

Atendimento de Terapia Ocupacional em Serviço de Visão Subnormal: Caracterização dos Usuários

Description and Classification of an Occupational Therapist in a Treatment Center For Subnormal Vision Patient

Maria Inês Rubo de Souza Nobre
Rita de Cássia Ieto Montilha
Mirela de Oliveira Figueiredo
Débora Porto Maciel
Keila M. Monteiro de Carvalho

RESUMO

Objetivos: Caracterizar a clientela atendida pelo terapeuta ocupacional no serviço de visão subnormal infantil do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Métodos: Estudo retrospectivo descritivo de 60 prontuários de crianças, com idade de 0 a 4 anos, atendidas no período de 2003 a 2007 verificou-se dados referentes ao diagnóstico, múltipla deficiência, idade da criança no 1º atendimento no Serviço de Visão Subnormal Infantil (SVSNI), quem percebeu o problema e procedência. Resultados: Em relação ao diagnóstico, 38,3% apresentaram coriorretinite macular, sendo 65% dos casos com doenças associadas. A mãe identificou o problema em 31% dos casos. No primeiro atendimento 53% das crianças tinham até um ano de idade. Conclusão: A coriorretinite macular teve a maior incidência, tendo as mães importante papel na identificação do problema. A maioria das crianças tinha até um ano de idade no primeiro atendimento.

Palavras-chave: deficiência visual - baixa visão - criança - estimulação visual

ABSTRACT

Objectives: To characterize the clientel attended by the occupational therapist at the Low-Vision Service for Children at the Hospital of Clinics of the State University of Campinas. Methods: Retrospective descriptive study of 60 children's files, ages 0 to 4 years, from 2003 to 2007. The following data have been verified: diagnosis, multiple disability, the child's age at the first session at the Low-Vision Service for Children, who perceived the problem and its origin. Results: In relation to the diagnosis, 38.3% presented macular coriorretinitis, 65% of them with associated diseases. The mother identified the problem in 32% of the cases. At the first session, 53% of the children were, at most, one year old. Conclusion: Macular coriorretinitis had the highest incidence, and mothers had an important role in identifying the problem. The majority of children were, at most, one year old, by the time of the first session.

Keywords: impairment - low vision - child - visual stimulation

1. Introdução

A visão é a capacidade que proporciona ao ser humano o contato com o mundo e consigo, imediatiza a obtenção do conhecimento das coisas como elas são, na sua cor, formatos, tipo, tamanho, localização, beleza. Assim sendo, representa um órgão do sentido de suma importância, a

medida que o olhar conduz o aprendizado, dirige a ação e interfere no desenvolvimento e aprimoramento do indivíduo.

Segundo Nobre (1998) “a capacidade de ver propicia-nos as descobertas, os caminhos, a segurança, provocando-nos a reação ao perigo, a orientação no espaço, o conhecimento visual do eu e das outras pessoas, das cores, da natureza, das criações do homem. Dessa forma, como a visão representa principal fonte de estimulação, a deficiência visual traz limitações e complicações ao pleno desenvolvimento do indivíduo”.

Levando-se em consideração que acuidade visual é a capacidade de ver do indivíduo a determinada distância e que uma pessoa normal enxerga a seis metros 20/20, elaborou-se as classificações da baixa visão em: *Leve*, na qual o indivíduo apresenta acuidade visual entre 20/60 a 20/80, *Moderada* entre 20/80 a 20/160, *Severa* com 20/200 a 20/400, e *Profunda* variando de 20/500 a 20/1000 (Rocha, 1987).

A baixa visão é uma perda severa da capacidade visual que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico e nem por óculos convencionais. Entretanto a capacidade funcional da visão não está apenas ligada aos fatores visuais e condições oculares, dependendo também das reações da pessoa à perda visual e dos fatores ambientais à sua volta que interferem no seu desempenho (Carvalho, 1993).

O período entre o nascimento e os primeiros anos de vida se caracteriza como determinante no desenvolvimento da criança, pois corresponde ao momento em que o organismo está pronto para receber e utilizar os estímulos ambientais, reunindo condições satisfatórias para a aquisição e desenvolvimento das diferentes funções (Nobre et al 1998). Ao nascer, o bebê possui uma visão rudimentar, e as funções visuais básicas serão desenvolvidas se as condições forem favoráveis. Será entre o 6º e 12º primeiros meses de vida que muitas funções visuais específicas se desenvolverão por intermédio da interação da maturação com a experiência. Considera-se que neste período o sistema visual possui certa “plasticidade” e determinadas funções visuais podem se desenvolver. (Veitzman, 2000).

A baixa estimulação visual acarreta nas crianças deficientes visuais a não utilização do resíduo visual, não desenvolvendo, assim, suas habilidades e capacidades. Dessa forma, a ausência total ou parcial da visão pode interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e na aquisição da linguagem que, por sua vez, são fundamentais para o processo de independência do indivíduo. Em decorrência da ausência da realização de atividades que conectam a criança consigo e com o mundo, muitas delas iniciam um processo de auto-estimulação, movimentos repetidos ou balanço de uma ou ambas as mãos ou da cabeça e mais tarde do tronco, denominados movimentos estereotipados (Corsi, 2001). Tais comportamentos são muito incapacitantes do ponto de vista social, estigmatizando estas crianças.

Veitzman (1992) sugere que as crianças deficientes visuais devem receber diagnóstico precoce e tratamento médico e reabilitacional adequado. O diagnóstico precoce de doenças que causam um prejuízo visual permite um tratamento efetivo pois, mesmo quando não é possível tratar a doença ou a lesão que se caracteriza por ser cicatricial, outros métodos terapêuticos existem para que a criança possa ter uma integração maior com o meio e um desenvolvimento saudável.

A intervenção deve ocorrer no 1º ano de vida, favorecendo um desenvolvimento integral da criança além da aquisição da eficiência visual. Neste período, também nomeado como sensório-

motor (0-2 anos), ocorre o desenvolvimento cognitivo através da interação da criança com o meio, da relação com as pessoas, objetos, acontecimentos, no qual as descobertas e experiências vão sendo incorporadas através das ações e possibilitando a consciência de si e do mundo ao seu redor. (Bruno, 1993)

Neste sentido, são imprescindíveis o acolhimento e orientação dos pais, auxiliando-os na aceitação e compreensão da deficiência do filho e na capacitação dos mesmos para contribuírem no processo de adaptação e desenvolvimento das crianças. Dessa forma, é possível que os familiares possam expressar seus temores e desejos, compreender as possibilidades e limitações reais do filho e saber a maneira eficaz de estimular a visão da criança no momento em que estão em casa realizando as atividades cotidianas como o auto-cuidado e o brincar (NOBRE et al 2001).

O Hospital da Unicamp possui, dentro do Ambulatório de Oftalmologia, o Serviço de Visão Subnormal desde 1979. A implantação deste serviço objetivou oferecer uma abordagem global no processo de reabilitação do paciente com baixa visão. O surgimento do setor de Estimulação Infantil em 1991 faz parte dos requisitos considerados necessários para a concretização das diretrizes que priorizam o atendimento sob tal abordagem. Neste momento houve a inclusão do terapeuta ocupacional como parte da equipe multidisciplinar.

O terapeuta ocupacional é responsável por avaliar a visão funcional da criança, oferecer orientações aos pais quanto a estimulação necessária para que ocorra um adequado desenvolvimento psicomotor, sensorial, afetivo e social da criança. Assim, após a realização de uma avaliação global do desenvolvimento e uma avaliação da funcionalidade visual, aliadas às informações referentes às condições sócio-financeiras e culturais, são fornecidas as orientações referentes à estimulação da criança em casa. Considerando que a falta da visão pode ser minimizada através da integração dos demais órgãos sensoriais e do uso do resíduo visual, o terapeuta ocupacional preconiza orientar a relação entre mãe-bebê, a adaptação necessária do espaço físico, no qual a criança vive, para que a exploração do ambiente seja facilitada, e o uso de maneira apropriada dos objetos e brinquedos (Nobre, 1998). Como profissional que compõe a equipe multidisciplinar, o terapeuta ocupacional cumpre também papel no auxílio diagnóstico, completando-o com informações qualitativas referentes à funcionalidade visual na realização das atividades cotidianas (Nobre et al 2004).

Os retornos no Serviço de Visão Subnormal Infantil são pré-agendados, dependendo do caso, trimestral ou semestralmente. Os retornos com oftalmologista, no entanto, ocorrem, em sua maioria, anualmente. Os casos que necessitam de atendimentos contínuos são encaminhados para instituições especializadas na cidade de moradia do paciente, sempre que possível. Os profissionais destas instituições através de cartas ou contato telefônico recebem orientações específicas quanto à resposta visual da criança e diferentes maneiras de estimulação desta.

A proposta de caracterizar as crianças atendidas no setor de Estimulação Infantil pela Terapia Ocupacional objetiva identificar a clientela e contribuir para o planejamento de ações/programas de saúde ocular voltados a atendimento precoce de deficientes visuais. Logo, justifica-se pela importância da visão no desenvolvimento infantil, a alta prevalência de problemas oculares na infância e a existência de recursos para a prevenção e/ou estimulação visual.

2. Métodos

Esta pesquisa foi realizada no Serviço de Visão Subnormal Infantil (SVSNI) no Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

O presente trabalho constitui um estudo retrospectivo descritivo. Para a realização da pesquisa os dados foram coletados dos prontuários da terapia ocupacional do Serviço de Visão Subnormal Infantil.

Foram analisados 60 prontuários entre 2003 e 2007. A população constitui-se de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos.

As variáveis coletadas referem-se a afecções oculares, múltiplas deficiências, idade da criança no 1º atendimento no SVSNI, quem percebeu o problema e procedência.

3. Resultados e Discussões

No gráfico 1, referente à denominação da doença, encontrou-se 38,3% coriorretinite macular¹, 23,3% estrabismo², 20% atrofia óptica bilateral³, 5% catarata congênita⁴ e 3,3% retinopatia da prematuridade⁵, sendo que 10% não apresentavam um diagnóstico definido (gráfico 1).

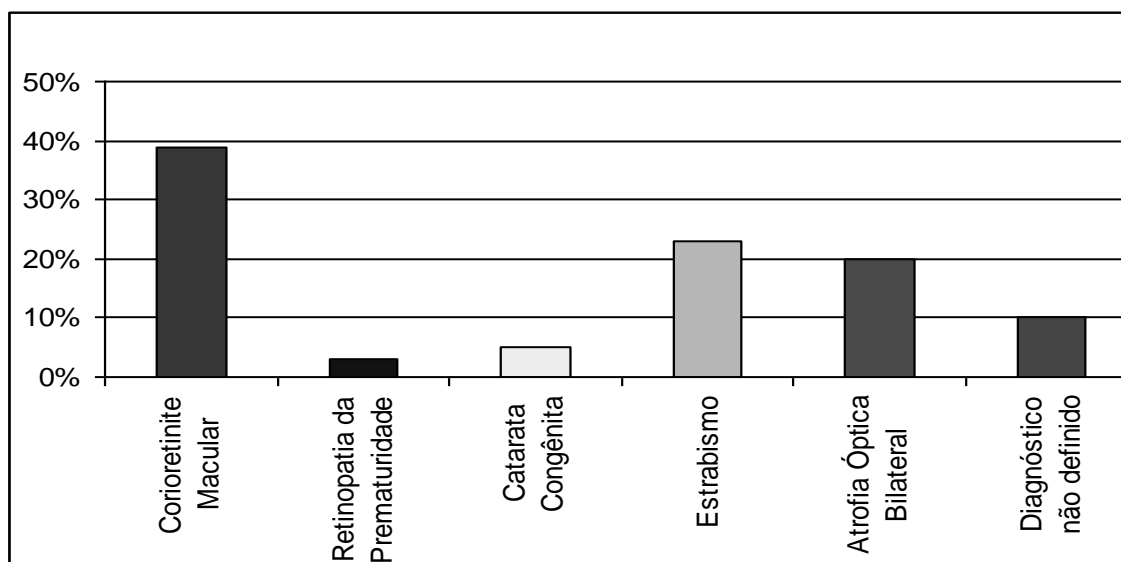


GRÁFICO 1: AFECÇÕES OCULARES

Para a Organização Mundial da Saúde (1994), as principais causas de deficiência visual infantil em países em desenvolvimento são determinadas geneticamente. Albuquerque e Alves (2003) detectaram, entre as afecções oculares que acometem crianças de baixa renda num serviço oftalmológico na cidade de Recife, que em relação aos transtornos da coróide e da retina, 47% tinham retinopatia da prematuridade, 29,4% coriorretinite e 23,5% retinoblastoma⁶. Dos transtornos do cristalino, 84% tinham catarata congênita e 15,4% catarata pós-traumática.

Em pesquisa realizada por Rudanko e Laatikainen (2004), que procurou averiguar os comprometimentos visuais em crianças durante duas décadas em países desenvolvidos, de 1972 a 1989 na Finlândia, detectou entre as etiologias mais incidentes: 34% má formações, 31% problemas

da retina, 26% acometimentos neuroftalmológicos, 26% atrofia do nervo óptico e 13% catarata congênita.

Segundo Veiztman (2000), as causas mais comuns de perda visual infantil são de origem infecciosa devido à rubéola, à toxoplasmose congênita e às doenças de causa hereditária. Segundo Graziano (2002), mais de 82% dos indivíduos com infecção congênita, se não tratados durante o primeiro ano de vida, desenvolvem lesões coriorretinianas até a adolescência. Entretanto, o tratamento desses casos reduz para 58% a porcentagem das lesões observadas. A toxoplasmose congênita causa lesões maculares e compõe uma das principais causas de baixa visão na América Latina. No entanto, estas não necessariamente aparecem no momento do nascimento, podendo surgir nos meses posteriores (Dodds, 2003).

Observa-se no gráfico 2 a presença de doenças associadas em 65% dos casos, o que indica a grande incidência de múltiplas deficiências. A gravidade dos comprometimentos de crianças com múltipla deficiência tem aumentado nos últimos anos devido, principalmente, ao grande índice de sobrevivência de prematuros, garantida pelo avanço da medicina pré-natal e neo-natal (Nobre, 1998).

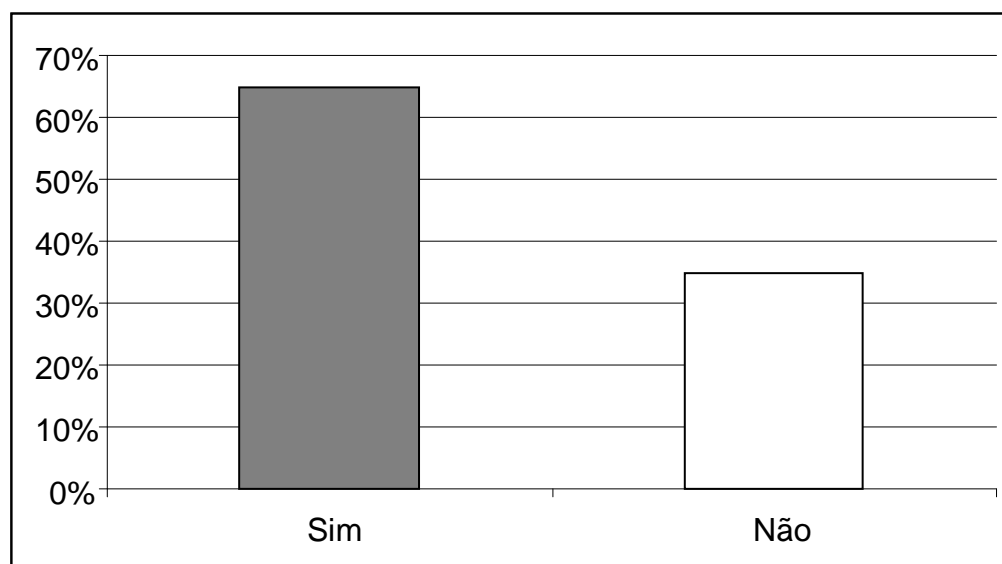


Gráfico 2: Presença de Múltiplas Deficiências

Segundo Rudanko e Laatikainem (2004) 45% das crianças com deficiência visual possuíam múltiplas deficiências associada.

Hyvarien (1988) relata que 70% das crianças deficientes visuais possuem também outras deficiências. A mesma autora comenta sobre os movimentos estereotipados, comuns nessas crianças, dizendo que “o tempo que poderia ser aproveitado para aprender através de brincadeiras, está sendo desperdiçado pelo uso inadequado das mãos”. Enquanto profissionais, temos o papel de orientar os pais quanto à necessidade de inibir esses comportamentos oferecendo outros estímulos, dando significado a alguns movimentos para a criança e favorecendo o relacionamento com o mundo ao seu redor. Nobre (et al 1998) refere que a criança com deficiência múltipla geralmente é atendida ainda mais tardiamente no serviço de estimulação visual, devido à dificuldade na definição deste diagnóstico.

A idade do 1º atendimento da criança no SVSNI revela a intervenção precoce ou tardia e influencia no planejamento das propostas de intervenção. Dessa forma, agrupando as faixas etárias por períodos distintos do desenvolvimento, encontrou-se que 15% das crianças foram atendidas entre 1 e 6 meses, 31% entre 7 e 12 meses, 22% entre 13 e 18 meses, 12% entre 19 e 24 meses e 8% mais que 25 meses. Dos 60 prontuários 12% não continham a data do 1º atendimento (gráfico 3).

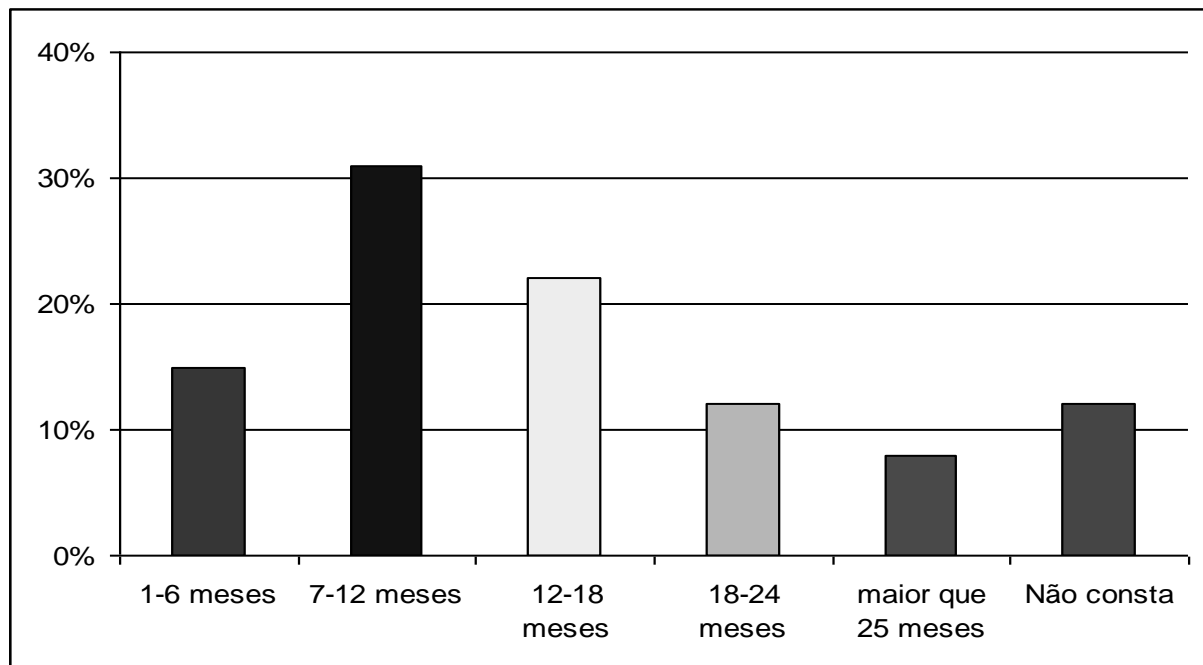


Gráfico 3: Idade do primeiro atendimento no SVSNI

Nobre (1998) caracterizando o atendimento de estimulação em serviço de visão subnormal aponta, baseada em outras pesquisas, que em relação ao processo de interação dos oftalmologistas com pessoas com deficiência visual, além de haver um número reduzido de encaminhamentos dos oftalmologistas para os serviços especializados, muitos não conheciam estes serviços existentes em sua comunidade. Uma vez informados regularmente sobre os tipos de atendimentos fornecidos pelas instituições, ou tendo freqüentado algum tipo de curso de reabilitação para deficientes visuais, houve um aumento do número de encaminhamentos. Na medida em que ocorreu uma maior conscientização por parte dos oftalmologistas quanto à importância do encaminhamento precoce, mais crianças foram beneficiadas por este serviço. O oftalmologista passa a ter um papel fundamental para o futuro da criança, pois a família pode não procurar por atendimento especializado se este não for sugerido pelo oftalmologista de maneira clara e enfática. Nobre (1996) relata, em um estudo dos primeiros 40 casos atendidos no SVSNI do Hospital da Unicamp, que 33% tiveram intervenção precoce iniciada, portanto, antes do primeiro ano de vida. Analisando os grupos etários, verifica-se que houve um aumento para 54% dos atendimentos ocorridos no primeiro ano de vida no período de 2000 a 2003, o que representa índice positivo em relação à intervenção precoce, favorecendo um melhor desenvolvimento global das crianças.

A descoberta do problema visual foi identificada em 31% dos casos pelas mães, em 17% pelos pediatras, em 12% por outra especialidade médica, em 8% por outros membros do círculo familiar e em 5% pelo pai. Em 27% dos prontuários não constavam esta informação (gráfico 4).

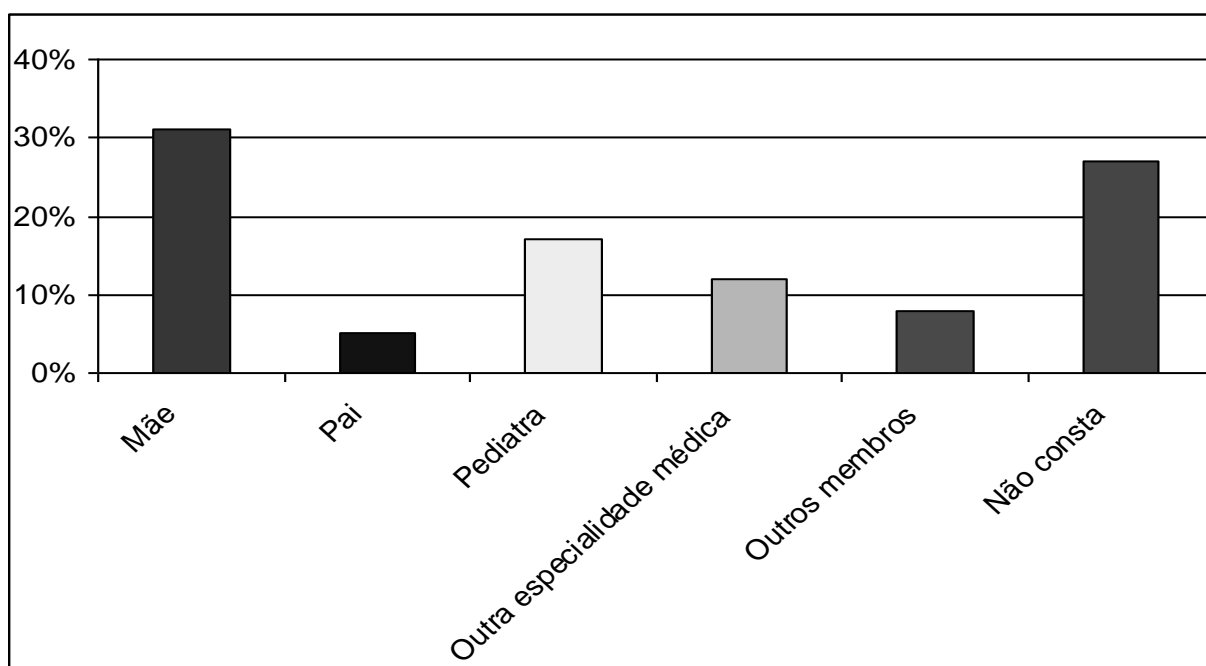


Gráfico 4: Quem percebeu o problema

A partir desses dados, ressalta-se a grande importância de acolhimento e orientação das mães, afinal são elas as quais ficam a maior parte do tempo com os bebês, dedicando-se a eles, proporcionando as condições de seu desenvolvimento e desempenhando papel de observadoras. A oportunidade da mãe ajudar, de maneira construtiva, na recuperação de seu filho, pode provocar nela um sentimento de competência e realização, bem como a sensação de sentir-se física e psicologicamente disponível para seu filho deficiente, sabendo que compartilha da sua difícil experiência. Assim, orientam-se os pais quanto à importância de ampliar o campo de investigação do filho, apresentar o mundo exterior e todas as coisas que o rodeia, favorecer o uso dos outros sentidos para a melhor compreensão da realidade, desenvolver o hábito e interesse de olhar e observar para, com isso, propiciar o desenvolvimento global e integração das diferentes funções remanescentes da criança (Nobre et al, 2001).

Em relação à procedência, 17% das crianças residem em Campinas, 73% advêm de outras cidades do estado de São Paulo e 10% de cidades do estado de Minas Gerais (gráfico 5).

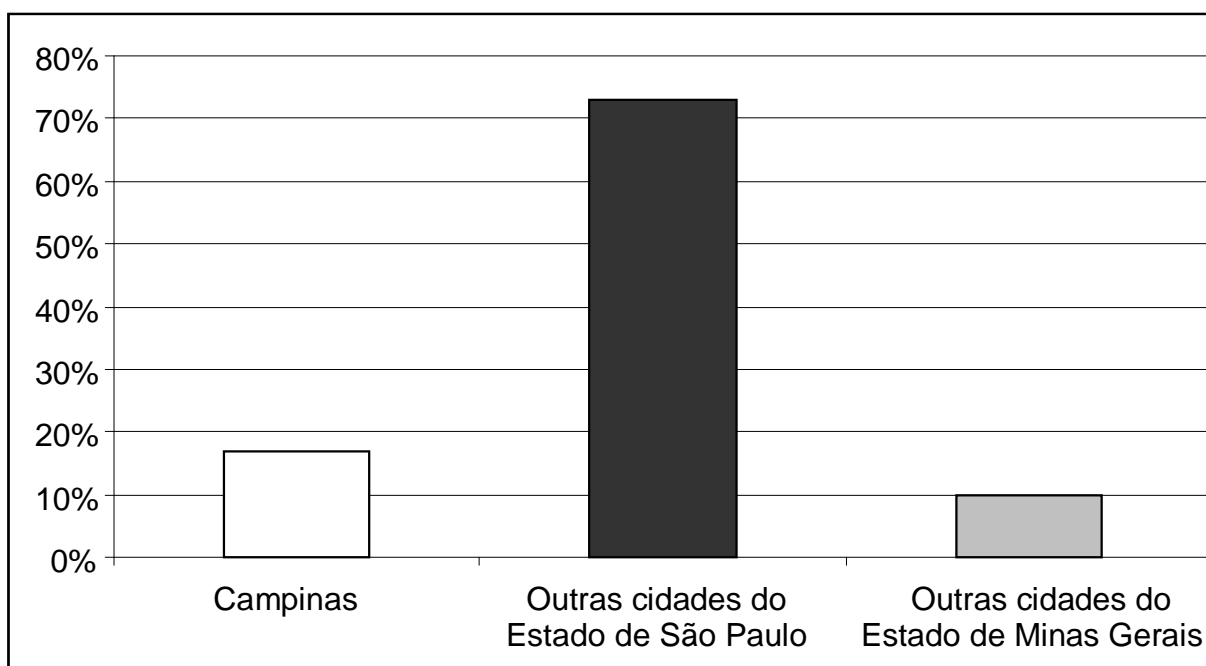


Gráfico 5: Procedência

Os resultados mostram que a grande maioria dos casos procede do interior de São Paulo. Esta população se deslocou de sua cidade de origem para o SVSNI em busca de um melhor atendimento, por ser este considerado um centro de referência para outras instituições, responsabilizando-se pelo treinamento e aprimoramento de profissionais por meio de cursos de extensão, simpósios e outras atividades. Encontram-se dados similares em pesquisa de Nobre (1998) na qual 88% da amostra procedia do interior de São Paulo.

Até dez anos atrás, o SVSNI recebia um grande número de pacientes da região Nordeste. A partir de 1992, em decorrência da Fundação Altino Ventura (FAV), sediada em Recife (Pernambuco), ter sido selecionada para atender portadores de visão subnormal, foi suprida a carência de serviço especializado na região Nordeste o que evitou deslocamentos destes pacientes para o sul do país em busca de tratamento adequado (Leal et al 1995). Pode ser esta uma das razões pela qual não foram encontrados na amostra deste estudo pacientes daquela região.

Conclusão

A coriorretinite macular teve maior incidência dentre as patologias encontradas, tendo a mãe importante papel na identificação do problema visual da criança e sendo o primeiro atendimento no SVSNI, na maioria dos casos, até um ano de idade. Ademais, a maior parte da amostra estudada advém do interior do estado de São Paulo. A caracterização dessa clientela possibilita subsídios para um maior conhecimento da população atendida.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Coriorretinite Macular: representa lesão de segmento posterior do olho (mácula e retina) de etiologia infecciosa (toxoplasmose congênita) causando perda da visão central (escotomas), embaçamento da visão, fotofobia e lacrimejamento.

2 Estrabismo: perda do paralelismo entre os olhos ocorrendo um desvio que pode ser para dentro (estrabismo convergente), para fora (estrabismo divergente) e ou verticais (um olho fica mais alto ou mais baixo do que o outro).

- 3 Atrofia Óptica Bilateral: representa estágio avançado ou final de processo patológico ocorrido em alguma região ao longo do nervo óptico, tornando o disco óptico pálido e plano. Causa com isso baixa acuidade visual em ambos os olhos.
- 4 Catarata Congênita: a catarata é uma opacidade do cristalino. O cristalino é uma membrana elástica, localizada atrás da íris, responsável pela focalização dos raios de luz sobre a retina e pelo processo de acomodação. Isso permite que a imagem seja projetada exatamente sobre a retina e vista com a máxima nitidez. A catarata congênita não tem causa determinada, as mais freqüentes são a hereditariedade e infecções intra-uterinas (como a rubéola).
- 5 Retinopatia da Prematuridade: processo fibroso que compromete a retina dos dois olhos da criança prematura devido ao uso prolongado de oxigênio pelos recém nascidos de baixo peso. Apresenta quatro estágios de evolução, sendo que o quarto representa o descolamento da retina, o que pode levar à cegueira
- 6 Retinoblastoma é um tumor ocular originário das células da retina (membrana ocular sensível à luz). Trata-se do mais comum tumor ocular na infância e pode ter caráter hereditário (Schor, Chamon e Belfort Jr., 2004).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R.C.; ALVES, J.G.B. Afecções oculares em crianças de baixa renda atendidas em um serviço oftalmológico na cidade do Recife - PE, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v.66, n.6, p. 831-834, 2003.
- BRUNO, M.M.G. Desenvolvimento integral do portador de deficiência visual: da intervenção precoce a integração escolar. São Paulo: Newswork, 1993, 144p.
- CARVALHO, K.M.M. Visão subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil. 1993. 124f. Tese (Doutorado ?) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.
- CORSI, M.G.F. Visão subnormal: intervenção planejada. São Paulo: M.G.F./Corsi, 2001, 122p.
- DODDS, E.M. Toxoplasmosis ocular. *Arquivos de la Sociedad Española de Oftalmologia*, v.78, n.10, p. 531-541, 2003.
- HYVARIEN, L. La vision normal y anormal em los niños. Madri, Once, 1988, p.92.
- LEAL, D.B et al. Atendimento a portadores de visão subnormal: estudo retrospectivo de 317 casos. *Arquivos Brasileiros Oftalmologia*, v.6, n.58, p.439-442, 1995.
- NOBRE, M.I.R.S. Atendimento de estimulação em serviço de visão subnormal: características de usuários, opinião e conduta de mães. Campinas, 1998. Dissertação (Mestrado em?) – Universidade Estadual de Campinas.
- _____. et al. Múltipla deficiência e baixa visão. *Revista de Neurociências*, v.3, n.6, p.111-113, 1998.
- _____. O papel do terapeuta ocupacional no serviço de visão subnormal. In: CONGRESSO EUROPEU DE TERAPIA OCUPACIONAL, 5, Madri, Espanha, 1996. Anais... Madri, Espanha, 1996.
- _____. et al. Deficiência visual de escolares: percepção de mães. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.55, n.10, p.24-27, 2001.
- _____.MONTILHA, R.C.I.; GAGLIARDO, H.G.R. - Atuação terapêutico-ocupacional junto a pacientes com transtornos da visão. In: DE CARLO, M.; LUZO, M.C.M. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004, p. 276-291.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Programa para a Prevenção da Cegueira. O atendimento de criança com baixa visão. Bangkok: OMS, 1994.

ROCHA, H. Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção, recuperação e reabilitação. Belo Horizonte: Fundação Hilton Rocha, 1987.

RUDANKO, S.; LAATIKAINEN, L. Visual impairment in children born at full term from 1972 through 1989 in Finland. *Ophthalmology*, v.111, n.12, p.2307-2312, 2004.

SCHOR, P.; CHAMON W.; BELFORT Jr., R. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Oftalmologia. São Paulo: Manole, 2004.

VEIZTMAN S. Visão subnormal. Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: CBO: CIBA VISION, 2000.

_____. O papel do oftalmologista numa equipe multidisciplinar para a habilitação de crianças deficientes visuais. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, São Paulo, v.5, n.55, p.215-217, 1992.

WAISBERG, Y. Clínica de Visão Subnormal: experiência inicial particularidades do atendimento no Brasil. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, Rio de Janeiro, v.4, n. 42, p.25-30, 1984..

Maria Inês Rubo de Souza Nobre é doutora em Ciências Médicas - Oftalmologia, docente do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Prof. Dr. Gabriel Porto e do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (CEPRE - FCM - UNICAMP).

Rita de Cássia Ieto Montilha é doutora em Ciências Médicas - Oftalmologia, docente do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Prof. Dr. Gabriel Porto e do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (CEPRE - FCM - UNICAMP).

Mirela de Oliveira Figueiredo é terapeuta ocupacional, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Centro de Investigação em Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (FCM - UNICAMP).

Débora Porto Maciel é terapeuta ocupacional, Estagiária do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Prof. Dr. Gabriel Porto da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (CEPRE - FCM - UNICAMP).

Keila M. Monteiro de Carvalho é doutora, Professora e Chefe da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Oftalmologia/Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM - UNICAMP).