaquetas: _____ mm³
- Glicemia de Jejum: _____ mg%
- Eletrcardiograma: _____
☐ Sim
☐ Não
- Laudo médico contendo avaliação clínico-cardiológica, liberando para cirurgia com anestesia loco-regional:
☐ Sim
☐ Não

Medicações em uso: _____

Obs: _____

Recebeu orientações conforme protocolo para cirurgia de catarata ambulatorial referente aos cuidados:
☐ Antes da Cirurgia
☐ No dia da Cirurgia
☐ Após a Cirurgia

Carimboassinatura


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
AMBULATÓRIO DE OFTALMO
 CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº.
 13083 - 970 - CAMPINAS - SP
 Fone (19) 3521-7110

MÊS: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____

DIA: _____ NOME: _____ HC: _____

☐ EXTRA ☐ FACO ☐ OD ☐ OE LIO: _____ Modelo: _____


ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA


Nome: _____ HC: _____ Data: / /

Idade: _____ Sub-especialidade: _____

Cirurgia: _____ Data da Indicação: / /

Anestesia: ☐ Local ☐ Geral VP Anestésica: ☐ Não ☐ Sim Código: _____

Biometria: ☐ Não Marcar GOPO: ☐ Sim, data: / / ☐ Não, motivo: _____

Antecedentes Pessoais: ☐ HAS ☐ DM ☐ Cardiopatia ☐ Insuficiência Renal Crônica

Exames Pré-operatórios solicitados para:

☐ anestesia local ☐ anestesia geral adulto

☐ anestesia local oftálmica ☐ anestesia geral infantil

Obs: _____

Orientações:

☐ Suspender por 7 dias antes da cirurgia: anticoagulantes (mefenar, warfarina, glicocidol, castanha da Índia) antiagregante plaquetário (AAS, mebolal, dori, buferin).

☐ Jejum completo: ☐ 3 horas ☐ 6 horas ☐ a partir das 22 horas

☐ Ingerir os anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, com pouca água, no dia da cirurgia.

☐ Agendar GOPO,
☐ Trazer exames,
☐ Vir com acompanhante
☐ Dispensa do paciente:

☐ Agendar VPA - necessário, vir com o paciente e os trazer exames.

☐ Trazer exames e vir com acompanhante no dia da cirurgia

☐ Agendar internação (Cód. 28050) e no dia trazer exames e objetos de uso pessoal

☐ A internação depende da disponibilidade de leito, não sendo necessário jejum.

☐ Encaminhar ao serviço social para orientações complementares

Obs: _____

Carimboassinatura


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA
 CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº.
 13083 - 970 - CAMPINAS - SP

RELATÓRIO

Paciente _____

é acompanhado no HC / Unicamp desde ____ / ____ / ____ por _____

Glaucoma, necessitando do uso contínuo dos colírios antiglaucomatosos, conforme receita anexa.

Exames complementares:

•Tonometria: OD: _____ mm/hg.
OE: _____ mm/hg.

•Fundoscopia: OD: _____
OE: _____

•Campimetria: OD: _____
OE: _____

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A3
		Data: 30/09/2011	
ANEXOS			


RECEITUÁRIO
 NOME _____


HC/PRÉ-MATRÍCULA

1. Bimatoprost 0,03% ☐ Colírio ☐ Frasco

Uso: _____

Pingar 1 gota no ☐ OD ☐ OE de _____ em _____ horas

2. Brinzolamida 1% ☐ Colírio ☐ Frasco

Uso: _____

Pingar 1 gota no ☐ OD ☐ OE de _____ em _____ horas

3. Cloridrato de Dorzolamida 2% ☐ Colírio ☐ Frasco

Uso: _____

Pingar 1 gota no ☐ OD ☐ OE de _____ em _____ horas

4. Latanoprost 0,05% ☐ Colírio ☐ Frasco

Uso: _____

Pingar 1 gota no ☐ OD ☐ OE de _____ em _____ horas

5. Maleato de Timolol 0,5% ☐ Colírio ☐ Frasco

Uso: _____

Pingar 1 gota no ☐ OD ☐ OE de _____ em _____ horas

6. Tartarato de Brimonidina 0,2% ☐ Colírio ☐ Frasco

Uso: _____

Pingar 1 gota no ☐ OD ☐ OE de _____ em _____ horas

Travoprost 0,04% ☐ Colírio ☐ Frasco

Uso: _____

Pingar 1 gota no ☐ OD ☐ OE de _____ em _____ horas

DATA _____

ASSINATURA E CARIMBO _____

Os óculos feitos sob a orientação deste receituário só devem ser usados depois do médico verificar a exatidão das lentes.


RECEITUÁRIO OFTALMOLÓGICO



OD OE

ESFERICO CILINDRICO ENX DP

OD _____ OE _____

OD _____ OE _____

OD _____ OE _____


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – HC
BAU – OFTALMO URGÊNCIA (Código 1128250)

Paciente: _____

Data: ____/____/____ CRM Autorizado: 49.342 () HC: _____

Procedência () UBS () Hospital: _____

() Clínica/Consultório: _____ () Condeng / Divino

() Amb. HC: _____ () Procura Espontânea

() UER Adulto () UER Infantil () Cecoon: _____

() Retorno () Acidente de Trabalho () Outros: _____


AO PACIENTE

COMPARECER DIA ____/____/____
 ÀS ____ HORAS, NO 2º ANDAR,
 FAIXA ROXA NA
OFTALMO URGÊNCIA
 PARA AVALIAÇÃO.
 COM ACOMPANHANTE,
 TRAZENDO O ENCAMINHAMENTO E
 SEUS DOCUMENTOS PESSOAIS.

AVALIADO POR: _____

H.C. UNICAMP OFTALMOLOGIA


À SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

ORIENTAMOS AGENDAR CONSUL
 OFTALMOLÓGICA
 PARA O HC/UNICAMP
 ATRAVÉS DA
 CENTRAL DE VAGAS
 DA
 DRS VII CAMPINAS

CÓDIGO DO AGENDAMENTO: _____


Ao Oftalmologista

De acordo com Sistema de Atendimento ao Paciente do Ambulatório de Oftalmologia do H.C./Unicamp, os mesmos só serão atendidos com Encaminhamento contendo **exame oftalmológico completo**, a saber:

- Motivo do encaminhamento
- Acuidade visual
- Refração
- Tonometria
- Biomicroscopia
- Fundo de Olho (direto e/ou indireto)
- Hipótese Diagnóstica

Após o encaminhamento completo do oftalmologista, a consulta deve ser agendada pelo Município de origem, através da Central de Vagas da DRS VII – Campinas.

Atenciosamente,
 Disciplina de Oftalmologia / HC / Unicamp

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 002 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS			OFT-BO.A2

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA
FCM / UNICAMP
DISCIPLINA DE OFTALMOLOGIA

A/C Centro de Saúde:

Solicito realização de exames pré-operatórios para

Sr (a) _____, que será submetido à **cirurgia oftalmológica com anestesia local** (infiltração subcutânea xilocaina 2% com vasoconstritor – adrenalina 1:500.000).

Necessita:

1. Hemograma;
2. Tempo de sangramento e tempo de coagulação;
3. Glicemia de Jejum;
4. E.C.G. se for cardiopata.

Grato,

Dr. Roberto Caldato
Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta
Disciplina de Oftalmologia FCM / UNICAMP

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA
FCM / UNICAMP
DISCIPLINA DE OFTALMOLOGIA

A/C Centro de Saúde:

Solicito realização de exames pré-operatórios para

Sr (a) _____, que será submetido à **cirurgia oftalmológica com anestesia local** (anestesia peribulbar com 5 ml de xilocaina 2% com vasoconstritor – adrenalina 1:500.000 - e/ou bupivacaína 0,75%).

Necessita:

1. E.C.G. – eletrocardiograma com a fita e laudo por escrito;
2. Hemograma;
3. Glicemia de Jejum;
4. Consulta clínico-cardiológica com contra referência,

AUTORIZANDO POR ESCRITO a liberação do paciente para a cirurgia. Incluir o risco cirúrgico no laudo clínico (por exemplo: Goldman).

5. Coagulograma (para paciente do glaucoma).

Grato,

Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta
Disciplina de Oftalmologia FCM / UNICAMP

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA
FCM / UNICAMP
DISCIPLINA DE OFTALMOLOGIA

A/C Centro de Saúde:

Solicito realização de exames pré-operatórios para

Sr (a) _____, que será submetido à **cirurgia oftalmológica com anestesia geral**.

Necessita:

1. E.C.G. – eletrocardiograma com a fita e laudo por escrito;
2. Hemograma e coagulograma;
3. Glicemia de Jejum;
4. Dosagem sérica de sódio, potássio, uréia e creatinina (pacientes acima de 60 anos)
5. Radiografia de tórax AP e perfil;
6. Consulta Clínico-Cardiológica com contra referência,

AUTORIZANDO POR ESCRITO a liberação do paciente para a cirurgia. Incluir o risco cirúrgico no laudo clínico (por exemplo: Goldman)

Grato,

Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta
Disciplina de Oftalmologia FCM / UNICAMP

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA
FCM / UNICAMP
DISCIPLINA DE OFTALMOLOGIA

A/C Centro de Saúde:

Solicito realização de exames pré-operatórios para

o (a) menor _____, que será submetido à **cirurgia oftalmológica com anestesia geral**.

Necessita:

1. Hemograma e coagulograma;
2. Protoparasitológico (abaixo de 10 anos);
3. Radiografia de tórax AP e perfil;
4. Consulta Clínico-Pediátrica com contra referência, **AUTORIZANDO POR ESCRITO a liberação do paciente para a cirurgia. Incluir o risco cirúrgico no laudo clínico (por exemplo: Goldman)**
5. ECG (acima de 10 anos).

Grato,

Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta
Disciplina de Oftalmologia FCM / UNICAMP

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 ANEXOS	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 002	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT-BO.A2
		Data: 30/09/2011	

Exame de Angiografia

Nome do paciente: _____

HC: _____ Data: ____/____/____

É alérgico? () Não () Sim
 Doença renal? () Não () Sim - Faz hemodiálise? () Não () Sim
 É hipertenso? () Não () Sim
 Tomou medicação hoje? () Não () Sim: _____ às _____ hs.

PA: ____/____/____ Hora: _____

() Mediar antes da realização do exame: captopril 25 mg _____ cp vo às _____ hs.

Medicação administrada por: _____

Controle de PA após a medicação: ____/____/____ às _____ hs.

() Liberado para angiografia, dilatar pupila: _____

() Exame suspenso. Motivo: _____

Assinatura Médico Responsável: _____

Realização do exame:
 () exame realizado sem intercorrências
 () exame suspenso por: _____
 () intercorrências: () náusea/ vômito
 () prurido/ urticária
 () lipotímia
 () dispnéia
 () outros: _____

Administrado: () plasma 1 amp EV às _____ hs.
 () cloridrato de prometazina (fenegan) 1 amp _____ às _____ hs.
 () hidrocortizona 500 mg EV às _____ hs.

Obs: _____

Orientações de enfermagem quanto a:
 () coloração da pele
 () coloração da urina
 () necessidade de hidratação
 () reações adversas tardias do corante

Assinatura da Enfermagem _____ Assinatura do Médico _____

PROTÓCOLO DE ÚLCERAS DE CórNEA
HUEC – RETORNO

NOME: _____

DATA: ____/____/____ DIAS TTMO: _____

ÚLCERA...
 1 – Bacteriana 2 – Fúngica 3 – Herpética
 4 – Acanthamoeba 5 – Escudo 6 – Neurotrófica
 7 – outro: _____

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO:
 1 – microscopia direta + agente: _____
 2 – cultura + agente: _____
 3 – negativo

ADESÃO AO TRATAMENTO:
 1 – uso correto medicações prescritas
 2 – uso irregular das medicações prescritas
 3 – não usando medicações prescritas

MEDICAÇÃO PRESCRITA:
 1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F)
 4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – ampicilina (F)
 7 – neomicina 8 – cetoconazol VO 9 – anfotericina
 10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO
 13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPI
 16 – atropina 17 – antilglaucomatoso 18 – lubrificante
 19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida
 22 – nenhum 23 – outro: _____

SINTOMAS:
 1 – Dor 0 1 2 3 2 – BAV 0 1 2 3
 3 – Lacrimeto 0 1 2 3 4 – Fotofobia 0 1 2 3
 5 – Sens. CE 0 1 2 3

ACUIDADE VISUAL FINAL:
 1 – 20/20 2 – 20/25 3 – 20/30 4 – 20/40
 5 – 20/60 6 – 20/80 7 – 20/100 8 – 20/200
 9 – 20/400 10 – CD3mts 11 – CD2mts 12 – CD1mt
 13 – CD 30cm 14 – MM 15 – PL 16 – SPL

EXAME FÍSICO:
Conjuntiva:
 1 – Quemesse 0 1 2 3 2 – Hiperemia 0 1 2 3
 3 – Secreção 0 1 2 3 4 – Hemorragia 0 1 2 3
Câmara anterior:
 1 – PK's 0 1 2 3 2 – Flare 0 1 2 3
 3 – Membrana 0 1 2 3 4 – Hipópio 0 1 2 3

PROTÓCOLO: [] [] [] []

Córnea:
 1 – Edema 0 1 2 3
 2 – Vasos superficiais 0 1q 2q 3q 4q
 3 – Vasos profundos 0 1q 2q 3q 4q

Sensibilidade corneana:
 1 – normal 2 – diminuída 3 – ausente

EXAME DA ÚLCERA:
Evolução: 1 – melhora 2 – piora 3 – mantido
Área ulcerada: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantida
Infiltrado: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantido
Afinamento: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantida

Sx específicos:
 1 – úlcera dendrítica 2 – úlcera geográfica
 3 – bordas hifadas 4 – infiltrado perineural
 5 – esclerite 6 – anel imunológico
 7 – outros: _____

COMPLICAÇÕES:
 1 – Melting 2 – Perfuração 3 – Sinéquias
 4 – Afinamento 5 – Endof 6 – Outros: _____

NOVA COLETA: 1 – sim 2 – não

Material: 1 – ausente 2 – pouco 3 – bom 4 – abundante

TRATAMENTO:
 Altera terapia atual: 1 – sim 2 – não

Medicação:
 1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F)
 4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – ampicilina (F)
 7 – neomicina 8 – cetoconazol VO 9 – anfotericina
 10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO
 13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPI
 16 – atropina 17 – antilglaucomatoso 18 – lubrificante
 19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida
 22 – nenhum 23 – outro: _____

Adjuvante:
 1 – Desbridamento 2 – Membrana 3 – Cola
 4 – Recobrimento conj. 5 – Transplante 6 – LCT
 7 – Evisceração 8 – outro: _____

RETORNO: 1 – sim 2 – não

DESENHO:
 Dimensões
 Infiltrado: ____ x ____ Desepitelização: ____ x ____

TRATAMENTO:
 Altera terapia atual: 1 – sim 2 – não

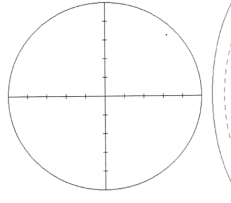
Medicação:
 1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F)
 4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – ampicilina (F)
 7 – neomicina 8 – cetoconazol VO 9 – anfotericina
 10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO
 13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPI
 16 – atropina 17 – antilglaucomatoso 18 – lubrificante
 19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida
 22 – nenhum 23 – outro: _____

Adjuvante:
 1 – Desbridamento 2 – Membrana 3 – Cola
 4 – Recobrimento conj. 5 – Transplante 6 – LCT
 7 – Evisceração 8 – outro: _____

COLHIDO CULTURA: 1 – sim 2 – não

Material: 1 – ausente 2 – pouco 3 – bom 4 – abundante

DESENHO:
 Dimensões
 Infiltrado: ____ x ____
 Desepitelização: ____ x ____



Legenda:
 Azul – epitélio
 Preto – estroma
 Vermelho – endotélio e CA

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 ANEXOS	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 002 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT-BO.A2

PROTOCOLO DE ÚLCERAS DE CÔRNEA
HUEC – RESUMO ALTA

NOME: _____

DATA: ____/____/____ DIAS TMTMO: _____

ÚLCERA: _____

1 – Bacteriana 2 – Fúngica 3 – Herpética
4 – Acanthamoeba 5 – Escudo 6 – Neurotrófica

7 – outro: _____

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO:

1 – microscopia direta + agente: _____

2 – cultura + agente: _____

3 – negativo

ADESÃO AO TRATAMENTO:

1 – uso correto medicações prescritas

2 – uso irregular das medicações prescritas

3 – não usando medicações prescritas

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

1 – quinolona 2 – aminoglicosídeo 3 – cefazolina (F)

4 – genta (F) 5 – vancomicina (F) 6 – ampicilina (F)

7 – neomicina 8 – cetotriazol VO 9 – anfotericina

10 – natamicina 11 – aciclovir pom 12 – aciclovir VO

13 – biguanida 14 – brolene 15 – PVPi

16 – atropina 17 – antiaglutinatos 18 – lubrificante

19 – CTC forte 20 – CTC fraco 21 – tropicamida

22 – nenhum 23 – outro: _____

SINTOMAS:

1 – Dor 0 1 2 3 2 – BAV 0 1 2 3

3 – Lacrimimto 0 1 2 3 4 – Fotofobia 0 1 2 3

5 – Sens. CE 0 1 2 3

ACUIDADE VISUAL FINAL:

1 – 20/20 2 – 20/25 3 – 20/30 4 – 20/40

5 – 20/60 6 – 20/80 7 – 20/100 8 – 20/200

9 – 20/400 10 – CD3mts 11 – CD2mts 12 – CD1mt

13 – CD 30cm 14 – MM 15 – PL 16 – SPL

EXAME FÍSICO:

Conjuntiva:

1 – Quemose 0 1 2 3 2 – Hiperemia 0 1 2 3

3 – Secreção 0 1 2 3 4 – Hemorragia 0 1 2 3

Câmara anterior:

1 – PK's 0 1 2 3 2 – Flare 0 1 2 3

3 – Membrana 0 1 2 3 4 – Hipópio 0 1 2 3

Córnea: _____

1 – Edema 0 1 2 3

2 – Vasos superficiais 0 1q 2q 3q 4q

3 – Vasos profundos 0 1q 2q 3q 4q

Sensibilidade corneana:

1 – normal 2 – diminuída 3 – ausente

EXAME DA ÚLCERA:

Evolução: 1 – melhora 2 – piora 3 – mantido

Área ulcerada: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantido

Infiltrado: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantido

Afinamento: 1 – aumentou 2 – diminuiu 3 – mantido

Sx específicos:

1 – úlcera dendrítica 2 – úlcera geográfica

3 – bordas hifadas 4 – infiltrado perineural

5 – esclerite 6 – anel imunológico

7 – outros: _____

COMPLICAÇÕES:

1 – Melting 2 – Perfuração 3 – Sinéquias

4 – Afimanto 5 – Endof 6 – Outros: _____

DESECHO:

1 – alta ambulatorial 2 – transplante 3 – evisceração

4 – recobrimento 5 – cola 6 – membrana

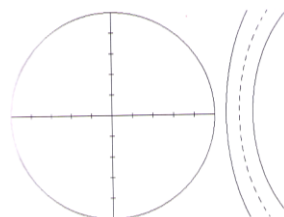
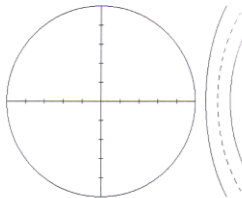
7 – outro: _____

DESENHO:

Dimensões

Infiltrado: _____ x _____

Desepitelização: _____ x _____



Legenda:
Azul – epitélio
Preto – estroma
Vermelho – endotélio e CA

EXAME OFTALMOLOGICO

REFLEXOS: PUPILARES: CONJUNTIVAS: SENSIBILIDADE CORNEANA:

ACUIDADE VISUAL: OD: OS: OD: OS: OD: OS: OD: OS:

MOE: FIXAÇÃO BINOCULAR: VERGÊNCIAS: PPC: FUSÃO: DIVERGÊNCIA: LACRIMAÇÃO:

BIOFOTOMICOPIA: PALPEBRA E PÓRTO LACRIMAL: CONJUNTIVA: CÔRNEA: ESCLERA: CA: ÍRIS: CRISTALINO: VITREO:

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura	Nome: NÃO SE APLICA Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 002 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT-BO.A2
	ANEXOS		

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: comea@hc.unicamp.br	
---	--	---

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CÔRNEA PRESERVATADA / LÂMPADA DE FENDA

NOTIFICAÇÃO AOS MÉDICOS

O Banco de Olhos da Unicamp tem tomado medidas para assegurar a qualidade dos tecidos oculares doados. São descartados os tecidos quando o Banco de Olhos é notificado de que o doador teve uma doença potencialmente infecciosa ou transmissível ou em caso de identificação de provas positivas para HIV, Hepatite B e Hepatite C. Não tem sido feitos outros testes sorológicos para esses tecidos. De acordo com o anterior, lembramos que os cirurgiões têm a liberdade para descartar o tecido a qualquer momento/respeitando a "Legislação Federal" em vigor e as "Normas Internas de Funcionamento do Banco de Olhos".

Importante: a responsabilidade final pela utilização do tecido é do cirurgião.

CÓDIGO DO DOADOR: _____ IDADE DO DOADOR: _____

Meio de Preservação: _____ Meio de Preservação: _____

Lote nº: _____ Lote nº: _____

0 - Excelente 1 - Bom 2 - Regular 3 - Ruim 4 - Inaceitável

OLHO DIREITO					OLHO ESQUERDO					
0	1	2	3	4	EXPOSIÇÃO EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DEFETO EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	OPACIDADE SUB-EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	EDEMA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ESTRIA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DOBRAS NA "DESCMET"	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	PERDA CÉLULAS ENDOTELIAIS	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	GUTATA	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ARCO SENIL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	PTÉRIGEO	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	CICATRIZES	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	REFLEXO ESPECULAR	0	1	2	3	4

OBSERVAÇÕES: _____

TÉCNICO/MÉDICO: _____ DATA: ____ / ____ / ____ H ORA: ____: ____

Assinatura e Carimbo do Médico

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: comea@hc.unicamp.br	
---	--	---

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GLOBO OCULAR NA LÂMPADA DE FENDA

CÓDIGO DO DOADOR: _____ IDADE DO DOADOR: _____

	NÃO	SIM	OD	OE
CATARATA				
SINEQUIA				
PTÉRIGEO				
ECTASIA				
HIPOTONIA				
CIRURGIA PRÉVIA				
CIRURGIA PRÉVIA	TIPO: _____			

INTEGRIDADE GERAL		
BOA	REGULAR	INACEITÁVEL
OD		
OE		

0 - Excelente 1 - Bom 2 - Regular 3 - Ruim 4 - Inaceitável

OLHO DIREITO					OLHO ESQUERDO					
0	1	2	3	4	EXPOSIÇÃO EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DEFETO EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	OPACIDADE SUB-EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	EDEMA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ESTRIA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DOBRAS NA "DESCMET"	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	PERDA CÉLULAS ENDOTELIAIS	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	GUTATA	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ARCO SENIL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	PTÉRIGEO	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	CICATRIZES	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	REFLEXO ESPECULAR	0	1	2	3	4

AS CÔRNEAS DEVEM SER PRESERVADAS: () SIM () NÃO () OD () OE NÃO

FOI POSSÍVEL A PRESERVAÇÃO: () OD () OE

JUSTIFICATIVA:

() Pelas próprias condições do tecido

() Evidência de contra indicação (ver histórico clínico)

() Falha na técnica de () Enucleação () Preservação

OUTROS: _____

TÉCNICO/MÉDICO: _____ DATA: ____ / ____ / ____ H ORA: ____: ____

Assinatura e Carimbo do Médico

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: comea@hc.unicamp.br	
---	--	---

FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO PARA COLETA DE CÔRNEA

CÓDIGO DO DOADOR: _____ (Controle do Banco de Olhos)

DIA: ____ / ____ / ____ HORA DO COMUNICADO: ____: ____

NOME DO DOADOR: _____

IDADE: _____ HORA DO FALECIMENTO: ____: ____

CAUSA PROVÁVEL DA MORTE: _____

LOCALIZAÇÃO DO CORPO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CELULAR: _____

NOME DO MÉDICO PARA CONTATO: _____

PESSOA A SER PROCURADA NO LOCAL DA DOAÇÃO: _____

NOME DO FAMILIAR A SER PROCURADO: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: comea@hc.unicamp.br	
---	--	---

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO SOBRE A DOAÇÃO

CÓDIGO DO DOADOR: _____ (Controle do Banco de Olhos)

NOME DO DOADOR: _____ IDADE: _____

ACESSO AO ATESTADO DE ÓBITO: () SIM () NÃO

ATESTADO DE ÓBITO FORNECIDO PELO (A) DR (A): _____

DADOS SOBRE O HISTÓRICO CLÍNICO DO DOADOR:

() OBITOS APENAS EM ATESTADO DE ÓBITO

() OBITOS EM PRONTUÁRIO

() OBITOS POR INTERMÉDIO DA EQUIPE MÉDICA RESPONSÁVEL

() OBITOS POR INTERMÉDIO DE FAMILIARES

() OBITOS POR INTERMÉDIO DA AGENTE DE CAPTAÇÃO DO BANCO DE OLHOS

() OUTROS: _____

() NÃO FOI POSSÍVEL A OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES ADICIONAIS

MOTIVO: _____

COLETA DE SANGUE PARA TESTE: () SIM () NÃO

Em caso negativo, justificativa: _____

COLETA DE SANGUE VIA: () FEMURAL () INTRACARDÍACA () SUBCLÁVIA

() CAVIDADE ORBITÁRIA () OUTROS: _____

OCORRÊNCIA DE ALGUM INCIDENTE DURANTE O PROCEDIMENTO: () SIM () NÃO

ESPECIFIQUE: _____

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 002	 Hospital de Clínicas UNICAMP
		Data: 30/09/2011	
ANEXOS			

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: cornea@hc.unicamp.br	
---	---	---

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: cornea@hc.unicamp.br	
---	---	---

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO SOBRE DOADOR

CÓDIGO DO DOADOR: _____ (Controle do Banco de Olhos)

IDADE: _____ SEXO: () MASC. () FEM.

FALECIMENTO: ____/____/____ HORA: ____:____

ENUCLEAÇÃO: ____/____/____ HORA: ____:____

CAUSA PRIMÁRIA DA MORTE: _____

CAUSA SECUNDÁRIA DA MORTE: _____

VERIFIQUE A EXISTÊNCIA DAS SEGUINTES CONDIÇÕES:

() Evidência de infecção: _____

() Transfusões recentes de sangue: _____

() Evidência de enfermidade neurológica: _____

() Prolongação extensiva da vida / coma / hipotermia Quanto tempo: _____

() Esclerose múltipla () Diabetes

() Doença de Parkinson () Sífilis

() Icterícia () Abuso de drogas intra-venosas

VERIFIQUE A EXISTÊNCIA DE POSSÍVEIS CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS:

() Aids () Leucoencefalopatia Multifocal

() Septicemia () Creutzfeldt-Jakob

() Linfoma / Sarcoma () Raiva

() Leucemia () Rubéola congênita

() Síndrome de Reyes () Hepatite (tipo: _____)

() Carcinoma () Enfermidade SNC de etiologia desconhecida

() Causa da morte desconhecida () Encefalite sub-aguda

DADOS IMPORTANTES SOBRE A HISTÓRIA CLÍNICA: _____

HISTÓRIA OCULAR:

EVIDÊNCIA DE CIRURGIA OCULAR PRÉVIA: () SIM () NÃO () OD () OE Tipo: _____

ENFERMIDADE OCULAR: _____

TRAUMA OCULAR: _____

RESULTADO DA SOROLOGIA:

Anti-HIV 1: _____ Anti-HIV 2: _____ HbsAG: _____ Anti-HBc: _____ Anti-HCV: _____

FORMULÁRIO DE REAVALIAÇÃO FINAL DA CÔRNEA

CÓDIGO DO DOADOR: _____ IDADE DO DOADOR: _____

0 - Excelente 1 - Bom 2 - Regular 3 - Ruim 4 - Inaceitável

OLHO DIREITO					OLHO ESQUERDO					
0	1	2	3	4	EXPOSIÇÃO EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DEFETO EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	OPACIDADE SUB-EPITELIAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	EDEMA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ESTRIA ESTROMAL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	DOBRAS NA "DESCEMET"	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	PERDA CÉLULAS ENDOTELIAIS	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	GUTATA	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	ARCO SENIL	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	PTÉRIGEO	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	CICATRIZES	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	REFLEXO ESPECULAR	0	1	2	3	4

CLASSIFICAÇÃO GERAL: _____

OBSERVAÇÕES: _____

REAVALIAÇÃO FEITA POR: _____

DATA ____/____/____ HORA: ____:____

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: cornea@hc.unicamp.br	
---	---	---

FORMULÁRIO SOBRE AS INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS

CÓDIGO DO DOADOR: _____ IDADE DO DOADOR: _____

NOME PACIENTE: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE RESIDENCIAL: _____

DIAGNÓSTICO OCULAR:

() Ceratopatia Bolhosa () Ceratite Viral

() Ceratite Bacteriana () Falência primária

() Opacidades Congênitas () Ceratite ulcerativa não infecciosa

() Perfuração () Queimadura química

() Distrofia de fúes () Degeneração Corneana:

() Rejeição () Distrofia corneana: _____

() ceratocone () Trauma: _____

() Não Especificada ou Outras causas de Cicatriz Corneana ou Edema: _____

OLHO OPERADO: () OD () OE () FÁCICO () AFÁCICO () PSEUDOAFÁCICO

CONDIÇÕES DO OLHO OPERADO:

VASCULARIZAÇÃO: () SIM () NÃO () MÍNIMA () MODERADA () INTENSA

GLAUCOMA: () SIM () NÃO () OD () OE () AMBOS

CIRURGIA PRÉVIA NO OLHO OPERADO: () SIM () NÃO

CIRURGIA:

INSTITUIÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

MÉDICO: _____ DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

PACIENTE: () SUS () REDE PÚBLICA _____ () CONVÊNIO () PARTICULAR

PROPÓSITO DA CIRURGIA: () ÓPTICO () TERAPÊUTICO () TECTÔNICO () COSMÉTICO

TIPO DE CIRURGIA: () ELETIVA () EMERGÊNCIA

TIPO DE CERATOPLASTIA: () PENETRANTE () LAMELAR

TAMANHO DO BATÃO: () DOADOR: _____ mm () RECEPTOR: _____ mm

TÉCNICA DE SUTURA: () CONTÍNUA () INTERROMPIDA () COMBINADA

CIRURGIA COMBINADA COM ESTRAÇÃO DE CATARATA: () SIM () NÃO LJO () SIM () NÃO

COMPLICAÇÕES NA CIRURGIA: () SIM () NÃO

ESPECIFIQUE: _____

TIPO DE ANESTESIA: () LOCAL () GERAL

ESTIMATIVA DE SUCESSO () 25% () 50% () 75% () 90% () 100%

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: cornea@hc.unicamp.br	
---	---	---

INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS(ESCLERA)

CÓDIGO DO DOADOR: _____ IDADE DO DOADOR: _____

NOME PACIENTE: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE RESIDENCIAL: _____

DIAGNÓSTICO OCULAR:

OLHO OPERADO: () OD () OE () FÁCICO () AFÁCICO () PSEUDOAFÁCICO

CIRURGIA PRÉVIA NO OLHO OPERADO: () SIM () NÃO

TIPO DE CIRURGIA: () ELETIVA () EMERGÊNCIA

COMPLICAÇÕES NA CIRURGIA: () SIM () NÃO

ESPECIFIQUE: _____

TIPO DE ANESTESIA: () LOCAL () GERAL

PACIENTE: () SUS () REDE PÚBLICA _____ () CONVÊNIO () PARTICULAR

CIRURGIA:

INSTITUIÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

MÉDICO: _____

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 002	 Hospital de Clínicas UNICAMP
		Data: 30/09/2011	
ANEXOS		OFT-BO.A2	

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: cornea@hc.unicamp.br	
---	---	---

PACIENTE: _____ IDADE: _____

ORIENTAÇÕES

QUANDO A EQUIPE DO BANCO DE OLHOS AVISÁ-LO DEVERÁ REALIZAR OS SEGUINTE EXAMES:

- Hemograma Completo
- Glicemia de jejum
- Coagulograma
- Uréia/Creatinina
- Sódio/Potássio
- Avaliação cardiológica para obter autorização para realizar cirurgia com ANESTESIA GERAL e eletrocardiograma com laudo.
- RX de tórax

NO DIA DA CONVOCAÇÃO O PACIENTE DEVERÁ:

Estar em boas condições de saúde.

Trazer em mãos os Exames Laboratoriais recentes (validade três meses), a autorização do cardiologista para realização da cirurgia com ANESTESIA GERAL e eletrocardiograma com laudo.

Fazer sua higiene pessoal em casa.

Vir com acompanhante maior de idade.

Trazer documento de identidade (RG), CPF, comprovante de endereço e cartão do Hospital das Clínicas.

*** VOCÊ PODE ACOMPANHAR A LISTA DE ESPERA VIA INTERNET***

ACESSE: www.saude.sp.gov.br
 Clique: Central de transplante
 Clique: Consulta a situação na lista de espera para transplante
 Clique: córnea
 Preencha o número do RGCT e veja seu número na lista ativa.

Informações de 2ª a 6ª feira das 08:00 às 17:00 hs

Fone/Fax: (19) 3521-7110 / 3521-7396

Falar com: ANA LÚCIA / ELIANA / CLAUDEMIR

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: cornea@hc.unicamp.br	
---	---	---

RELATÓRIO FINAL SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DOS TECIDOS OCULARES DOADOS

CÓDIGO DO DOADOR: _____ (Controle do Banco de Olhos)

OLHO: () DIREITO () ESQUERDO
 () ENUCLEAÇÃO EFETIVADA () ENUCLEAÇÃO NÃO EFETIVADA

NÃO FOI POSSÍVEL A PRESERVAÇÃO DA CÓRNEA:

() Pelas próprias condições do tecido
 () Evidência de contra indicação(ver histórico clínico)
 () Falha na técnica de: () Enuclação () Preservação
 () Outros: _____

ESCLERA PRESERVADA: () Sim () Não
 ESCLERA DISTRIBUÍDA: () Sim () Não

Propósito da Cirurgia: _____
 Em caso negativo, data de descarte da esclera: ____ / ____ / ____

NÃO FOI POSSÍVEL A PRESERVAÇÃO DA CÓRNEA E DA ESCLERA:

GLOBO OCULAR:

() Enviado para anatomopatologia
 () Distribuído para treinamento
 () Distribuído para pesquisa
 () Distribuído para cirurgia experimental

CÓRNEA PRESERVADA

() Distribuída para cirurgia eletiva de transplante(Indicação: Óptica)
 () Distribuída para cirurgia de emergência(Indicação: Tectônica)
 () Distribuída para cirurgia com indicação terapêutica ou Cosmética
 () Descartada Motivo: () Sorologia positiva para: _____
 () Demora na distribuição do tecido
 () Pelas próprias condições do tecido
 () Falha na técnica de preservação
 () Outros: _____

() Distribuída para cirurgia treinamento
 () Distribuída para pesquisa
 () Enviada para cultura
 () Enviada para anatomopatologia

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DOS TECIDOS:

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP HOSPITAL DAS CLÍNICAS BANCO DE OLHOS DA UNICAMP CIDADE UNIVERSITÁRIA "ZEFERINO VAZ", S/Nº. 13083 - 970 - CAMPINAS - SP Fone/Fax (19) 3521-7110 - e-mail: cornea@hc.unicamp.br	
---	---	--

Relatório Mensal

Período de: _____ a _____ de _____ de 2008.

Nº de doadores: _____

CÓRNEA

1. Nº de globos oculares obtidos: _____
2. Nº de córneas preservadas: _____
3. Nº de córnea fornecida para transplante ou enxerto: _____
4. Nº de córnea descartada: _____
 Motivo do descarte: _____
5. Nº de córnea fornecida para pesquisa: _____
6. Nº de córnea fornecida para ensino ou treinamento: _____

ESCLERA

1. Nº de escleras preservadas: _____
2. Nº de esclera fornecida para transplante ou enxerto: _____
3. Nº de esclera descartada: _____
 Motivo do descarte: _____
4. Nº de esclera fornecida para pesquisa: _____
5. Nº de esclera fornecida para ensino ou treinamento: _____

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP
ANEXOS			OFT.A3

OFT.A3 - TABELA DE TEMPORALIDADE DOS DOCUMENTOS

- Ficha de triagem (Ficha de exame oftalmológico) - guarda por 01 ano.
- Boletim de Atendimento de Urgência Oftalmológica de pacientes com matrícula – guarda em prontuário (prontuários ativos) ou SAM (semi-ativos);
- Boletim de Atendimento de Urgência Oftalmológica de pacientes com pré-matrícula – guarda na Oftalmologia por 2 anos.
- Documentos relativos à doação e encaminhamento para transplante – guarda por tempo indeterminado;
- Relatórios dos projetos desenvolvidos pela Oftalmologia - – guarda por tempo indeterminado;
- Relatórios de fóruns e cursos - – guarda por tempo indeterminado;
- Documentos administrativos em geral – guarda por 2 anos.

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 UNICAMP	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A4
ANEXOS			

OFT.A4 - CARTILHAS E FOLDERS EDUCATIVOS PRODUZIDOS NA ÁREA

- O risco de rejeição está sempre presente. Procure imediatamente atendimento médico oftalmológico sempre que sentir algo errado na sua visão.
- A recuperação da visão é gradativa. A melhor visão poderá ser obtida ao redor de 6 meses.
- A maioria dos pontos será retirado gradativamente após a cirurgia.
- O retorno ao trabalho poderá ocorrer 30 dias após a cirurgia, ou a critério médico.
- As atividades que não utilizam esforço físico (escritório, frequentar sala de aula, leitura, atividades manuais, etc) normalmente não tem restrição.

Patrocínio:





Contato

Ambulatório de Oftalmologia:
(0xx19) 3788-7936/3788-7818/3788-7769

Banco de Olhos:
(0xx19) 3788-7396/3788-7110

Atendimento no Ambulatório de Oftalmologia
7 às 19 horas

Após às 19 horas, sábados, domingos e feriados: Unidade de Emergência Referenciada do HC-UNICAMP

Organização

Enfermeiras
Ana Paula Araújo de O. Costa
Jane Alice G. Tornussi
Neusa Heli Zanoveli dos Santos

Colaboração

Prof.Dr. Newton Kara José
Profa.Dra. Rosane Silvestre de Castro
Dra. Denise Fornazari de Oliveira

Apoio

SEEC - Seção de Enfermagem em Educação Continuada

Transplante de córnea: cuidados pós-operatórios




HOSPITAL DAS CLÍNICAS
Ambulatório de Oftalmologia

- Providenciar estadia próxima à Campinas para o período de recuperação pós-operatória (07 dias).
- Repouso relativo na primeira semana: pode sentar-se para as refeições; pode deslocar-se até o banheiro.
- A alimentação deve ser leve (sopa, leite, sucos, etc) no dia da cirurgia, e normal nos dias seguintes.
- Lavar sempre as mãos antes e após cuidar do olho operado.
- Proteger o olho na hora do banho e antes de dormir por 10 dias, usando gaze estéril e fita hipoalergênica, ou concha protetora.
- Utilizar óculos de sol para proteção da luminosidade.
- Lavar o rosto com água corrente como (de costume) faz habitualmente.
- Fazer a limpeza do olho, sem apertá-lo, utilizando água fria (previamente fervida).



- Testar a acuidade visual (visão) frequentemente.
- Usar os colírios nos horários da receita médica; pingar apenas uma gota por vez.
- Manter o intervalo de 10 minutos entre as doses coincidentes dos colírios.
- Tomar a medicação de uso contínuo, exceto quando contraindicada pelo oftalmologista.
- Evitar traumas. Cuidado com escadas, móveis, tapetes, crianças, animais domésticos.
- Evitar lugares com aglomeração de pessoas.
- Manter abstenção sexual por 30 dias.
- Procurar imediatamente o hospital se houver: piora da visão, dor, secreção, olho vermelho, sensação de corpo estranho.
- Nunca coçar o olho operado.
- Não dormir do lado do olho operado pelo menos por 15 dias.



- Não fazer esforço físico ou abaixar a cabeça durante um mês (para amarrar sapatos, apanhar objetos no chão).
- Não praticar esportes com contato físico: futebol, natação, volei, basquete.
- Não carregar peso por 30 dias.
- Não fumar por 07 dias.
- Não dirigir por 60 dias.
- Não utilizar carro sem o cinto de segurança.
- Não utilizar transporte coletivo por 30 dias.
- Não fazer força para vomitar e evacuar.
- Não usar maquiagem ou cremes no rosto e olhos por 30 dias.
- Não realizar atividades domésticas (lavar, passar, limpar, cozinhar) e regar plantas, principalmente aquelas que estejam elevadas, por 30 dias.
- Não faltar aos retornos marcados.



	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura

 ANEXOS	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A4
--	---	--	---

ATENÇÃO!

Evite a automedicação:



Lembre-se:



Ao apresentar dor, olhos vermelhos, diminuição da visão e "ramela", procure o profissional de saúde.



Ambulatório de Oftalmologia
(0xx19)
3521-7936/3521-7818/3521-7769

Organização

ENFERMEIRAS
Ana Paula Araújo de Oliveira Costa
Jane Alice Giuzio Tonussi
Neusa Heli Zanolini dos Santos

Colaboração

Prof. Dr. Newton Kara José
Dra. Denise Fornazari de Oliveira
Dr. Dácio Carvalho Costa

Apoio

- AFPU- Agência de Formação Profissional da UNICAMP
- Seção de Relações Públicas e Imprensa/HC

Conjuntivite: Cuidados e Orientações




Hospital de Clínicas
UNICAMP

Ambulatório de Oftalmologia

A conjuntiva é uma membrana fina e transparente que forra a parte branca da superfície anterior do olho (esclera) e também a face interna das pálpebras.

O QUE É CONJUNTIVITE?

Inflamação da conjuntiva.

O QUE CAUSA?

- agentes infecciosos: vírus, bactérias, fungos e protozoários.
- agentes não infecciosos: químicos, alérgicos ou traumáticos.

QUAIS SÃO OS TIPOS DE CONJUNTIVITE?

Conjuntivites infecciosas: causadas por vírus e bactérias, são as mais comuns e de fácil transmissibilidade entre as pessoas.

Conjuntivites não infecciosas: não são transmitidas de uma pessoa à outra.

COMO OCORRE A TRANSMISSÃO DA CONJUNTIVITE INFECCIOSA?

APÓS CONTATO COM SECREÇÃO DO OLHO CONTAMINADO A TRANSMISSÃO PODE OCORRER:

- pelas mãos, principalmente, ao tocar os olhos.
- por objetos contaminados, de uso pessoal/comum como: toalhas, lenços, fronhas, maconetas, corrimão, etc.
- por abraços e beijos na face.




COMO SE MANIFESTA?

Conjuntivite viral:

- prurido (coceira),
- ardor, sensação de areia.
- hiperemia (olhos vermelhos).
- secreção mais espessa tipo "lágrima grossa".
- edema palpebral (inchaço).
- história de infecção respiratória do trato superior.

Conjuntivite bacteriana:

- prurido (coceira), é muito menos intenso.
- sensação de areia/corpo estranho.
- hiperemia (olhos vermelhos).
- secreção purulenta (olhos "grudados" ao acordar).
- edema palpebral (inchaço).

O QUE FAZER PARA NÃO SE CONTAMINAR?

- cuidados com higiene pessoal, lavando o rosto e as mãos frequentemente.
- a lavagem das mãos é de fundamental importância para evitar a disseminação da infecção.
- restringir apertos de mãos, abraços e beijos na face.
- não tocar objetos contaminados por portadores da conjuntivite.
- não tocar os olhos, após contato com pessoa portadora de conjuntivite.
- evitar ambientes fechados e aglomerados.



COMO EVITAR A TRANSMISSÃO DA CONJUNTIVITE PARA OUTRAS PESSOAS?

Seja solidário e evite sua propagação.

- lavar as mãos frequentemente, principalmente ao tocar objetos de uso comum.
- evitar contato direto ou indireto com pessoas com conjuntivite (beijos no rosto, aperto de mão, pegar crianças no colo).
- não coçar os olhos com os dedos; se necessário, usar lenço de papel e descartá-los imediatamente, lavando as mãos a seguir.
- separar toalhas de banho, rosto e sabonetes.
- separar o travesseiro e trocar a fronha diariamente.
- não compartilhar óculos e maquiagem.
- evitar a automedicação; se indicado uso de colírio não compartilhá-lo com outra pessoa e desprezá-lo após o tratamento.
- o afastamento das atividades profissionais depende do ambiente de trabalho e das atividades desenvolvidas.
- se outras pessoas da família/ambiente de trabalho apresentarem olhos vermelhos ou sintomas semelhantes após o contato, devem procurar o oftalmologista.





	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores				
	Responsável pela área	Data: 30/09/2011	CCIH	Data: 30/09/2011	SST
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA		Nome: NÃO SE APLICA	
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura		Assinatura	

 ANEXOS	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A4
---	---	--	--

 SERVICO DE VISÃO SUBNORMAL – Disciplina de Oftalmologia DOCENTE: Profa. Dra. Kella Monteiro de Carvalho PEDAGOGA: Profa. Maria Elizabete R. Freire Gasparetto ORIENTAÇÕES BÁSICAS AO PROFESSOR COM ALUNOS PORTADORES DE VISÃO SUBNORMAL 1 – Posicionamento em sala de aula para leitura de lousa: a melhor posição para o aluno com visão subnormal é sentar-se em frente à lousa na primeira carteira ou bem próximo da mesa da professora. Caso seja necessário deve-se permitir que o aluno se levante e vá até a lousa ler o que está escrito. 2 – Para a leitura de perto e escrita: cada aluno tem sua própria distância focal, que depende da acuidade visual e do tipo de auxílio óptico utilizado. É permitido aproximar bastante do caderno nesses casos. 3 – Usar lápis preto no. 1 ou 5B. 4 – Caso use material mimeografiado, reforçar as linhas com caneta preta. Usar sempre caderno com pautas bem pretas. 5 – Para a ampliação dos materiais impressos podem ser usados xerox ampliados. 6 – O aluno com visão subnormal geralmente é muito moroso para completar suas atividades escolares. É muito importante que o professor dê-lhe tempo suficiente para conclusão de suas tarefas. 7 – Livro: Visão Subnormal – Orientações ao Professor Ensino Regular Autores: Kella Miriam Monteiro de Carvalho; Maria Elizabete R. F. Gasparetto; Nilze Venturini Newton Kara José Editora da Unicamp Valor do livro: R\$ 7,00 (sete reais) Livreria da Biblioteca Central: (019)3788-7030 Livreria do Ciclo Básico: (019) 3788-7740 Departamento Comercial: (019)3788-1094/1096/1097 E-mail: vendas@editora.unicamp.br SECRETARIA ADMINISTRATIVA – Caixa Postal 6111 – CEP: 13061-970 – Campinas – SP – Brasil Fone/Fax: (019)3788-7380
--

 CIRURGIA DE CATARATA COM ANESTESIA GERAL Disciplina de Oftalmologia – FCM – UNICAMP CUIDADOS ANTES DA CIRURGIA 1- Após a cirurgia serão necessários entre 03 e 05 retornos para avaliação. Eles são importantes para a recuperação. 2- Providenciar acompanhante (adulto), condução para o dia da cirurgia e para o dia seguinte. 3- Não fumar na semana anterior e após a cirurgia. 4- Tratar gripes e resfriados para evitar tosse durante e após a cirurgia. 5- Evitar uso de bebidas alcoólicas nos dias que antecedem a cirurgia, durante e após o período de cicatrização da cirurgia. 6- Fazer os exames pré-operatórios solicitados 02 meses antes da data da visita pré-anestésica. A avaliação clínica pré-operatória será aceita por 06 meses para a cirurgia com anestesia geral. 7- Tomar os seus remédios como de costume e comunicar ao médico que vai operá-lo os nomes desses medicamentos. Suspende os anticoagulantes conforme orientação médica. 8- Na noite anterior à cirurgia, não deve de tomar medicamentos relaxantes ou para dormir, se faz uso rotineiro. 9- Caso não possa comparecer, favor avisar, com antecedência, pelo telefone (0xx19) 3521-7936. A falta de aviso com antecedência causa problemas ao serviço. 10- Ficar em jejum a partir das 22 horas do dia anterior ao da cirurgia. CUIDADOS NO DIA DA CIRURGIA 1- Tomar banho e lavar a cabeça, sombrancelhas, etc. Os homens devem fazer a barba. 2- Não usar maquiagem nem cremes no rosto. 3- Não usar óculos ou bijuterias (relógio, aliança, colar, brinco, etc.). 4- Não usar roupa que necessite ser retirada pela cabeça (usar roupas de botão na frente ou zíper). 5- Não usar calçado de salto alto. 6- Manter jejum total (não beber água nem comer). 7- Não esquecer de tomar a medicação habitual (caso faça uso). Os anticoagulantes não poderão ser tomados! 8- Comparecer no hospital 15 minutos antes do horário da cirurgia, com um acompanhante adulto. 9- Apresentar no Centro Cirúrgico Ambulatorial a avaliação clínica pré-operatória e outros exames solicitados. CUIDADOS APÓS A CIRURGIA 1- Repouso relativo no primeiro dia. Pode sentar-se para as refeições e ir ao banheiro. EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS. 2- A alimentação deverá ser leve (sopa, leite, frutas, etc.) no dia da cirurgia. Após o primeiro dia poderá alimentar-se como de costume. 3- Colocar protetor ocular na hora de tomar banho e ao dormir (à noite) por 10 dias. 4- Remover o curativo conforme orientação médica. 5- Fazer a limpeza do olho operado com cuidado, sem apertá-lo, usando água filtrada, fervida e esfriada (não usar água quente ou gelada). 6- Usar colírios nos horários recomendados na receita médica, colocando uma gota de cada, com intervalo de 10 minutos quando coincidir o horário. Continuar com a medicação habitual – mudá-la apenas se orientação específica. 7- Evitar traumas. Tomar cuidado com: crianças, tapetes pequenos, animais domésticos e escadas. 8- Não fazer esforço físico ou abaixar bruscamente a cabeça (inclusive para amarrar os sapatos, apanhar objetos no chão, etc.) durante 01 mês. 9- Não fazer força para vomitar e/ou evacuar. 10- Não coçar o olho operado (principalmente durante a recuperação). 11- Não cozinhar, não regar plantas, principalmente aquelas que estejam acima da cabeça (15 dias ou mais, se necessário). 12- Não dormir do lado operado (15 dias). 13- Lavar a cabeça nos primeiros 07 dias conforme orientação recebida. Posteriormente, a lavagem será como de costume. 14- Não usar maquiagem, cremes ou loção no rosto e não tingir o cabelo: 01 mês. 15- Não caminhar peso: 01 mês. 16- Não dirigir: 15 dias. 17- Não praticar esporte (natação, futebol, etc): 02 meses. 18- Abstenção sexual: 15 dias. 19- Não fumar nos retornos marcados. 20- Se ocorrer algum problema, procurar imediatamente o hospital, independentemente do dia ou hora. Após as 19:00h, aos sábados, domingos e feriados dirija-se ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas/UNICAMP (atendimento 24 horas).

 OFTALMOLOGIA UNICAMP	CIRURGIA DE CATARATA - Ambulatorial Disciplina de Oftalmologia - FCM - UNICAMP CUIDADOS ANTES DA CIRURGIA 1 - Após a cirurgia serão necessários entre 03 e 05 retornos para avaliação médica. Eles são importantes para a recuperação. 2 - Providenciar acompanhante (adulto), e condução para o dia da cirurgia e para o dia seguinte. 3 - Não fumar na semana anterior e após a cirurgia. 4 - Tratar gripes e resfriados para evitar tosse durante e após a cirurgia. 5 - Evitar o uso de bebidas alcoólicas nos dias que antecedem a cirurgia, durante e após o período de cicatrização da cirurgia. 6 - Fazer os exames solicitados pelo clínico com algumas semanas de antecedência, para repeti-los ou tratar algum problema detectado em tempo. A avaliação clínica pré-operatória será aceita por 06 meses para a cirurgia com anestesia local. 7 - Tomar os seus remédios como de costume e comunicar ao médico que vai operá-lo os nomes desses medicamentos. Suspende os anticoagulantes conforme orientação médica. 8 - Na noite anterior à cirurgia, não deve de tomar medicamentos relaxantes ou para dormir, se faz uso rotineiro. 9 - Caso não possa comparecer, favor avisar, com antecedência, pelo telefone (0xx19) 3521-7936. A falta de aviso com antecedência causa problemas ao serviço. CUIDADOS NO DIA DA CIRURGIA 1 - Tomar banho e lavar a cabeça, sombrancelhas, etc. Os homens devem fazer a barba. 2 - Não usar maquiagem nem cremes no rosto. 3 - Não usar óculos ou bijuterias (relógio, aliança, colar, brinco, etc.). 4 - Não usar roupa que necessite ser retirada pela cabeça. 5 - Não usar calçado de salto alto. 6 - Ficar em jejum somente 03 horas antes da cirurgia. 7 - Não esquecer de tomar a medicação habitual (caso faça uso). Os anticoagulantes não poderão ser tomados! 8 - Comparecer ao hospital 01 (uma) hora antes da cirurgia, com um acompanhante adulto. 9 - Apresentar no Centro Cirúrgico Ambulatorial a avaliação clínica pré-operatória e outros exames solicitados. CUIDADOS APÓS A CIRURGIA 1 - Repouso relativo no primeiro dia. Pode sentar-se para as refeições e ir ao banheiro. EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS. 2 - A alimentação deverá ser leve (sopa, leite, frutas, etc.) no dia da cirurgia. Após o primeiro dia poderá alimentar-se como de costume. 3 - Colocar o protetor ocular na hora do banho e ao dormir (à noite) (10 dias). 4 - Remover o curativo conforme orientação médica. 5 - Fazer a limpeza do olho operado com cuidado, sem apertá-lo, usando água filtrada, fervida e esfriada (não usar água quente ou gelada). 6 - Usar colírios nos horários recomendados na receita médica, colocando uma gota de cada, com intervalo de 10 minutos quando coincidir o horário. Continuar com a medicação habitual – mudá-la apenas se orientação específica. 7 - Evitar traumas. 8 - Tomar cuidado com: crianças, tapetes pequenos, animais domésticos e escadas. 9 - Não fazer esforço físico ou abaixar bruscamente a cabeça (inclusive para amarrar os sapatos, apanhar objetos no chão, etc.) durante um mês. 10 - Não fazer força para vomitar e/ou evacuar. 11 - Não coçar o olho operado (principalmente durante a recuperação). 12 - Não cozinhar, não regar plantas, principalmente aquelas que estejam acima da cabeça (15 dias ou mais, se necessário). 13 - Não dormir do lado operado (02 semanas). 14 - Lavar a cabeça nos primeiros 07 dias, conforme orientação recebida. Posteriormente, a lavagem será como de costume. 15 - Não usar maquiagem, cremes ou loção no rosto (01 mês). 16 - Não tingir o cabelo (01 mês). 17 - Não caminhar peso (01 mês). 18 - Não dirigir (15 dias). 19 - Não praticar esporte (natação, futebol, etc. durante 02 meses). 20 - Abstenção sexual (15 dias). 21 - Não fumar nos retornos marcados. 22 - Se ocorrer algum problema, procurar imediatamente o hospital, independentemente do dia ou hora. Após as 19:00h e aos sábados, domingos e feriados dirija-se ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas/UNICAMP (atendimento 24 horas).	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores Responsável pela área Data: 30/09/2011 CCH Data: 30/09/2011 SST Data: 30/09/2011 Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira Nome: NÃO SE APLICA Nome: NÃO SE APLICA Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL Assinatura Assinatura	
---	--	--	--

 ANEXOS	Manual de Processos de Trabalho OFTALMOLOGIA Implantação 30/09/2011	Revisão Nº: 001 Data: 30/09/2011	 Hospital de Clínicas UNICAMP OFT.A4

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA CIRURGIA AMBULATORIAL
CCA 2º ANDAR

NOME DO PACIENTE _____ HC Nº _____

ESPECIALIDADE RESPONSÁVEL _____ DATA DA CIRURGIA _____ HORÁRIO _____

NOME DA CIRURGIA / PROCEDIMENTO AMBULATORIAL _____ NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL _____

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES AO PACIENTE
 Dirigir-se ao Serviço Social do procedimento (FAIXA ROSA) para demais informações.
 NO DIA DA CIRURGIA / PROCEDIMENTO:
☒ Trazer esta orientação para atendimento
☒ Obrigatório trazer apenas um acompanhante e providenciar transporte de ida e volta no dia da cirurgia
☐ Jejum: _____ horas antes da cirurgia
☐ Não tomar água
☐ Vir de banho tomado e roupa limpa
☐ Trazer resultados de exames: _____

SERVIÇO SOCIAL
 PROVIDÊNCIAS A SEREM SEGUIDAS PELO PACIENTE NO DIA DA CIRURGIA
 - TRAZER ACOMPANHANTE
 NOME DO ACOMPANHANTE _____

- TER TRANSPORTE PARA IR EMBORA
☐ AMBULÂNCIA ☐ CARRO

RETORNO AMBULATORIAL (Preencher após a cirurgia)
 ESPECIFICAR CÓDIGO E NOME _____

RAZO MÍNIMO _____ DATA _____ HORÁRIO _____ ENVIAR RAIO-X ANTERIORES JUNTO COM O PROSTETURADO? ☐ SIM ☐ NÃO

EDICO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA _____ CRM _____
 DME _____

ASSINATURA _____ AUT. VAGA DE MÉDICO CRM _____

1711 - HC - 95202 - out/97

Ambulatório de Oftalmologia

Orientações para o dia da Internação

- 1) O paciente deverá chegar cedo e apresentar o pedido de internação no balcão para que o médico responsável possa providenciar o leito.
- 2) Trazer todos os exames pré-operatórios.
- 3) Tomar as medicações que costuma fazer uso.
- 4) Não vir em jejum.
- 5) Avisar no balcão quando for sair para comer e ao retornar.
- 6) Trazer objetos de uso pessoal (escova de dentes, pente, chinelo).
- 7) Trazer algo para fazer enquanto aguarda a liberação do leito. Sugestão para criança: um brinquedo. Sugestão para adulto: livro, jornal, tricô.

	Grupo responsável pela elaboração Todos os autores		
	Responsável pela área Data: 30/09/2011	CCIH Data: 30/09/2011	SST Data: 30/09/2011
	Nome: Drª Denise Fornazari de Oliveira	Nome: NÃO SE APLICA	Nome: NÃO SE APLICA
	Assinatura ASSINADO NO ORIGINAL	Assinatura	Assinatura