

GUSTAVO ARAÚJO COVOLO

***AValiação da Demanda Atendida num Modelo de
Atenção Secundária em Saúde Ocular:
Perfil Nosológico, Produtividade e
Resolutividade.***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de Oftalmologia.*

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta

CAMPINAS

2003

UNIDADE HC
 1ª CHAMADA UNICAMP
C838a
 EX
 OMBO BC/ 61667
 ROC. 16-86-05
 C ☐ D ☒
 REÇO 3.00
 ATA 03/11/05
 % CPD
 Id 338245

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
 BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
 UNICAMP**

C838a Covolo, Gustavo Araújo
 Avaliação da demanda atendida num modelo de atenção secundária
 em saúde ocular: Perfil nosológico, produtividade e resolutividade /
 Gustavo Araújo Covolo. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Carlos Eduardo Leite Arieta
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas.

1. Cegueira. 2. Olhos-Doenças-Prevenção. 3. Olhos-Cirurgia-
 Complicações. 4. Olhos-Diagnóstico. 5. Olhos-Doenças. 6.
 Cegueira prevenção. I. Carlos Eduardo Leite Arieta. II. Universidade
 Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

GUSTAVO ARAÚJO COVOLO

***AVALIAÇÃO DA DEMANDA ATENDIDA NUM MODELO DE
ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE OCULAR:
PERFIL NOSOLÓGICO, PRODUTIVIDADE E
RESOLUTIVIDADE.***

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Oftalmologia do(a) aluno(a) **Gustavo Araújo Covolo**.

Campinas, 26 de fevereiro de 2003.

Prof(a). Dr(a). Carlos Eduardo Leite Arieta
Orientador(a)



CAMPINAS

2003

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a).

Membros:

1.

2.

3.

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

AGRADECIMENTOS

A minha esposa Tatiana, pelo carinho e apoio nos momentos difíceis, o sorriso nos dias de sol e a certeza no amanhã.

Ao meu pai Alcir, pela retidão e exemplo que me guiaram e me guiam como médico e ser humano.

A minha mãe Maria Cecília, pelo amor e pela coragem de sua presença em minha vida.

Aos meus irmãos Paula e Fábio, faróis do meu porto de partida.

Aos meus avós, Alcides e Stella, pela graça de tê-los como exemplo.

Aos meus avós, Gelásio e Irma, pela mãe que possuo.

Aos meus sogros Francisco e Marlene, e aos meus cunhados Márcia e Celso, pelo carinho e compreensão às minhas opções.

Aos meus amigos fraternos Alfredo, Bráulio, Rodrigo e Wilson, minha família em Campinas e para toda a vida.

Ao meu orientador Dr. Carlos Arieta, pelo estímulo, pelos conselhos e pelas oportunidades fundamentais de crescimento profissional e humano.

Ao meu chefe Dr. Newton Kara-José, pela inspiração e ensinamentos preciosos de vida, e pela ‘paternidade’ do meu objeto de estudo.

A Dra. Edméia Temporini, pela orientação e crítica construtiva na minha humilde jornada como pesquisador.

Ao Dr. João Ramão Rodrigues e família, pela amizade e suporte nos primeiros meses em Campinas.

A Cecília e todos os amigos da Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP, por acreditarem em fazer diferente.

Lâmpada para os meus pés é tua palavra, e luz para o meu caminho.

Salmo 119, Versículo 105

	<i>PÁG.</i>
RESUMO.....	<i>xii</i>
ABSTRACT.....	<i>xiv</i>
1-INTRODUÇÃO.....	16
1.1-A atenção à saúde ocular no Brasil	17
1.2-Revisão histórica sobre a prevenção da cegueira	17
1.3-A catarata e a nova abordagem preventiva no Brasil	18
1.4-Modelos de atenção secundária em oftalmologia	22
1.5-Qualidade na atenção à saúde	23
1.6-Avaliação e planejamento dos serviços de Saúde no Brasil	25
1.7-A demanda atendida como alvo de pesquisa	26
2-OBJETIVOS.....	29
2.1-Objetivo principal	30
3-MATERIAL E MÉTODOS.....	31
3.1-Descrição do modelo e da região em estudo	32
3.2-Metodologia	34
3.3-Avaliação da qualidade do registro médico	37
4-RESULTADOS.....	38
4.1-Qualidade do registro médico	39
4.2-Perfil geral dos pacientes atendidos	40
4.3-Principais motivos de consulta ou de retorno ao serviço	41
4.4-Perfil nosológico, incluindo a classificação da OMS para o grau de comprometimento visual.....	46
4.5-Causas de visão subnormal e cegueira	47
4.6-Principais condutas e procedimentos indicados.....	49

4.7-Principais motivos de encaminhamento para outros serviços, com a avaliação do nível de resolatividade do serviço.....	52
5-DISSCUSSÃO.....	56
5.1-Importância do prontuário médico	57
5.2-Divinolândia – modelo em atenção secundária	58
5.3-Amostra – limitações	59
5.4-Characterísticas da amostra – regionalização, sexo e faixa etária	59
5.5-Produtividade ambulatorial	60
5.6-Characterísticas da demanda referida – atenção secundária ou terciária ?.....	61
5.7-Atendimentos tipo urgência : escapes nos critérios de agendamento	61
5.8-Demanda “cativa”.....	62
5.9-A natureza do motivo de consulta: diferença entre os tipos de atendimento.....	62
5.10-Áreas de concentração dos retornos: a importância do glaucoma.....	63
5.11-Principais motivos de encaminhamento e resolatividade do serviço.....	64
5.12-Doenças de retina e vítreo: vocação à atenção terciária	66
6-CONCLUSÕES	68
7-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
8-ANEXOS	77
1-Ficha de coleta de dados	78
2-Códigos sobre motivos de consulta e condutas	79
3-Sobre o modelo de classificação de doenças: Classificação Internacional das Doenças (CID).....	85

LISTA DE ABREVIATURAS

%	Frequência.
Amb	Ambulatório, ambulatorial.
BAV	Baixa da acuidade visual.
CA	Câmara anterior.
CID	Classificação Internacional de Doenças.
CN	Consulta tipo “caso novo”.
CONDERG	Consórcio para o Desenvolvimento Regional.
CV	Campo Visual.
Cx combinada	Cirurgia combinada(extração extracapsular+trabeculectomia).
Cx	Cirurgia .
DCA	Dacriocistite aguda.
DCC	Dacriocistite crônica.
DCR	Dacriocistorrinostomia.
EECP	Extração extra-capsular.
FACO	Facoemulsificação.
FACOTREC	Cirurgia combinada (facoemulsificação+trabeculectomia).
FCM-UNICAMP	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
LC/Tx/CR	Lente de contato, transplante de córnea e cirurgia refrativa (amb.).
MC	Mini-curva (curva tensional diurna).
OACR	Oclusão de artéria central da retina.
OMS	Organização Mundial de Saúde.

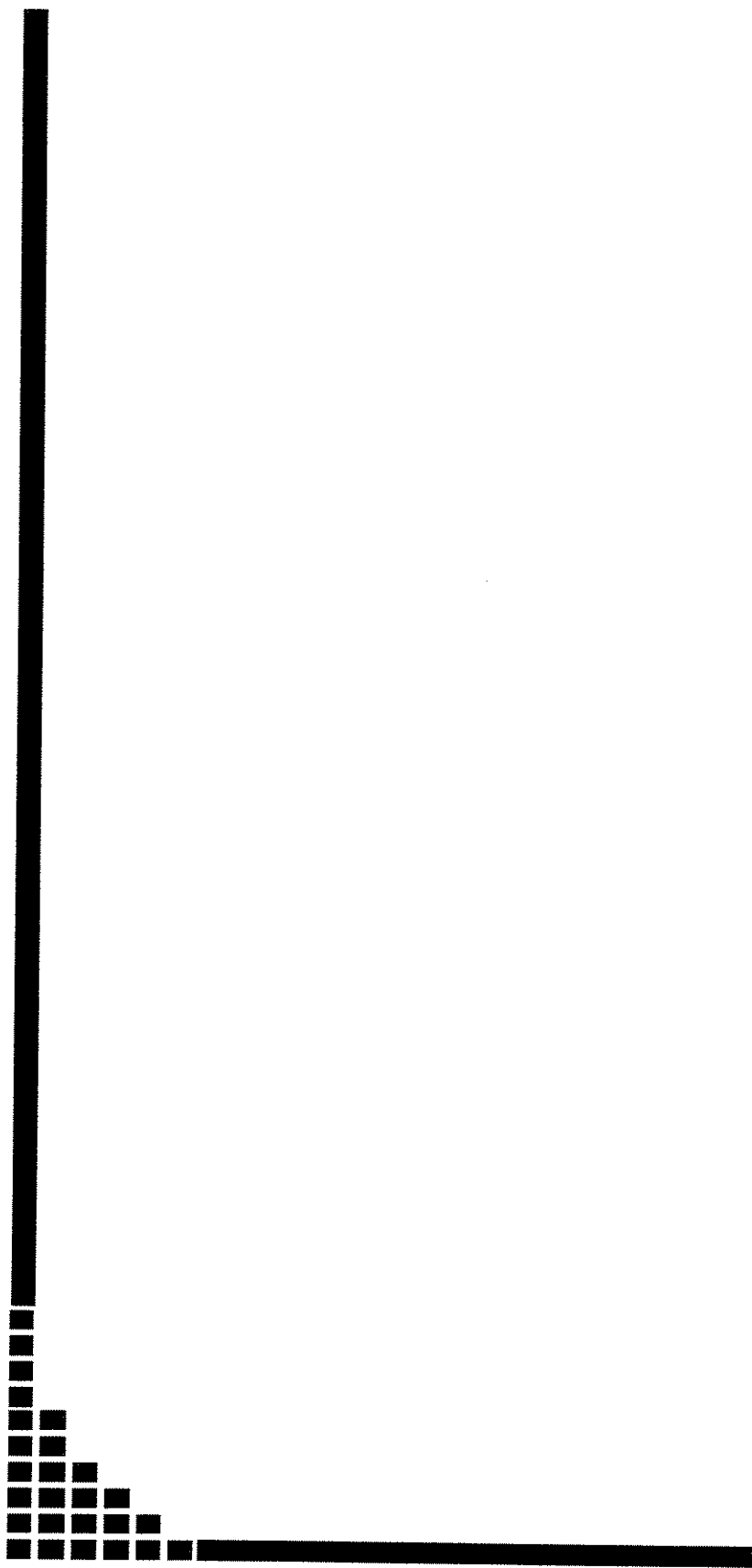
ORV	Oclusão de ramo de veia.
OVCR	Oclusão de veia central da retina.
PO	Pós-operatório (revisão cirúrgica).
Raio-X	Radiografia.
RET	Consulta tipo “retorno”.
SUDS	Sistema unificado e descentralizado de saúde.
SUS	Sistema único de saúde.
URG	Consulta tipo “Urgência”.
Yag-laser	neodymium:YAG (yttrium-aluminium-garnet).

LISTA DE TABELAS

	<i>PÁG.</i>
Tabela nº01 Frequência de registro dos itens em prontuário pelo tipo de agendamento.....	39
Tabela nº02 Idade média e faixa etária por tipo de agendamento de consulta	40
Tabela nº03 Gênero por tipo de agendamento de consulta.	40
Tabela nº04 Motivos de consulta em atendimento tipo “caso novo”	42
Tabela nº05 Motivos de Consulta em atendimento tipo “Urgência”	43
Tabela nº06 Os 20 motivos de retorno mais freqüentes.....	44
Tabela nº 07 Motivos de retorno (concentração por subespecialidade)	45
Tabela nº 08 Distribuição do tipo de atendimento de retorno por subespecialidade..	46
Tabela nº 09 Número absoluto e freqüência de hipóteses diagnósticas por tipo de agendamento de consulta.....	47
Tabela nº10 Catarata como causa única ou associada de baixa visão e cegueira em consultas agendadas como casos novos: números absolutos e freqüência por classe de visão subnormal da OMS.....	48
Tabela nº11 Indicação de alta e solicitação de retorno, de campo visual e curva tensional por tipo de agendamento.....	50
Tabela nº12 Principais condutas por tipo de agendamento: caso novo (CN), retorno (ret.) e urgência (urg.).....	51
Tabela nº13 Principais procedimentos ambulatoriais por tipo de agendamento.....	51
Tabela nº14 Principais indicações cirúrgicas por subespecialidade.....	52
Tabela nº15 Numero absoluto de freqüência de solicitação de exames externos pelo número e tipo de atendimento.....	53
Tabela nº16 Número absoluto de freqüência de solicitação de interconsultas pelo número e tipo de atendimento.....	53
Tabela nº17 Encaminhamento para o serviço terciário	54
Tabela nº18 Resolutividade corrigida por tipo de atendimento	54

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro nº01 Caracterização demográfica da região de São João da Boa Vista, com destaque a presença de serviços públicos municipais de oftalmologia (Seade 2001).....	33
Quadro nº02 Grupos Nosológicos.....	36

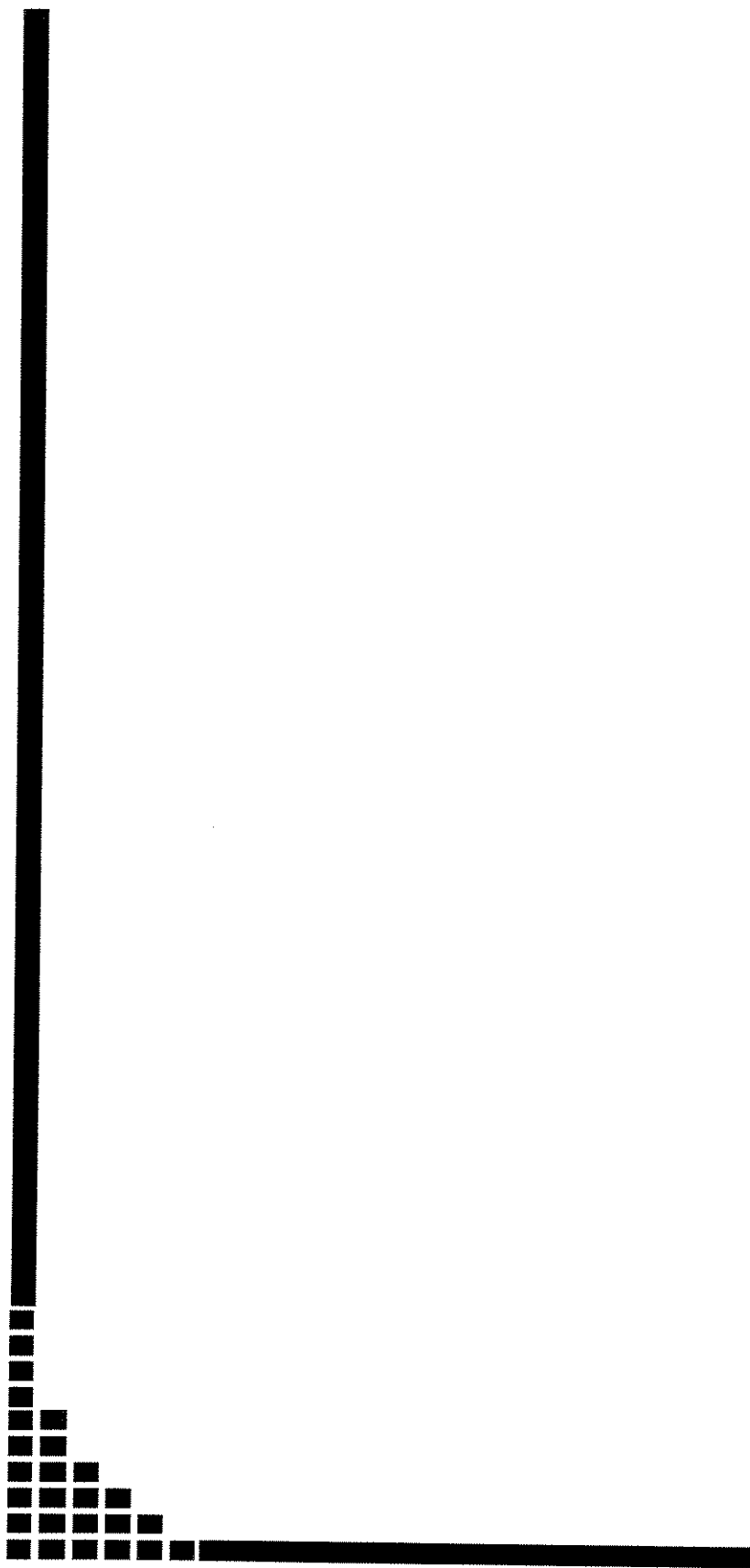


RESUMO

O objetivo desse trabalho foi caracterizar a demanda presente em um modelo de atenção secundária em saúde ocular (Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP), quanto ao perfil nosológico, e analisar a sua produtividade e resolutividade.

Foi realizado estudo da demanda atendida, tipo corte transversal, em uma amostra sequencial de pacientes, utilizando como objeto de estudo o atendimento médico oftalmológico registrado em prontuário médico. As variáveis utilizadas foram: sexo, idade, motivo de consulta, acuidade visual corrigida, hipótese diagnóstica (CID) e conduta, incluindo dentre outras indicação de cirurgia e encaminhamentos ao hospital terciário. As variáveis foram analisadas quanto ao tipo de atendimento realizado a partir do tipo de agendamento (“caso novo”, “ urgência” e “retorno”).

O perfil nosológico se mostrou heterogêneo quanto ao tipo de agendamento da consulta. No grupo dos atendimentos tipo “caso novo”, houve o predomínio dos erros de refração, das doenças externas e das cataratas. No grupo “urgência” as doenças externas e os traumatismos se destacam. No grupo “retorno”, além dos erros de refração, se encontra o glaucoma, a pseudofacia e a catarata. As principais áreas de concentração dos retornos incluíam o glaucoma e a pseudofacia. A principal indicação cirúrgica foi a facectomia. A produtividade foi considerada elevada, com 4,56 consultas/profissional/hora, e taxa de ocupação ambulatorial de 116,5%. O modelo em questão se mostrou altamente resolutivo em qualquer tipo de agendamento , com resolutividade global de 93,69%.

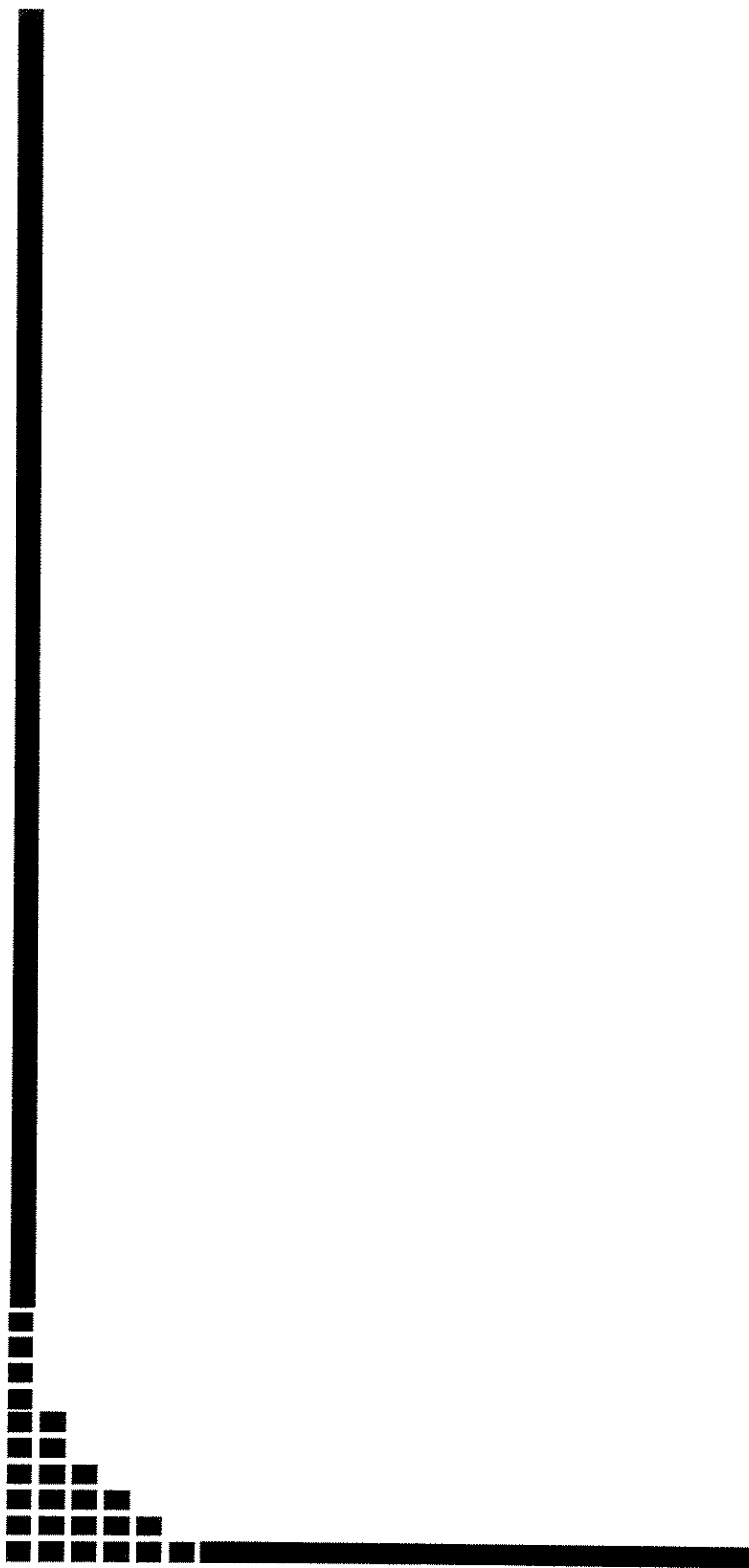


ABSTRACT

The purpose of this work is to describe the demand of patients in a secondary eye care service (Eye clinic at Divinolândia Regional Hospital), as for nosology profile, productiveness and resoluctiveness.

It was realize a demand study, transversal , in a sequencial sample of patients, using as a study object the medical records. The usable variants was: sex, age, consultation motive, corrective visual acuity, diagnostic hypothesis (CID) and behavior, including surgery and leadings of the third degree hospitals.. The variants was analise as type of service accomplished to start from the kind of appointment (“new case”, “urgency” and “return”).

The productiveness was high considered with 18.36 appointments /professional/turns, and the occupancy level of 116.5%. The nosology profile shows itself different in kind of appointment consultation. In the “new case” group the majority was refraction errors, extern diseases and cataract. In the urgency group the external diseases and traumatismes exceed. In the return group beyond of refractions errors, we find the pseudophakia, glaucoma and cataract. The most important concentration areas of return included the glaucoma and pseudophakia . The major surgery indication was cataract surgery. The question model shows itself highly resolutive in any kind of appointment with global resoluctivity of 93.69%.



1-INTRODUÇÃO

1.1-A ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR NO BRASIL.

A atenção na rede pública ao paciente com doença ocular, por muitos anos, no Brasil, se deu de forma distorcida e insuficiente¹. Distorcida porque muitos destes pacientes procuravam serviços de atenção terciária, nos grandes centros urbanos, como os hospitais universitários e as instituições e fundações de caráter filantrópico, ao invés de serem atendidos em sua cidade ou região de origem²⁷⁻²⁸. Insuficientes porque a demanda de pacientes era excessiva para a capacidade de atendimento destes estabelecimentos. Como resultado, serviços de atenção terciária, idealizados para a resolução dos problemas oculares de alta complexidade, apresentavam-se sobrecarregados por uma demanda espontânea, em sua maioria com problemas de baixa complexidade. A maioria da população permanecia sem assistência oftalmológica, aguardando um longo período para ser atendida. Por outro lado, os pacientes com problemas oculares de maior complexidade encontravam estes mesmos grandes centros sobrecarregados, e por diversas questões logísticas não tinham o seu problema sanado. Soma-se o fato que, apesar do grande número de oftalmologistas existentes no Brasil, a má distribuição persiste até os dias de hoje, com uma concentração de proporções autofágicas nas médias e grandes cidades e no setor privado, e uma baixa cobertura nas pequenas cidades e no setor público de saúde¹⁰.

A busca por um modelo resolutivo de atenção secundária em saúde ocular, de fácil reprodutibilidade e custos aceitáveis, integrado às ações de promoção à saúde ocular da rede básica de saúde, é um dos paradigmas da oftalmologia nacional.

1.2-REVISÃO HISTÓRICA SOBRE A PREVENÇÃO DA CEGUEIRA^{21,44}

1822: Fundação das Escolas de Medicina no Rio de Janeiro e na Bahia, com sólida formação em saúde ocular.

1854: Fundação do “Instituto Imperial de Meninos Cegos”, marco inicial da prevenção da cegueira no Brasil.

1881: Publicação do Método de Credè na Europa, a *ophtalmia neonatorum* era responsável por 50% das causas de cegueira no Brasil.

¹ Kara-José N., Comunicação Pessoal, 2000.

- 1905: Estudos sobre Tracoma no estado do Rio Grande do Sul, por Victor de Brito.
- 1929: Fundação da Associação Internacional para a Prevenção da Cegueira, por De Laperssone, no Congresso Internacional de Oftamologia/Amsterdan.
- 1931: Comitê Nacional da Associação Internacional para a Prevenção da Cegueira em São Paulo.
- 1935: A técnica de Credè se torna obrigatória. 1º Congresso Brasileiro de Oftalmologia : são relatados os primeiros trabalhos sobre prevenção. Del Nero apresenta estudos sobre populações com alta prevalência de Tracoma (66,2%).1940-70: Extensão dos comitês de prevenção.
- 1973: A Organização Mundial da Saúde (OMS) lança o programa “Prevención de la Ceguera”, onde ressalta a necessidade de estudos amostrais para o planejamento e avaliação dos sistemas de saúde ocular.
- 1974: 1º Congresso Brasileiro de Prevenção à Cegueira.

1.3-A CATARATA E A NOVA ABORDAGEM PREVENTIVA NO BRASIL

No início da década de 1980, a catarata começa a ser destacada no Brasil como importante causa de cegueira. Na época, considerava-se que 80 % dos cegos se encontravam em países sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento, e apontavam a má nutrição e as infecções como as principais causas, aliados a escassez e a precariedade do atendimento oftalmológico^{11,37}. Nesses países, considerava-se que dois terços das doenças que causam cegueira são susceptíveis à prevenção e 20% dos considerados cegos poderiam ser curados. Dentre a principal causa de cegueira curável se encontrava a catarata³⁴.

Kara-José²⁴ et al.(1982), ao descrever as condições do atendimento oftalmológico na cidade de Rio Claro-SP, destacava a importância de se obter dados estatísticos recentes sobre a morbidade ocular no país. As diretrizes da OMS sobre prevenção da cegueira, em 1973, já apontavam a necessidade de investigações oftalmológicas e inquéritos populacionais nos países de terceiro mundo para um real diagnóstico da saúde ocular, afim de se “facilitar a assistência oftalmológica dos novos

casos descobertos e proporcionar os dados básicos necessários para o planejamento e avaliação dos sistemas de higiene ocular”. Neste mesmo estudo, o autor considerava a rede hospitalar “perfeitamente adequada para atender a população do município”, porém ressaltando a dificuldade de acesso do oftalmologista local ao credenciamento do INAMPS. Apesar de 71,6% das cirurgias terem sido realizados pelo Instituto de Previdência Social, 92,1% destes tiveram acesso ao médico através de consulta particular. Quando calculado o número de cirurgias de catarata por milhão de habitantes em Rio Claro para o ano de 1980, obtém-se 736,4 cirurgias/1.000.000 habitantes, considerado um indicativo de baixa cobertura para este tipo de cirurgia⁵⁵. Esse índice é obtido por meio de inquéritos populacionais, aonde a frequência de pacientes operados e a prevalência de pacientes portadores de catarata com indicação cirúrgica são somados. O índice de cirurgia de catarata seria o número total descrito menos o número de pacientes a serem operados⁵⁵.

Em 1986, a Associação Panamericana de Oftalmologia, em parceria com a Hellen Keller International e a National Eye Institute, promoveu uma reunião científica em que pretendia abordar o problema da cegueira por catarata numa perspectiva de pesquisa cirúrgica. Procurou-se a resposta à uma pergunta: “Quão perto se pode chegar da eliminação da cegueira por catarata senil numa área geográfica definida num curto período de tempo, quando uma campanha agressiva de erradicação é realizada ?”²⁰. Preocupados com a incorporação dessas ações nas políticas locais de saúde, tentavam estabelecer um ponto de partida útil com um projeto quando o custo não era um fator limitante, para uma realidade em que os esforços poderiam ser mais práticos e efetivos.

A partir desta reunião, foram implementados dois projetos semelhantes de estudo populacional de triagem visual e intervenção cirúrgica, nas cidades de Campinas-Brasil e Chimbote-Peru, denominados “Zona Livre de Catarata”, no intuito de reduzir a cegueira por catarata nessas localidades²⁰. A incorporação de entidades não governamentais no apoio e financiamento a estes projetos (ex: Lions, Hellen Keller inc.) foi fundamental para a viabilização e futura expansão para o resto do Brasil e da América Latina do modelo de atenção proposto.

Nestes estudos, se demonstrou que a catarata era a principal causa de cegueira acima de 50 anos. A prevalência de cegos foi de 5% da população examinada, e 2/3 tinha como causa a opacificação do cristalino. Em Campinas, apenas 50% dos pacientes que necessitavam de cirurgia tinham sido operados antes do projeto. Estudos semelhantes realizados em Santo Antonio do Jardim-SP²⁰ e Correntes-PI² apresentaram índices de cirurgia de catarata de 20% e 10%, respectivamente. Outros dois estudos de prevalência merecem destaques: em 1985, na cidade de Botucatu-SP³⁶, a catarata foi a principal causa de cegueira, independente da faixa etária, com 13% dos casos de cegueira. Em 1987, na cidade de Marília³⁰, 31% dos cegos tinha na catarata a causa principal.

No ano de 1986, no sentido de ampliar a atuação da universidade na comunidade, desenvolver estudos sobre cegueira e procurar formas de combatê-la, foi criado o Núcleo de Prevenção da Cegueira da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Além de ser co-responsável pela realização do braço brasileiro do projeto “Zona Livre de Catarata”, o núcleo atuava em projetos de promoção da saúde ocular, como campanhas para o uso do cinto de segurança, cursos para a formação de agentes de saúde ocular, triagem visual (“Projeto Bandeirantes”) e a criação de um Banco de óculos através de doação de lentes e armações.²¹

Em 1988, o Núcleo de Prevenção à Cegueira da FCM-UNICAMP desenvolvia o primeiro projeto de detecção e tratamento cirúrgico da catarata de caráter regional, na região de Governo de São João da Boa Vista-SP². Abrangia 07 dos 16 municípios da região de Governo, todos sem atendimento oftalmológico em sua rede pública, e utilizava a estratégia do auto-exame para a detecção dos pacientes com baixa visão acima dos 50 anos. Previamente, foi instalado nesta região, na cidade de Divinolândia, um serviço de oftalmologia através de um Convênio entre a UNICAMP e o Consórcio de Desenvolvimento para a Região de Governo de São João da Boa Vista (CONDERG). Atuando como um serviço satélite ao Departamento de Oftalmologia da UNICAMP, de caráter secundário, a Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia tinha por objetivo atender a população da região pertencente ao consórcio, onde os médicos residentes de 3º e 4º ano, ex-residentes e médicos assistentes atuavam juntamente com a

² Arieta, C.E.L. Comunicação pessoal, 2000

equipe de enfermagem e agentes de saúde na atenção da demanda regional. Um banco de óculos popular foi criado, anexo à clínica, com óculos de baixo custo para a população atendida²⁶.

Neste estudo, a frequência de pacientes com visão igual ou menor a 0,2 foi de 2.5% entre a população acima de 50 anos. A catarata se mostrava como causa isolada ou associada a erros de refração não corrigidos, ou com outras doenças oculares, em 2/3 dos casos. Os erros de refração foram a segunda causa de baixa visão desta amostra, justificando o banco de óculos e a instalação futura de uma óptica popular.

A partir do estudo de Divinolândia, a estratégia de detecção dos cegos pela técnica do auto-exame foi adotada pelos demais Projetos Catarata realizados no estado de São Paulo e na maior parte do Brasil, inicialmente pela UNICAMP e posteriormente pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia. A utilização de agentes de saúde ou auxiliares de oftalmologia no processo de triagem foi aceita e incorporada no planejamento e operacionalização destes projetos, sendo aproveitados inclusive na clínica de olhos.

Em 1991, Temporini⁵² publica o artigo “Pesquisa de Oftalmologia em Saúde Pública: Considerações metodológicas sobre fatores humanos”, no qual define as bases metodológicas em saúde pública para as pesquisas de saúde ocular nos campos técnico, administrativo e social da atenção. Segue uma série de estudos que procuram definir a estratégia de prevenção da cegueira por catarata no Brasil, em seus aspectos operacionais, como a viabilidade da cirurgia ambulatorial em larga escala e a otimização dos serviços e centros cirúrgicos, até os fatores humanos, como a percepção da doença pelo paciente, as dificuldades de acesso ao serviço, impacto na qualidade de vida e a sua satisfação como cliente^{3,22-23,25,49}. A reestruturação do centro cirúrgico ambulatorial do HC-UNICAMP, dentro dessa nova realidade, merece destaque.

Com isso, na última década, após a incorporação dos mutirões de cirurgia de catarata nas políticas do Ministério da Saúde, se observa uma reestruturação nos serviços de oftalmologia de atenção terciária, em especial os hospitais-escola, e a expansão de serviços de atenção secundária, em grande parte de caráter privado ou filantrópico, para se adequar a crescente demanda de cirurgias de catarata.

Atualmente, o ministério da saúde, em sua portaria nº 339, de 13 de maio de 2002, define as normas de classificação e cadastramento de centros de referência em Oftalmologia, que incluem os centros de referência regional Nível I (atenção secundária) e nível II (atenção terciária).³⁷ Os centros de referência Nível I devem apresentar um alto poder resolutivo sobre as doenças oculares mais prevalentes, referindo uma pequena parcela desta demanda aos centros de atenção terciária, como os hospitais universitários, ou Centros de Referência em Oftalmologia – Nível II⁷. Ambos devem ser integrados em redes de referência e contra-referência regional, para uma população adscrita, sob a gerência das secretarias estaduais ou distritais.

1.4-MODELOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM OFTALMOLOGIA

A atenção secundária em oftalmologia compreende a atuação do oftalmologista em uma demanda espontânea ou então sobre uma demanda referida pelos serviços de primeira linha, após a avaliação do médico generalista ou do agente comunitário³⁹.

A OMS (1997) define os serviços de atenção secundária em oftalmologia como centros distritais ou regionais de saúde, preferencialmente integrados à infra-estrutura de saúde geral já existente, tendo por objetivo o tratamento definitivo dos transtornos mais comuns causadores de cegueira. Destaca a importância da atuação conjunta com os agentes de saúde de atenção primária, para o adequado encaminhamento dos pacientes e para o treinamento e supervisão daqueles. As recomendações da OMS para os países de terceiro mundo incluem neste nível de atenção “a catarata, a triquíase, o entrópio, os traumatismos oculares, o glaucoma agudo de ângulo fechado e as infecções corneanas e intra-oculares”³⁹.

Atuam também em nível secundário os consultórios oftalmológicos, satélites do centro de referência regional, que diferem das clínicas oftalmológicas e dos hospitais de olhos por não apresentarem centro cirúrgico e por não realizarem exames diagnósticos mais sofisticados. Estes modelos devem se dispor de uma forma hierárquica, aonde o modelo com menor recurso diagnóstico e preventivo refere à demanda não resolvida para os centros regionais e estaduais de saúde ocular, constituindo uma rede local e/ou regional de referência e contra-referência que tem como objetivo elevar o nível de resolução no sistema.

O perfil dos pacientes atendidos (perfil da demanda) possivelmente difere entre os modelos de atenção secundária. As clínicas oftalmológicas apresentam uma demanda parcialmente referida pelos profissionais que atuam nos consultórios, provavelmente composta por pacientes com doenças de maior complexidade de resolução, como os portadores de catarata ou glaucoma. Entende-se por doenças de maior complexidade de resolução aquelas que requerem um emprego maior do aparato humano e tecnológico para o seu diagnóstico, tratamento e seguimento adequado. Por outro lado, tal como os consultórios-satélites, as clínicas oftalmológicas atendem a demanda espontânea dos pacientes, principalmente ao nível local.

O caráter heterogêneo da demanda atendida nos centros regionais de referência, ora espontâneo, ora referido, deve ser destacado para um melhor entendimento da estrutura operacional da rede regional, possivelmente contribuindo para o planejamento e a otimização desse sistema.

1.5-QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de qualidade na atenção à saúde é amplo, havendo inúmeras abordagens igualmente válidas, e a seleção da formulação mais apropriada depende do nível, enfoque e propósito da análise⁵⁴. Segundo Donabedian, existe três variáveis para a definição do tipo de abordagem a ser escolhida: os componentes do conceito geral de saúde (função físico-biológica, função psicológica e função social), níveis de agregação/organização dos provedores da atenção (Profissional isolado, vários profissionais, equipe organizada, instituição, sistema) e o objeto da atenção (Paciente ou população assistida, Indivíduo ou população geral). Cada um dos elementos dessas três variáveis podem ser combinados, destacando uma faceta deste complexo mosaico que é a atenção à saúde. De qualquer sorte, o conceito que o observador possui sobre saúde irá influenciar a sua concepção de qualidade em saúde, e a visão ampla do conceito nos leva à metodologia mais adequada para cada aspecto da atenção¹⁴.

O conceito da busca por qualidade em serviços de saúde, segundo Vuori⁵⁴, tem dois componentes: o analítico e o corretivo. O primeiro se atém à avaliação da qualidade da atenção, principalmente em seus aspectos técnico e interpessoal, enquanto o segundo deve

preceder e justificar a natureza da avaliação, propondo os ajustes necessários. Ou seja, a qualidade se obtém a partir dos ajustes propostos pelos indicadores de qualidade dos serviços, em constante atualização.

A busca por avaliação da qualidade da atenção, nos países de primeiro mundo, deu-se, num primeiro momento, sob o enfoque das corporações médicas⁹. A natureza liberal do exercício da medicina, em particular nos Estados Unidos, buscou nos princípios de auto-regulação do mercado um mecanismo que garantisse a qualidade da assistência médica pela excelência^{8,48}. Com a melhoria das técnicas cirúrgicas, da anestesia e a da assepsia, o tratamento cirúrgico ganhou visibilidade, levando a proliferação das escolas de medicina no final do século XIX naquele país. Muitas dessas instituições são criadas, e não havia de fato uma avaliação crítica quanto a sua atuação. A força corporativa dos profissionais de saúde americanos, como a American Medical Association, Clinical Congress of Surgeons e American Hospital Association, propõe a criação de parâmetros de avaliação qualitativa para o controle do exercício profissional⁸. O relatório Flexner¹⁷, de 1910, é a primeira tentativa de auditoria de serviços de saúde, apontando a baixa capacidade e qualificação dos profissionais de saúde e da prática médica. O seu grande impacto levou a proposição da Medicina Científica, baseada em evidências, e mudanças no campo da educação médica que persistem até os dias de hoje, como o hospital-escola e a separação entre o ciclo básico e profissional⁸.

A busca por qualidade em atenção segue com Codman⁴² e o estudo de resultados da atenção médica, aonde propõe uma metodologia de avaliação contínua, caso a caso, pelo serviço de saúde. A partir desse estudo, o Colégio Americano de Cirurgiões assume a avaliação da qualidade da prática cirúrgica e dos hospitais, e realiza um amplo estudo, com mais de 800 hospitais, verificando que menos de 135 tinham algum grau razoável de qualidade. Estabeleceu-se, em 1928, o Hospital Standardization Program, embrião da Joint Commission of Accreditation of Hospital (JCHA). A auditoria médica se estabelece como principal metodologia para o Estudo do Resultado, e ao lado do Estudo da Estrutura dos serviços de saúde (recursos humanos, físicos e tecnológicos), predominam até meados da década de 1960⁸.

Com o incremento dos recursos diagnósticos e terapêuticos a partir da década de 1960, a racionalização dos custos e investimentos em saúde se faz necessária. A Inglaterra, que possui um sistema público de saúde representativo, enfrenta este dilema e inicia o desenvolvimento de metodologias de avaliação da eficácia e da eficiência dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, visando otimizar a aplicação dos recursos em saúde¹². Surgem os ensaios clínicos controlados, com os critérios de randomização da amostra de pacientes e grupo-controle, a fim de se comparar diferentes abordagens diagnósticas ou terapêuticas e a sua eficácia¹⁹. O surgimento do Medicare e do Medicaid, programas norte-americanos de saúde pública, evidencia a necessidade da racionalização dos custos em saúde⁸.

A partir da década de 1970, o reconhecimento da complexa interação entre médico e paciente faz surgir as metodologias qualitativas de avaliação da qualidade da atenção. O autor principal nessa linha de pesquisa é Avedis Donabedian, que reconhece na avaliação dos serviços duas dimensões: o desempenho técnico e o relacionamento pessoal entre profissional da saúde e o paciente¹⁵. Enquanto o primeiro enfoca a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, o segundo aborda a satisfação dos preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A aplicação dessas metodologias pode se dar em qualquer um dos componentes da atenção (Estrutura, Processo e Resultado), de forma isolada ou em composição.

1.6-AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.

O Brasil sempre conviveu com formas distintas de modelos de saúde, representativas das distintas classes econômicas e sociais, e que muitas vezes refletiam na qualidade da prestação dos serviços a desigualdade de nossa sociedade. O Estado Brasileiro como formulador de políticas de saúde tem início com as medidas fito-sanitárias no século XIX, no intuito de preservar as exportações agrícolas e a mão-de-obra, visto o modelo agrário-exportador da nossa economia. A partir dessas ações, observa-se uma dicotomização das ações de saúde, ao longo do século XX: as medidas de assistência médica e as medidas de saúde pública, sendo que esta vinculada principalmente a classe trabalhadora. Desta forma, diferentes modelos de prestação de saúde no Brasil se

consolidavam: o liberal privado (para a minoria dominante), a medicina de grupo (alguns segmentos de trabalhadores urbanos) e a previdenciária, além dos serviços de caráter filantrópico ou de ensino médico, como as Santas Casas e os Hospitais de Clínicas, que atendiam o trabalhador sem carteira de trabalho e a população indigente. Todas estas formas de prestação de saúde se expandiram de forma errática, muitas vezes com financiamento estatal, sem planejamento prévio adequado⁵¹.

A avaliação dos serviços públicos de saúde no Brasil se dava de forma esporádica e a luz de critérios quantitativos, como produtividade e cobertura. O planejamento em saúde utilizava critérios empíricos ou desatualizados para a formulação das políticas de saúde, geralmente distantes do perfil de morbidade da população. A cobertura do serviço público era incompleta, marginalizando os indivíduos não vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A própria previdência social, com a terceirização indiscriminada para o setor privado de parte da assistência, com o aumento do custo da assistência pela aporte de tecnologia, pelo aumento durante a década de 1970 do número de trabalhadores com carteira assinada e pelas inúmeras fraudes, levou em 1976 à “crise da previdência”⁵¹, evidenciando a situação falimentar desse sistema.

Com a abertura política na década de 1980, a VIII Conferência Nacional de Saúde, fruto de outros fóruns anteriores com a participação de amplos segmentos da sociedade, lança as bases da reforma sanitária no Brasil. Esta transcendia a reorganização do setor saúde e buscava a mudança da qualidade de vida de toda a sociedade⁵¹.

A constituição de 1988 incorpora estes princípios, e incorpora pela primeira vez no Brasil a figura do Direito à saúde. São definidas as diretrizes para Sistema Único de Saúde (SUS), já com a implementação prévia do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). São princípios norteadores do SUS a universalidade, a equidade, a gratuidade, a descentralização administrativa, a integridade da assistência, a participação popular e a ocupação plena do setor público, com complementaridade dada pelo setor privado de saúde⁵¹.

A descentralização do gerenciamento a nível municipal fez com que o enfoque para o planejamento de políticas locais de saúde fosse respaldado pelo perfil de morbimortalidade da população assistida. A “gerência subsidiada na informação” norteou a

procura por metodologias de avaliação deste perfil e da própria qualidade da assistência prestada na rede de serviço. A busca da “informação descentralizada e disponível” fez com que os dados da atenção no próprio serviço de saúde fossem valorizados no diagnóstico dessa realidade. A avaliação dos serviços de saúde, antes quase inexistente no Brasil, a partir da década de 1980, é incorporada pelas equipes de programação dos serviços, na tentativa de se realizar uma análise crítica do que e como são ofertados os serviços de saúde, e o desenvolvimento de metodologias se inicia^{31-33,35,38,43,47}.

1.7-A DEMANDA ATENDIDA COMO ALVO DE PESQUISA

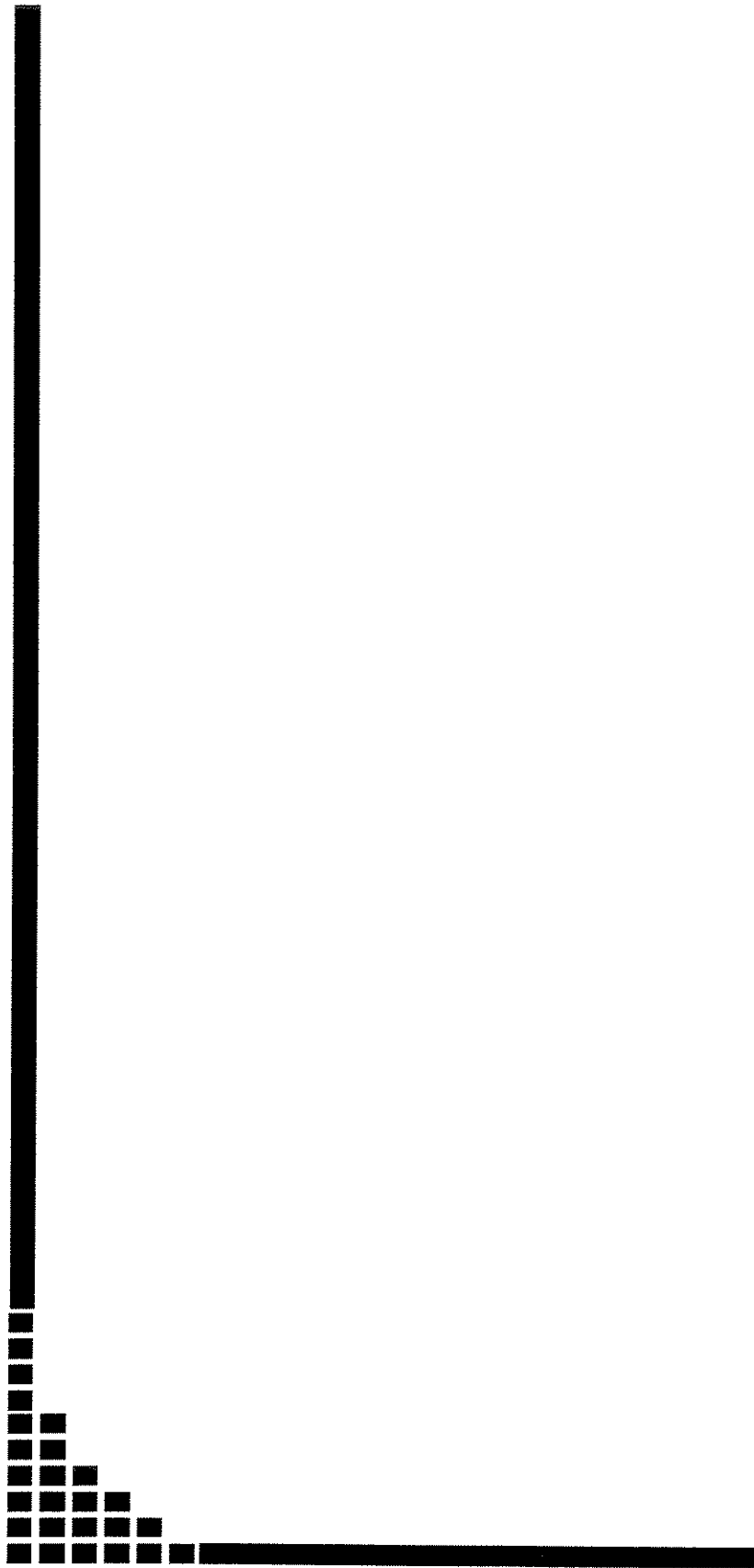
A alimentação de um sistema de avaliação dos serviços com dados atualizados tem no inquérito populacional o modelo mais adequado. Os inquéritos por amostragem avaliam o impacto das políticas de saúde através do perfil da morbidade prevalente na comunidade e a possível variação ao longo do tempo. Pelos custos elevados e por questões logísticas complexas, este tipo de estudo nem sempre é possível.

Outra fonte de informação sobre o perfil nosológico da comunidade e as políticas de saúde adotadas é o prontuário médico. A sua pouca utilização em pesquisa ao nível ambulatorial se dá pela baixa qualidade do registro. Estratégias como a padronização dos prontuários, a transcrição da suspeita diagnóstica registrada pelo médico por um outro profissional treinado e a conscientização do registro médico como um indicador da qualidade da atenção e como documento de valor jurídico tentam melhorar a legibilidade, a organização e o conteúdo do registro do atendimento médico^{33,35,47}. Os registros hospitalares em geral são mais confiáveis que os ambulatoriais pelo maior recurso diagnóstico, observação mais acurada e seguimento do tratamento. Por outro lado, as entrevistas domiciliares são menos confiáveis que os registros ambulatoriais⁴⁷.

Os pacientes atendidos em uma unidade de saúde podem fornecer dados de morbidade do serviço. Estes dados são indicadores das políticas de saúde adotadas, que ‘vocacionam’ a unidade a determinados tipos de problemas, preferencialmente relacionados com aqueles mais prevalentes na população assistida. Técnicas de planejamento em Saúde, como a do “Centro de Estudios del Desarrollo” (CENDES-OPAS) se utilizam desses dados registrados no serviço.

Por outro lado, se as políticas de saúde são embasadas em inquéritos populacionais e priorizam nas suas ações as doenças mais prevalentes, os dados de morbidade irão refletir esta realidade, apresentando uma certa correlação entre os problemas mais freqüentemente atendidos na unidade e as doenças mais prevalentes na comunidade. Para tanto, um estudo de demanda, seja em uma unidade de saúde, seja em uma rede local ou regional de assistência médica, deve cobrir toda a demanda gerada por uma população definida, sem escapes para outros serviços ou formação de demanda reprimida^{16,38,45}.

Os dados de um estudo de demanda podem ser utilizados como elementos de avaliação do desempenho da unidade no cumprimento de metas estabelecidas pelas políticas de saúde, bem como na qualidade da atenção, a partir da utilização de elementos traçadores que permitam o monitoramento de pacientes com determinado problema, desde a sua entrada no sistema até a resolução^{8,9,14}.



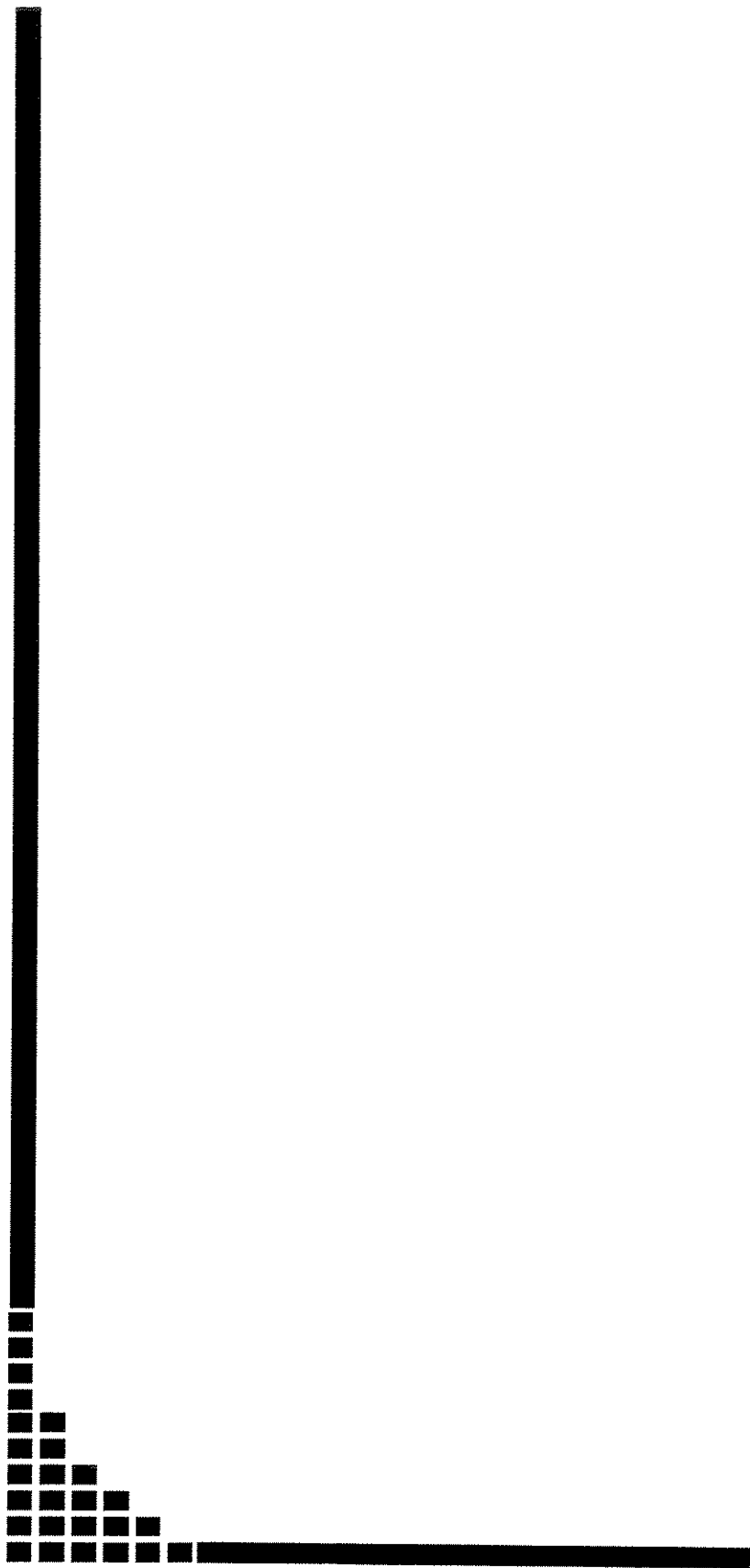
2-OBJETIVOS

Ciente da necessidade de se desenvolver metodologias de avaliação dos serviços de saúde ocular que contemplem as suas particularidades e possibilitem o aprimoramento dos modelos de atenção existentes, em particular aqueles de atenção secundária, o presente estudo teve como objetivos:

2.1-OBJETIVO PRINCIPAL

Caracterizar um modelo de atenção secundária em saúde ocular (Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia), de caráter acadêmico e que incorpora a pré-consulta do auxiliar de oftalmologia, a partir de uma amostra da demanda atendida, quanto ao:

- Perfil nosológico.
- Produtividade.
- Resolutividade.
- Qualidade do registro em prontuário médico.
- Frequência e causas de baixa visão e cegueira.
- Motivos de consulta.
- Principais condutas e indicações cirúrgicas.
- Principais motivos de encaminhamento.



3.1-DESCRIÇÃO DO MODELO E DA REGIÃO EM ESTUDO

A Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP surgiu a partir da necessidade da perenização das ações pontuais em prevenção à cegueira, realizadas a partir da década de 1980², pelo Núcleo de Prevenção à Cegueira da UNICAMP²¹, na cidade de Campinas²⁰ e na região de São João da Boa Vista - SP, representada pelo projeto “Zona Livre de Catarata”. Este serviço, de atenção secundária, teve os seus esforços iniciais voltados para o tratamento cirúrgico da catarata, doença de grande importância no perfil de morbidade da região, como indicavam os estudos epidemiológicos por “screening” (auto-exame) realizados na época². Também a correção das ametropias, pela grande importância na composição deste perfil, foi colocada como prioritária na confecção das políticas de saúde iniciais, com a estruturação de uma ótica popular anexa. Com o correr dos anos, e o ingresso permanente de pacientes portadores de glaucoma, houve uma estruturação do serviço para um aumento da resolução (incorporação de perímetros) e da aderência ao tratamento destes pacientes, com a criação de associações municipais de parentes e portadores de glaucoma, coordenados por agentes de saúde local e a coordenação médica do hospital de olhos.

A Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP é a referência em atenção secundária da região de Governo da qual pertence (São João da Boa Vista - SP), com 16 municípios de pequeno e médio porte, de economia diversificada nos 03 setores da economia, com mais de 448.000 habitantes e população predominantemente urbana¹⁸. Destes municípios, 09 possuem consultórios da especialidade no Sistema Único de Saúde, referindo a demanda triada e parte da demanda reprimida para o Centro Regional, correspondendo a 64,90% da população desta região de Governo. As cidades que não possuem atendimento oftalmológico pelo SUS correspondem a 32,43% do total, e a cidade-sede (Divinolândia-SP) apresenta 2,67% da população.

Quadro nº 01-Caracterização demográfica da região de São João da Boa Vista, com destaque a presença de serviços públicos municipais de oftalmologia (Seade 2001)

	TOTAL	CIDADE SEDE	CIDADES SEM SUS*	CIDADES COM SUS*
População Total (2000)	448.470	12014	145427	291029
População Urbana (2000)	378.376	6861	115501	256014
Frequência da população urbana	84,37%	57,11%	79,42%	87,97%
Área (em Km ^{2#})	6224	246	2447	3501
Densidade demográfica	72,05	48,84	59,43	83,13

*SUS: sistema único de saúde (presença de serviços de oftalmologia na rede pública).

#Km ²: quilômetros quadrados.

Por ser um serviço satélite da Disciplina de Oftalmologia da UNICAMP, possui um caráter também acadêmico, com a atuação de residentes de 3º ano e pós-graduandos, sob a supervisão de um coordenador clínico. É a única clínica credenciada ao SUS nesta região a realizar cirurgias oftalmológicas e exames oftalmológicos específicos, como biometria e perimetria computadorizada. Com isso, a assistência oftalmológica de maior complexidade em atenção secundária, concentra-se em um só local. Boa parte da demanda tem seu transporte até a Clínica de Olhos subsidiado pela prefeitura de origem e existe uma cota ilimitada de consultas para o pronto-atendimento (“urgências”) de casos previamente triados por agentes de saúde treinados na localidade de origem. As cotas de atendimento são orientadas a serem proporcionais à população do município de origem e o tempo de agendamento de casos eletivos não ultrapassa 30 dias, com preferência aos casos com suspeita de catarata.

A Clínica de Olhos, anexa ao hospital regional de Divinolândia, apresenta em seus recursos humanos 1 coordenador clínico (médico oftalmologista), 2 enfermeiras, 4 auxiliares de oftalmologia fixos e 4 funcionárias administrativas. Os médicos oftalmologistas atuam em rodízio semanal, em número de 3 médicos por semana, sendo 2

nos ambulatorios de oftalmologia geral e 1 no centro cirúrgico. Como infra-estrutura, dispõe de 3 consultórios oftalmológicos básicos, 1 sala com perímetro computadorizado e oftalmoscópio indireto, 1 sala de pré e pós-consulta com auto-refrator e um serviço de arquivos médicos parcialmente informatizado. O centro cirúrgico se encontra no hospital regional, a cerca de 100 metros da clínica, e possui 1 sala exclusiva para cirurgia ocular, que funciona em 9 a 10 turnos semanais, com 1 microscópio cirúrgico com controle de foco e X-Y no pedal, 1 facoemulsificador e instrumentais para a cirurgia de catarata, glaucoma, plástica ocular, estrabismo, vias lacrimais e pequenas cirurgias (pterígio e calázio).

O prontuário médico é padronizado para pacientes em primeira consulta, e dados como queixa principal, acuidade visual sem correção e auto-refração são realizados na pré-consulta pelo auxiliar de oftalmologia.

3.2-METODOLOGIA

Foi utilizado como objeto de estudo a consulta médica registrada em prontuário. A amostra compreendeu 2050 consultas consecutivas, representando aproximadamente 1/8 da demanda anual do serviço em estudo, em um período de 07 semanas. O atendimento dos pacientes foi realizado por 12 médicos diferentes, todos com título de especialista em oftalmologia, e sem orientação prévia sobre mudança nas diretrizes de preenchimento dos prontuários. Todos os médicos estavam cientes do protocolo de pesquisa que se realizava, e o observador se encontrava entre os médicos em atividade.

A coleta dos dados foi realizada por um único observador (GAC), 01 a 03 dias após a realização do atendimento, que formulou as suspeitas diagnósticas a partir dos dados descritos no prontuário (anamnese e exame oftalmológico), visto que não havia nas consultas realizadas a formulação das mesmas por parte do médico que realizou o atendimento. Foi formulada uma ficha de coleta, testada e aprimorada após a realização de um teste-piloto com 40 consultas fora da amostra do estudo. Esta ficha continha: n° do prontuário, iniciais do paciente, caráter da consulta conforme o tipo de agendamento (caso novo, retorno ou urgência), idade, sexo, cidade de origem, tempo de acompanhamento no serviço, n° de consultas nos últimos 06 meses, motivos de consulta, acuidade visual corrigida, hipóteses diagnósticas e condutas realizadas.

Eram considerados casos novos aqueles pacientes que se apresentavam pela primeira vez ao serviço, ou aqueles que o faziam após 06 meses da última consulta. As emergências eram caracterizadas pelo atendimento de pacientes sem agendamento prévio, encaminhados da sua cidade de origem após triagem de um agente de saúde treinado, que caracterizou aquele caso como necessário para um pronto-atendimento. Os atendimentos tipo retorno eram caracterizados pelo agendamento prévio, realizado pelo médico, tendo em vista a necessidade do acompanhamento clínico.

A idade foi registrada em anos, e o tempo de acompanhamento de serviço em meses. O número de retornos nos últimos 06 meses incluía a consulta em questão. Os motivos de consulta expressavam as queixas formuladas no prontuário, e apresentavam um caráter heterogêneo: ora descreviam a queixa tal qual o paciente relatara, ora traduziam em termos técnicos os sintomas descritos. Para tanto, estas queixas foram agrupadas e codificadas com um código alfa-numérico desenvolvido pelo pesquisador, para a otimização da análise dos dados.

Foi utilizada a melhor acuidade visual registrada, seja com a correção do próprio paciente, seja após a refratometria. O registro se deu com o uso do sistema decimal de Snellen, e posteriormente cada paciente teve a sua função visual classificada conforme os critérios utilizados pela OMS para visão sub-normal e cegueira, quando estas estivessem presentes. Nos atendimentos do tipo “retorno”, não foi coletado a acuidade visual, pela baixa frequência de preenchimento deste item em prontuário.

As hipóteses diagnósticas foram classificadas conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10º versão, inicialmente na sua forma mais específica (04 caracteres). Posteriormente, para a análise, simplificou-se as hipóteses coletadas para a forma mais genérica (03 caracteres) e excluiu-se as hipótese repetidas em um mesmo grupo nosológico. Isto se deu pela necessidade de evitar uma superestimação de determinados grupos nosológicos, com os das ametropias (H52) e das cataratas (H25 e H26), frequentemente com mais de uma hipótese por paciente atendido. Abaixo se encontra a relação dos grupos nosológicos e as respectivas CIDs:

Quadro 2-Grupos Nosológicos

Externas (H00-01;10-19)
Catarata (H25-27)
Refração (H52)
Retina (H33-36; 43-45; H59)
Glaucoma (H40;42)
Plástica (H02)
Estrabismo (H49-51)
Pseudofacia (Z96)
Uveíte (H20-22; 30-32)
Vias Lacrimais (H04-06)
Neuroftalmologia (H46-48; 55;58)
Trauma (grupo S e T)

As condutas foram codificadas por um segundo código alfa-numérico elaborado pelo próprio pesquisador, e foram agrupadas em condutas não-cirúrgicas, indicações de cirurgia, procedimentos ambulatoriais, encaminhamento ao hospital terciário, indicação de exames realizados no próprio serviço, indicação de exames realizados em outro serviço que não o hospital terciário de referência e solicitação de interconsulta a outra especialidade.

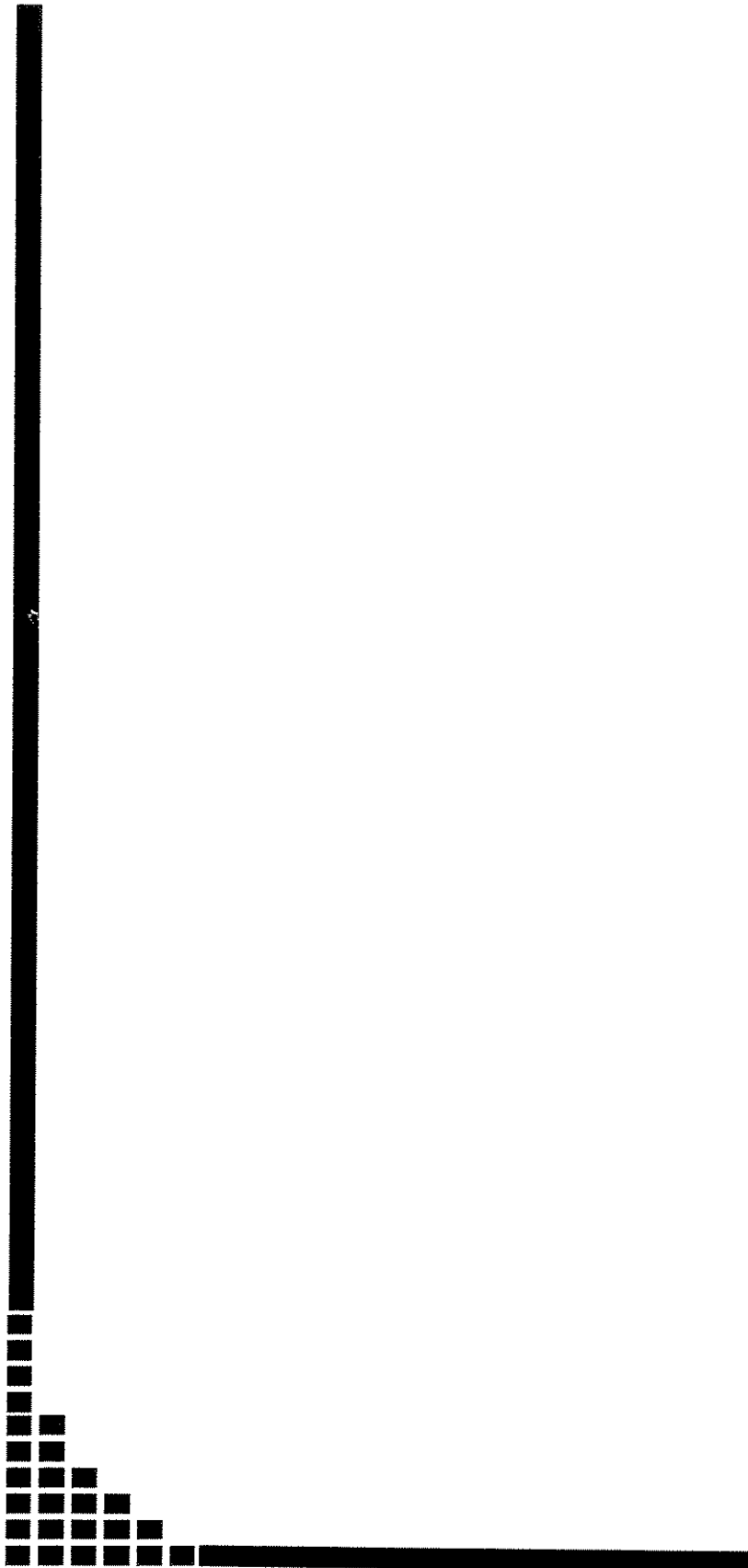
Para a avaliação do perfil geral dos pacientes atendidos, foram utilizados os dados disponíveis em todas as 2050 fichas de coleta, e em sua apresentação foram discriminados 03 grupos conforme o caráter do agendamento da consulta (casos novos, retorno e urgências). Incluía neste perfil: idade, sexo, procedência, tempo de acompanhamento no serviço e número de retorno nos últimos 06 meses.

A formulação destes 03 grupos foi mantida para a caracterização dos principais motivos de consulta ou de retorno ao serviço, assim como perfil nosológico, as principais condutas e procedimentos indicados, os motivos de encaminhamento para outros serviços e a resolutividade do serviço. Na caracterização da amostra quanto ao grau de comprometimento visual foi utilizado somente os grupos de casos novos e urgência, pois

estes grupos guardam alguma relação com o perfil de morbidade da região assistida, não se repetem ao longo da amostra e apresentam uma elevada frequência de preenchimento deste item em prontuário.

3.3-AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO MÉDICO

A avaliação da qualidade do registro em prontuário foi realizada observando-se a frequência do registro em prontuário dos itens do atendimento médico utilizados neste estudo: número do prontuário, município, sexo, idade, motivo de consulta, acuidade visual, hipótese diagnóstica e conduta. As frequências foram descritas quanto ao tipo de agendamento da consulta, e quanto ao tipo de atendimento disponível na cidade de origem do paciente.



4-RESULTADOS

4.1-QUALIDADE DO REGISTRO MÉDICO

A frequência de registro da acuidade visual foi menor nos atendimentos do tipo urgência (88,02%). A mesma frequência não foi considerada nos atendimentos do tipo retorno pela irregularidade do registro deste item, principalmente nos retornos de pacientes com glaucoma e nas revisões cirúrgicas. A tentativa de se considerar a acuidade visual registrada em pelo menos um dos últimos três retornos como uma alternativa metodológica foi contestada durante a realização do teste-piloto, por ser pouco operacional e de difícil interpretação. O sexo, item registrado na admissão do paciente no serviço e de responsabilidade do funcionário do SAME, foi o menor dentre aqueles do grupo “caso novo” (tabela nº01).

Tabela nº 01-Freqüência de registro dos itens em prontuário pelo tipo de agendamento (26/12/2000 a 09/02/2001) na Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP.

Itens de Prontuário	Total n:2050	Caso Novo n:738	Urgência n:167	Retorno n:1145
Número de Prontuário	98.49%(2019)	97.56%(720)	98.20%(164)	99.13%(1135)
Município	99.07%(2031)	99.19%(732)	99.40%(166)	99.30%(1137)
Gênero	96.24%(1973)	93.50%(690)	99.40%(166)	97.55%(1117)
Idade	98.44%(2018)	98.24%(725)	97.01%(162)	98.78%(1131)
Motivo de Consulta	99.37%(2037)	99.05%(731)	98.80%(165)	99.65%(1141)
Acuidade Visual	-	93.50%(690)	88.02%(147)	-
Hipótese Diagnóstica	99.71%(2044)	99.19%(732)	100.00%(167)	100.00%(1145)
Conduta	99.66%(2043)	99.46%(734)	100.00%(167)	99.74%(1142)

4.2-PERFIL GERAL DOS PACIENTES ATENDIDOS

Foram realizadas 2050 consultas entre os dias 26/12/2000 a 09/02/2001, abrangendo 31 dias úteis em 07 semanas, perfazendo 55 turnos de 04 horas de atendimento ambulatorial, com 02 oftalmologistas por turno. Com isto, a produtividade foi de 18,63 consultas / profissional / turno, ou 4.56 consulta/profissional/hora.

Quanto ao caráter do agendamento das consultas, 1145 (56,85%) foram retornos agendados, 167 (8,15%) foram consultas em caráter de urgência, e 738 (36,00%) foram consultas eletivamente agendadas como caso novo.

A idade média foi de $50,15 \pm 22,76$ anos, com intervalo de < 1 até 99 anos. A distribuição por faixa etária foi de 288 (14,27%) entre 0 e 19 anos, 636 (31,52%) entre 20 e 50 anos e 1094 (54,21%) para acima de 50 anos de idade (tabela nº02).

Tabela nº02-Idade Média e faixa etária por tipo de agendamento de consulta (26/12/2000 a 09/02/2001) na Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP.

	Idade (a)	0-19 a	20-49 a	>de 49a
Caso Novo	44,12	19,86%(137)	37,24%(257)	42,90%(296)
Urgência	36,16	22,22%(37)	51,85%(86)	25,93%(43)
Retorno	56,02	9,55%(107)	22,55%(252)	67,90%(758)
Total	50,01	14,27%(282)	30,19%(596)	55,55%(1096)

Quanto aos prontuários com o gênero adequadamente preenchido, 1062 (54,21%) eram do sexo feminino e 897 (45,79%) eram do sexo masculino (tabela nº03).

Tabela nº03-Gênero por tipo de agendamento de consulta (26/12/2000 a 09/02/2001) na Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP..

	Feminino	%	Masculino	%	Total
Caso Novo	414	60,00	276	40,00	690
Urgência	56	35,67	96	64,33	157
Retorno	592	53,00	525	47,00	1117
Total	1062	54,07	897	45,93	1964

Quanto à procedência, 2017 (99,31%) dos prontuários eram de pacientes provenientes de um dos 16 municípios pertencentes à região de Governo de São João da Boa Vista.

Dos 738 atendimentos de ‘casos novos’ realizados, 454 (61,52%) nunca tiveram contato prévio com o serviço; 284 (38,48%) já tinham tido atendimento prévio, há mais de 06 meses. Dos 167 atendimentos de ‘urgência’ realizados, 101 (60,84%) nunca tiveram contato prévio com o serviço; 66 (39,76%) já tinham tido atendimento prévio.

No grupo de atendimento tipo “retorno”, houve 1129 pacientes com o registro do tempo de acompanhamento (98,60%), com um tempo médio de acompanhamento de 34,09 meses e um desvio padrão de 42,89 , sendo que 686 (60,76%) tinham mais de 06 meses de acompanhamento no serviço. Neste mesmo grupo, a média de retornos nos últimos 06 meses foi de 5,78 , com uma frequência de registro nas fichas de coleta de 89,17%.

4.3-PRINCIPAIS MOTIVOS DE CONSULTA OU DE RETORNO AO SERVIÇO

Foram registrados 2576 motivos de consulta ou de retorno, com uma média de 1,26 motivos por atendimento realizados.

No grupo de casos novos foram registrados 1142 motivos de consulta, com a média de 1,56 motivos de consulta por atendimento, com 70 diferentes itens relacionados, sendo que os 20 motivos mais freqüentes correspondiam a 83,80% do total. Quanto à natureza dos motivos de consulta, 478 (41,86%) estão relacionados diretamente com a acuidade visual. Estes motivos se encontravam em 61,50% dos pacientes.

Tabela nº04-Motivos de consulta em atendimento tipo “caso novo” (26/12/2000 a 09/02/2001).

Motivos de consulta / TOTAL	n	n/mc*	n/aten [±]
1) Baixa visão/ “visão embaçada”	345	30.21	47.20
2) Prurido/ “coceira”	89	7.79	12.18
3) Ardor / “ardência”	75	6.57	10.26
4) “Lacrimejamento”	55	4.82	7.52
5) Cefaléia	47	4.12	6.43
6) “Dor nos olhos”	42	3.68	5.75
7) “Rever lentes” / ”reavaliar óculos”	41	3.59	5.61
8) “Olho vermelho” / hiperemia/ “vermelhidão”	37	3.24	5.06
9) Sensação de corpo estranho/ “cisco”	33	2.89	4.51
10) Pterígio	25	2.19	3.42
11) Interconsulta clínica médica/outras especialidades	22	1.93	3.01
12) Não registrado	20	1.75	2.74
13) “Irritação nos olhos”	20	1.75	2.74
14) Fotofobia	19	1.66	2.60
15) “Olho torto” /desvio ocular	19	1.66	2.60
16) “Catarata”	19	1.66	2.60
17) Astenopia / “cansaço” visual	17	1.49	2.33
18) “Secreção” / “muco”	16	1.40	2.19
19) Tumoração palpebral /calázio/hordéolo/ ”bolha”	16	1.40	2.19
20) “Quebrou óculos”	14	1.23	1.92

*(n/mc) : frequência de motivo de consulta pelo total do motivo de consulta

± (n/atend.).frequência de motivo de consulta pelo total de atendimento “caso novo”

No grupo dos atendimentos tipo “urgência”, foi registrado 293 motivos de consulta, com a média de 1,78 motivos de consulta por atendimento de ‘urgência’. Foram registrados 35 diferentes itens, sendo que os 20 primeiros correspondiam a 93,47 % do total. A relação segue abaixo:

Tabela nº 05-Motivos de Consulta em atendimento tipo “Urgência” (26/12/2000 a 09/02/2001).

Motivos de Consulta/Urgência	N	N/mc*	N/aten [±]
1) “Olho vermelho” / hiperemia/ “vermelhidão”	42	14.43	25.45
2) Sensação de corpo estranho/ “cisco”	34	11.68	20.61
3) Baixa visão/ “embaçamento visual”	28	9.62	16.97
4) “Dor nos olhos”	26	8.93	15.76
5) Prurido/ “coceira”	24	8.25	14.55
6) “Ardor” / “ardência”	16	5.50	9.70
7) “Secreção” / “muco”	16	5.50	9.70
8) Trauma ocular – vegetal/inseto/metálico	15	5.15	9.09
9) Trauma ocular – contuso	13	4.47	7.88
10) “Lacrimejamento”	12	4.12	7.27
11) Edema/ “inchaço” ocular	8	2.75	4.85
12) Edema palpebral	7	2.41	4.24
13) Fotofobia	6	2.06	3.64
14) “Irritação”	6	2.06	3.64
15) Interconsulta (fundoscopia indireta/2ª opinião)	5	1.72	3.03
16) Tumoração (peri) palpebral /calázio/hordéolo/’bolha’	4	1.37	2.42
17) Moscas Volantes	4	1.37	2.42
18) Não registrado	3	1.03	1.82
19) Queimadura (veneno, cal, soda).	3	1.03	1.82
20) Interconsulta clínica médica/outras especialidades	3	1.03	1.82

*(N/mc): frequência por motivo de consulta

±(N/atend.): frequência por número de atendimento

Os motivos de consulta relacionados à acuidade visual estavam presentes em 18,18% das consultas do tipo “urgência”.

No grupo de atendimento tipo “retorno”, foi registrado 1141 motivos de consulta, com a média de 1,01 motivo de consulta por atendimento de ‘retorno’. Documentaram-se 64 motivos de consulta, sendo que os primeiros 20 itens correspondiam a 85,68 %.

Nas duas tabelas a seguir(tabelas nº06 e 07), se encontram a relação dos motivos de retorno mais freqüentes e a distribuição destas consultas por subespecialidade:

Tabela nº 06-Os 20 motivos de retorno mais freqüentes (26/12/2000 a 09/02/2001).na
Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP.

Motivo do retorno	N	n/aten.*	Subespecialidade
1) Pós-operatório facoemulsificação	177	15.46	Catarata/Pseudofacia
2) Pós-operatório EECp	150	13.10	Catarata/Pseudofacia
3) Retorno de glaucoma	94	8.21	Glaucoma
4) Campo Visual	81	7.07	Glaucoma
5) Pós-operatório de trabeculectomia (TREC)	74	6.46	Glaucoma
6) Curva tensional	70	6.11	Glaucoma
7) Pós-operatório de exérese de pterígio	59	5.15	Externas
8) Retorno estrabismo	31	2.71	Estrabismo
9) Pós-operatório de facoemulsificação + TREC	30	2.62	Glaucoma
10) Retorno suspeito de glaucoma	29	2.53	Glaucoma
11) Retorno conjuntivite alérgica	27	2.36	Externas
12) Retorno uveíte posterior (séc. Toxoplasmose).	26	2.27	Uveíte
13) Retorno trauma ocular	25	2.18	Trauma
14) Pós-operatório blefaroplastia	22	1.92	Plástica
15) Retorno ceratite adenoviral	20	1.75	Externas
16) Pós-operatório correção ectrópio	16	1.40	Plástica
17) Pós-operatório correção estrabismo	14	1.22	Estrabismo
18) Retorno ambliopia	13	1.14	Estrabismo
19) Retorno conjuntivite	13	1.14	Externas
20) Retorno úlcera de córnea	10	0.87	Externas

*(n/atend.): freqüência do número dos motivos de consulta por

número de consultas de retorno.

Tabela nº 07-Motivos de retorno (concentração por subespecialidade) entre 26/12/2000 a 09/02/2001.

Subespecialidade	nº	%
Glaucoma	389	33.97
Catarata/Pseudofacia	350	30.57
Externas	165	14.41
Plástica	66	5.76
Estrabismo	58	5.07
Uveíte	35	3.06
Trauma	33	2.88
Vias lacrimais	17	1.48
Retina	11	0.96
Outros	17	1.44
Neuroftalmologia	3	0.26
Total	1144	100

Quando as subespecialidades têm a natureza do atendimento discriminada entre retornos clínicos, exames (curva tensional e perimetria computadorizada) e retorno de pós-operatório, obtêm-se os seguintes dados (tabela nº08):

Tabela nº 08-Distribuição do tipo de atendimento de retorno por subespecialidade (26/12/2000 a 09/02/2001) na Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP.

	Retorno	exames	Pós-operatório	Total
Glaucoma	123	151	115	389
Catarata/pseudofacia	12	0	338	350
Externas	105	0	61	166
Plástica	0	0	66	66
Estrabismo	44	0	14	58
Uveíte	35	0	0	35
Trauma/urgência	25	0	8	33
Vias lacrimais	4	0	13	17
Retina	11	0	0	11
Outros	17	0	0	17
Neuroftalmologia	3	0	0	3
Total	379	151	615	1145

4.4-PERFIL NOSOLÓGICO, INCLUINDO A CLASSIFICAÇÃO DA OMS PARA O GRAU DE COMPROMETIMENTO VISUAL.

Foram obtidos 3940 CIDs em 2044 consultas, com uma média de 1,93 CIDs por consulta.

A distribuição dos CIDs por grupo de patologia, a proporção destes grupos quanto ao total dos CIDs e quanto ao número de consultas se encontram abaixo, incluindo a distribuição pela natureza do agendamento da consulta (tabela nº09):

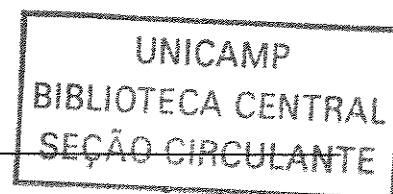


Tabela nº 09-Número absoluto e frequência de hipóteses diagnósticas por tipo de agendamento de consulta (26/12/2000 a 09/02/2001) na Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP..

Hipóteses diagnósticas	Casos Novos		Urgência		Retorno		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Refração	497	38.29	23	10.18	502	20.80	1022	25.95
Externas	267	20.57	100	44.25	231	9.57	598	15.19
Catarata	154	11.86	12	5.31	394	16.32	560	14.22
Pseudofacia	29	2.23	7	3.10	448	18.56	484	12.29
Glaucoma	53	4.08	6	2.65	421	17.44	480	12.19
Outros	89	6.86	14	6.19	108	4.47	211	5.36
Retina	67	5.16	2	0.88	68	2.82	137	3.48
Plástica	49	3.78	13	5.75	72	2.98	134	3.40
Estrabismo	39	3.00	1	0.44	58	2.40	98	2.49
Uveíte	21	1.62	7	3.10	57	2.36	85	2.16
Trauma	6	0.46	38	16.81	22	0.91	66	1.68
Vias Lacrimais	17	1.31	-	-	24	0.99	41	1.04
Neuroftalmologia	10	0.77	3	1.33	9	0.37	22	0.56
Total	1298	100.00	226	100.00	2414	100.00	3938	100.00

Foram registrados 1298 CIDs em 732 (99,19%) atendimentos tipo “caso novo”, com uma média de 1,78 CIDs por consulta realizada. Nos atendimentos do tipo “urgência”, foram registrados 226 CIDs, com a média de 1,35 CIDs por atendimento. Nas consultas tipo “retorno”, foram registradas 2414 CIDs, com a média de 2,11 CIDs por consulta.

4.5-CAUSAS DE VISÃO SUB-NORMAL E CEGUEIRA

Os pacientes da Classe 1 e 2 de ‘Comprometimento Visual’ pela Organização Mundial da Saúde (OMS), qualificados como indivíduos portadores de ‘visão sub-normal’, representaram 48 dos 738 atendimentos do tipo “caso novo”, representando 6,50 % da demanda. Os pacientes da classe 3 e 4, que juntamente com a classe 5 formam o grupo de indivíduos portadores de ‘cegueira’, representaram 2,43% da demanda, ou 18 atendimentos

no total de 738. Quando se avaliam as causas de baixa visão e cegueira, observa-se a grande frequência (68,18%) que se encontra a catarata com causa principal ou associada.

Tabela nº10-Catarata como causa única ou associada de baixa visão e cegueira em consultas agendadas como casos novos: números absolutos e frequência por classe de visão subnormal da OMS (26/12/2000 a 09/02/2001) na Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP.

	Catarata como causa				Total de	Frequência de
	Catarata como	Catarata como	única ou	Sem suspeita	consultas	VSN/cegos* por
	causa única	causa associada	associada	de catarata	realizadas	classe
Classe IV	1	3	4	2	6	9,09%
Classe III	8	1	9	3	12	18,18%
Classe II	3	1	4	4	8	12,12%
Classe I	17	11	28	12	40	60,60%
total	29	16	45	21	66	100%
%	43,93%	24,24%	68,18%	31,81%	100%	

*VSN/cegos: pacientes com visão subnormal e/ou cegos segundo os critérios da OMS

Os pacientes da Classe 1 e 2 de ‘Comprometimento Visual’ pela Organização Mundial da Saúde (OMS), qualificados como indivíduos portadores de ‘visão sub-normal’, representaram 9 dos 167 atendimentos do tipo “urgência”, representando 5,39 % da demanda. Os pacientes da classe 3 e 4, que juntamente com a classe 5 formam o grupo de indivíduos portadores de ‘cegueira’, representaram 0,60% da demanda, ou 1 atendimentos no total de 167.

4.6-PRINCIPAIS CONDUTAS E PROCEDIMENTOS INDICADOS

Foram registradas 3925 condutas, com uma média de 1,92 condutas por atendimento.

Atendimento tipo “caso novo”:

Nos atendimentos tipo “caso novo”, foram registradas 1437 condutas em 734 atendimentos (99,46%), com média de 1,96 condutas por atendimento efetuado. A prescrição de óculos foi realizada em 43,60 % das consultas, e a manutenção dos óculos em 3%. O tratamento medicamentoso foi instituído em 20,03% das consultas, e os tratamentos ortópticos e oclusivos foram instituídos em 2,04%. O 1º atendimento foi resolutivo em 44,82 % dos casos, com a indicação de alta no prontuário.

Houve 129 indicações de procedimento cirúrgico em 126 atendimentos (17,17%), aonde a facectomia com implante de lente intra-ocular, combinada ou não à cirurgia fistulizante, foi a indicação cirúrgica mais freqüente (68 indicações ou 52,31% do total das indicações ou 9,26% do total dos atendimentos). Foram realizados 07 procedimentos ambulatoriais (0,95%), sendo a epilação mecânica a mais freqüente (0,41%). Dentre os exames realizados no serviço, foram solicitados 40 perimetrias computadorizadas (5,45%) e 26 curvas tensionais diária (3,54%).

Atendimento tipo “Urgência”

Foram registradas 360 condutas, com média de 1,39 condutas por atendimento efetuado. 37,72 % dos pacientes atendidos tiveram alta na primeira consulta. Foi solicitado retorno em 56,29% dos atendimentos. O tratamento medicamentoso foi instituído em 79,04%. Foi realizada retirada de corpo estranho da superfície ocular em 12 atendimentos (7,19%). Houve 04 indicações de cirurgia (2,40%) e 07 (4,19%) solicitações de perimetria computadorizada.

Atendimento tipo “retorno”

Nos atendimentos do tipo “retorno” foram registradas 1447 condutas, com média de 1,96 condutas por atendimento efetuado. A prescrição de óculos foi realizada em 6,82 % das consultas. O tratamento medicamentoso foi instituído em 62,90% das consultas, e os tratamentos ortópticos /oclusivos e os retornos em pré-operatórios de estrabismo (medidas) foram indicados em 3,06 %. Foi dada a alta ambulatorial em 8,14 % e solicitado o retorno para seguimento clínico em 751 consultas (65,76%).

Houve 63 indicações de procedimento cirúrgico em 63 atendimentos (5,51%), aonde a facectomia com implante de lente intra-ocular, combinada ou não a cirurgia fistulizante, foi a indicação cirúrgica mais freqüente (35 indicações ou 55,5% do total das indicações ou 3,05% do total dos atendimentos). Foram realizados procedimentos ambulatoriais em 78 consultas (6,82%), sendo o mais freqüente o corte e/ou a retirada de pontos, realizada em 68 atendimentos (5,95%), seguido da injeção subconjuntival/subtenoniana (03 atendimentos) e retirada de corpo estranho corneano (02 casos).

Dentre os exames realizados no serviço, foram solicitados 72 perimetrias computadorizadas (6,30%) e 37 curvas tensionais diária (3,24%).

Tabela nº11-Indicação de alta e solicitação de retorno, de campo visual e curva tensional por tipo de agendamento (26/12/2000 a 09/02/2001).

Tipo de agendamento	alta		retorno		Campo Visual		Curva tensional	
		%		%		%		%
caso novo	329	44.82	238	32.43	40	5.45	26	3.54
urgência	57	34.13	80	47.09	7	4.19	70	0.00
retorno	93	8.14	751	65.76	72	6.30	37	3.24
	479	23.45	1069	52.33	119	5.82	63	3.08

Tabela nº12-As 20 principais condutas não cirúrgicas por tipo de agendamento: caso novo (Cn), retorno (ret.) e urgência (urg.), entre 26/12/2000 a 09/02/2001.

Condutas	C.N	%	Ret.	%	Urg.	%	Total	%
Tratamento medicamentoso	147	20.03	719	62.96	132	79.04	998	48.85
Prescrito óculos	320	43.60	78	6.83	-	-	398	19.48
Orientação	184	25.07	118	10.33	43	25.75	345	16.89
Tratamento oclusivo p/ambliopia	12	1.63	23	2.01	-	-	35	1.71
Retorno pré-operatório estrabismo	9	1.23	11	0.96	-	-	20	0.98
Indicado facectomia, porém sem aceitação.	6	0.82	11	0.96	-	-	17	0.83
Retorno para complemento de consulta	7	0.95	4	0.35	-	-	11	0.54
Mantido óculos	22	3.00	10	0.88	-	-	10	0.49
Exercícios ortópticos	3	0.41	1	0.09	-	-	4	0.20
Teste de Lente de Contato	1	0.14	2	0.18	-	-	3	0.15
Relatório DETRAN	1	0.14	2	0.18	-	-	3	0.15
Retorno com responsável (definir conduta)	1	0.14	1	0.09	-	-	2	0.10
Retorno a pedido (catarata)	2	0.27	-	-	-	-	2	0.10
Relatório para outra especialidade	1	0.14	1	0.09	-	-	2	0.10
Massagem do Saco Lacrimal	1	0.14	-	-	-	-	1	0.05
Retorno quando decidir operar	1	0.14	-	-	-	-	1	0.05
Aguarda exames	-	-	1	0.09	-	-	1	0.05
Entregar lente de contato	-	-	1	0.09	-	-	1	0.05

Tabela nº13-Principais procedimentos ambulatoriais por tipo de agendamento (26/12/2000 a 09/02/2001).

	C.N	%	Ret.	%	Urg.	%	Total	%
Cortar ponto/retirar ponto	-	-	68	5.95	3	1.80	71	3.48
Retirada de Corpo Estranho corneano	1	0.14	2	0.18	12	7.19	15	0.73
Epilação mecânica	3	0.41	1	0.09	1	0.60	5	0.24
Drenagem ambulatorial (abscesso)	1	0.14	1	0.09	2	1.20	4	0.20
Injeção subconjuntival/subtenoniana	-	-	3	0.26	-	-	3	0.15
Cultura	2	0.27	-	-	1	0.60	3	0.15
Retirada de membrana	-	-	1	0.09	1	0.60	2	0.10
Extração miíase	-	-	-	-	1	0.60	1	0.05
Refazer câmara anterior (metilose)	-	-	1	0.09	-	-	1	0.05
Lente de contato terapêutica	-	-	1	0.09	-	-	1	0.05
Retirada de calculo conjuntival	-	-	-	-	1	0.60	1	0.05
	7	0.95	78	6.83	22	13.17	107	5.24

Tabela nº14-Principais indicações cirúrgicas por subespecialidade (26/12/2000 a 09/02/2001).

	CN	Ret.	Urg.	Total	%/tipo	%/total
Catarata				99	4.55	50,51
Facoemulsificação c/LIO	37	18	-	55	2.69	
EECP c/LIO	29	14	-	43	2.10	
Implante secundário LIO	-	1	-	1	0.05	
Glaucoma				10	0.49	5,10
Trabeculectomia	-	6	-	6	0.29	
Faco-Trec	2	2	-	4	0.20	
Plástica ocular				46	2.25	23.47
Blefaroplastia superior	20	2	1	22	1.08	
Biópsia conjuntival/palpebral	4	-	1	4	0.20	
Correção de ectrópio	3	4	1	7	0.34	
Correção de ptose	2	1	-	3	0.15	
Correção de triquíase	1	4	-	5	0.24	
Evisceração	-	1	1	1	0.05	
Vias lacrimais				120	0.49	5.10
Sondagem de vias lacrimais	2	3	-	5	0.24	
Dacriocistorrinostomia	3	2	-	5	0.24	
Externas				31	1.52	15.82
Exérese pterígio	18	4	-	22	1.08	
Exérese de calázio	7	1	-	8	0.39	
Indicada correção de simbléfaro	1	-	-	1	0.05	
Total por tipo de atendimento	129	63	4			
Frequência por tipo de atendimento	17.57	5.52	2.40			
Total de indicação cirúrgica e frequência				196	9.59	100.00

4.7-PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇOS, COM A AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE RESOLUTIVIDADE DO SERVIÇO.

A resolutilidade global do serviço foi de 93,54% quando se avalia o encaminhamento em si. Quando se avalia o atendimento, e se corrigem aquelas consultas em que se observa mais de um encaminhamento por atendimento, a resolatividade é de 93,69%.

Quanto aos exames oftalmológicos realizados fora da clínica de olhos, e não referendados para o hospital terciário, o mais freqüente foi a dacriocistografia, com 12 solicitações (0.59% dos atendimentos). As interconsultas a outras especialidades foram em número de 20 (0,98%), sendo a clínica médica a mais freqüente.

Foram solicitados 101 encaminhamentos para o hospital terciário, em 98 atendimentos, com uma freqüência de 4,80% sendo o serviço de retina e vítreo o departamento mais solicitado (2,25%) com destaque para a solicitação de ultrassonografia (0.88%). Merece destaque a solicitação de capsulotomia (0.83%) e angiofluoresceinografia (1.2%).

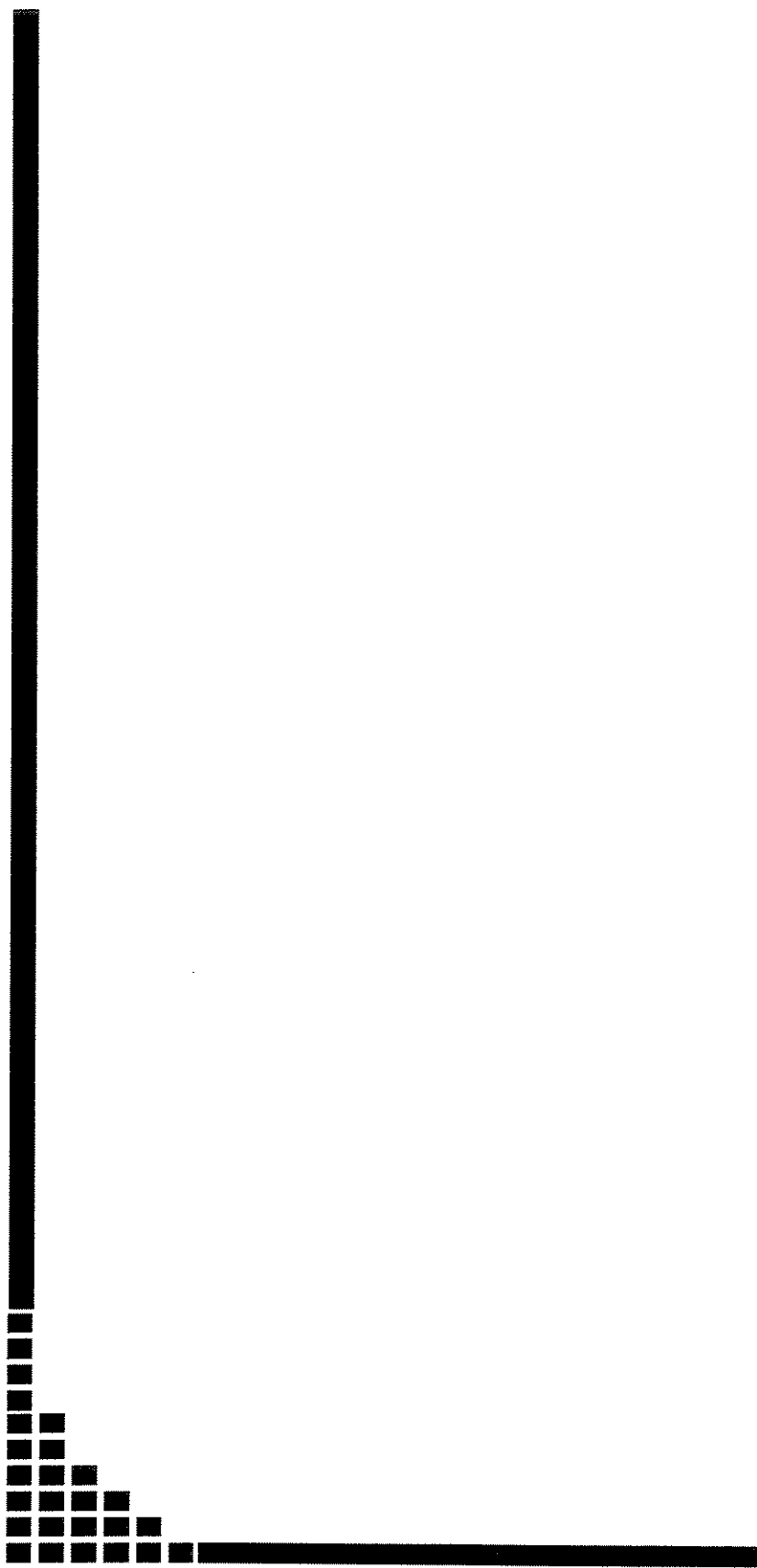
Tabela nº15-Numero absoluto de freqüência de solicitação de exames externos pelo número e tipo de atendimento (26/12/2000 a 09/02/2001).

Solicitação de exames externos	C.N	%	Ret.	%	Urg.	%	Total	%
Dacriocistografia	6	0.82	6	0.52	0	0.00	12	0.59
Radiografia de órbita	1	0.14	1	0.09	0	0.00	2	0.10
	7	0.95	7	0.61	0	0.00	14	0.69

Tabela nº16-Número absoluto de freqüência de solicitação de interconsultas pelo número e tipo de atendimento (26/12/2000 a 09/02/2001).

Interconsulta a outras especialidades	C.N	%	Ret.	%	Urg.	%	Total	%
Pediatria	3	0.41	1	0.09	1	0.60	5	0.24
Neurologia	1	0.14	1	0.09	1	0.60	3	0.15
Medicina Interna	4	0.54	1	0.09	1	0.60	6	0.29
Cirurgia Geral	1	0.14	-	0.00	-	0.00	1	0.05
Otorrinolaringologia	1	0.14	3	0.26	-	0.00	4	0.20
Obstetria	-	-	-	-	1	0.60	1	0.05
	10	1.36	6	0.52	4	2.40	20	0.98

A resolutividade do serviço, após a correção pelo número de atendimentos que resultaram em solicitação de encaminhamento, e não pelo número de encaminhamento, foi de 93,69%, sendo bastante semelhante ao nível de resolutividade do serviço quando se compara o tipo de atendimento realizado.



5-DISSCUSSÃO

5.1-IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO

A utilização do prontuário médico como objeto de pesquisa pode fornecer dados estimadores dos problemas prevalentes na coletividade, assim como pode indicar a política de saúde do serviço. Escuder et al.¹⁶ (1999) realizou um estudo comparando o perfil nosológico traçado em uma comunidade por um inquérito populacional e por um estudo de demanda. As duas unidades básicas de saúde da comunidade apresentavam uma boa cobertura da população-alvo do estudo (menores de 05 anos). A noção de morbidade referida dos inquéritos populacionais foi comparada com a morbidade de demanda das unidades de saúde. Observou-se uma correlação de perfis nosológicos para as doenças mais prevalentes : “um odds de procura de serviço por grupo de doenças igual ou superior a 4:10 parece assegurar a equivalência de prevalência”. Os autores prosseguem afirmando que “provida uma boa cobertura dos serviços de saúde, os dados de morbidade de demanda podem ser usados como indicadores da morbidade da comunidade”.

Apesar dos estudos citados sobre o perfil de demanda serem oriundos de unidades básicas de saúde, a aplicação dessa metodologia se mostrou possível para um serviço de atenção secundária em oftalmologia, pois como aqueles, os consultórios e as clínicas de olhos de nível secundário são as verdadeiras “portas de entrada” dos indivíduos com morbidade ocular no sistema de saúde público⁵.

A frequência de registro dos itens de prontuário nesse estudo pode ser considerada elevada^{33,35,43}. As adaptações realizadas na metodologia se mostraram factíveis, apesar da necessidade de uma “interpretação” por parte do observador/coletor dos itens da anamnese e exame oftalmológico para a formulação das hipóteses diagnósticas. Este fato limita o perfil do profissional para essa tarefa, que deve ser necessariamente um médico oftalmologista. A prática da formulação diagnóstica hierarquizada, padronizada e legível, ao término da notação da consulta em prontuário, possivelmente permitiria a utilização de outros profissionais da saúde, devidamente treinados, para a realização de tal tarefa, inclusive de forma circadiana e por amostragem.

A diferenciação dos atendimentos pelo tipo de agendamento foi necessária pelos distintos significados que cada perfil representa. A diferenciação entre “casos novos” e “urgência” se deu pela diferente natureza desses perfis, não pelo caráter global do perfil

de morbidade ocular (pois são partes de um todo), mas pelos diferentes significados que possuem para a estruturação e organização de um serviço de saúde. Enquanto a demanda agendada eletivamente permite o planejamento mais adequado da atenção no regime de trabalho proposto para um consultório ou clínica de olhos, os casos ditos de “urgência” terão uma limitação em sua atenção nos períodos noturnos, fins de semana e feriados.

Os atendimentos do tipo “retorno” não guardam relação direta com o perfil de morbidade pela repetição do atendimento de um mesmo paciente em um determinado período de tempo. A sua importância se dá por definir as principais áreas de concentração de um serviço, e o seu peso no planejamento das políticas de saúde. Aí, as revisões cirúrgicas e as doenças crônicas se destacam, fato necessariamente não observado nos perfis de demanda anteriormente citados. Dessa forma, a baixa frequência de itens como acuidade visual nos atendimentos tipo retorno não são imprescindíveis na formulação do seu perfil. Porém, para estudos que avaliem a qualidade do processo e do resultado da atenção médica, a partir da avaliação de determinado tipo de intervenção terapêutica, a ausência desse item possivelmente comprometeria a avaliação.

5.2-DIVINOLÂNDIA – MODELO EM ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Após a incorporação na década de 1990 pelo Ministério da Saúde dos mutirões de cirurgia de catarata, do exame oftalmológico em pré-escolares e dos pacientes portadores de retinopatia diabética, a política de saúde do estado incorpora a necessidade da perenização das ações pontuais de saúde ocular e a noção de assistência integral e gratuita a essa especialidade. Atualmente, o ministério da saúde, em sua portaria nº 339, de 13 de maio de 2002, define as normas de classificação e cadastramento de centros de referência em Oftalmologia, que incluem os centros de referência regional Nível I (atenção secundária) e nível II (atenção terciária).³⁷

A Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia – SP antecipa em mais de uma década esta necessidade, e muito dos problemas e soluções para os centros de referência regional Nível I se encontram presentes na história desse serviço: a busca da resolutividade, a partir do perfil do profissional de saúde que atua no serviço e da incorporação de tecnologia direcionada às necessidades da demanda atendida. A

experiência de atuação desse serviço dentro de um sistema integrado e hierarquizado é relevante, onde a atenção primária em postos de saúde no município de origem da região de Governo, por agentes de saúde treinados para tal, e um centro de atenção terciária (Hospital das Clínicas – UNICAMP), como suporte para a realização de procedimentos de maior complexidade, como cirurgias e exames específicos, além de treinamento dos profissionais de saúde que atuam na Clínica de Olhos. Vale destacar os consultórios oftalmológicos do SUS em muitas cidades da região, que atuam realizando refratometria, diagnóstico e tratamento de doenças de baixa complexidade resolutiva e triagem das doenças oftalmológicas de maior complexidade, evidenciam diferentes níveis de resolutividade dentro da atenção secundária.

5.3-AMOSTRA – LIMITAÇÕES

A amostra da demanda escolhida, apesar de condizer com amostras semelhantes (1/8 da demanda anual), não teve caráter sazonal. Isto se deu pela dificuldade logística de se realizar a coleta dos dados, que incluía o deslocamento até a cidade-sede do serviço em estudo, o número reduzido de participantes, além do tempo limitado para a própria execução desta etapa⁴³.

Há que se destacar o perfil nosológico que pode variar conforme a cidade de origem: cidades com ambulatorios de oftalmologia referem os casos mais complexos para a Clínica de Olhos, descaracterizando esta amostra como demanda espontânea. É necessária a decomposição da demanda pelo tipo de atendimento oftalmológico disponível em sua cidade de origem, para a real avaliação da frequência de atendimento tanto dos casos de baixa quanto de média e alta complexidade.

5.4-CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA – REGIONALIZAÇÃO, SEXO E FAIXA ETÁRIA

A população assistida se encontra preferencialmente na região de Governo de São João da Boa Vista, onde a Clínica de Olhos é a referência em saúde ocular para a região. Eram 99,31% da amostra. A faixa etária principal era aquela acima de 50 anos, em

sua maioria mulheres (54,21%), o que condiz com a maior frequência de doença ocular com baixa visão nesta idade, e a política de saúde do serviço em priorizar a catarata, facilitando a triagem de pacientes-alvo (maiores de 50 anos). A proporção de indicação cirúrgica para as mulheres acompanhou este índice (55,10%), e condiz com o ligeiro predomínio feminino na população da região. Aparentemente não há indício de repressão de demanda por gênero na amostra estudada²⁹. A proporção dos maiores de 50 anos aumenta nos atendimentos de retorno, visto a importância das revisões cirúrgicas de facectomia e os retornos e exames dos pacientes portadores de glaucoma. Quando avaliamos os atendimentos do tipo urgência, esta relação se inverte : 51,85% se encontram entre 20 e 49 anos, e 64,33% é do sexo masculino. Estes dados são condizentes com a literatura, que mostra o homem em idade produtiva a principal vítima de acidentes oculares^{6,10}.

5.5-PRODUTIVIDADE AMBULATORIAL

A produtividade ambulatorial de 18,63 consultas/profissional/turno foi considerada alta, visto que em um turno de 04 horas, realizou-se em média 4,66 consultas/profissional/hora ou 01 consulta/profissional a cada 12'52", em um intervalo menor do que os 15 minutos estipulados. A taxa de ocupação dos profissionais³¹, contratados por 36 horas semanais, foi de 116,5%. A elevada produtividade ambulatorial está associada com a atuação de auxiliares de oftalmologia na pré e pós-consulta, que inclui o registro da queixa principal, da acuidade visual não corrigida e da auto-refração, auxílio na redação de receitas e orientação sobre cuidados gerais, além do auxílio em sala durante a consulta médica, como a instilação de colírios para a tonometria e cicloplegia. A auxiliar de oftalmologia também realizava sob orientação da enfermagem especializada e do oftalmologista exames como biometria e perimetria computadorizada. Outro fator que pode contribuir para esta elevada produtividade é o grande número de retornos que se encontra na demanda desse serviço (56,85%), sendo que os retornos de revisão cirúrgica correspondiam a 53,71% do total. É notório o caráter objetivo de uma revisão cirúrgica, demandando um menor tempo de consulta.

5.6-CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA REFERIDA – ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU TERCIÁRIA ?

Uma clínica de olhos de atenção secundária, ao atender casos oriundos da comunidade e casos referidos por oftalmologistas que atuam em consultórios-satélites, apresenta uma demanda mista de pacientes. Enquanto a demanda espontânea (proveniente da comunidade) guarda alguma correlação com o perfil nosológico prevalente da região adscrita, os pacientes encaminhados por outros oftalmologistas apresentarão um perfil relacionado com a vocação assistencial do centro de referência, definido pelas políticas de saúde implementadas pelos órgãos gestores em saúde. São essas políticas que definem o poder de resolutividade do serviço, a partir do perfil nosológico da região e dos recursos financeiro, tecnológico e humano disponíveis. É possível que algumas áreas de atuação em saúde ocular sejam ora da alçada dos serviços de atenção secundária, ora dos serviços de atenção terciária. A subespecialidade glaucoma, que a OMS preconiza como de caráter terciário parte de suas atividades (ex.:perimetria), se incorpora plenamente no modelo de atenção secundária descrito. Outro aspecto é o próprio modelo regional de referência e contra-referência adotado, aonde convivem dois modelos de atenção secundária: os consultórios-satélites e a clínica de olhos. Esse modelo pressupõe a necessidade de unidades de aparato tecnológico básico⁵, com ênfase à refratometria e à triagem de doenças oculares de maior complexidade, nas localidades com maior demanda reprimida. Muitas delas já existiam antes da instalação da Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia, e foram incorporadas na rede regional. Ao encaminhar parte da demanda atendida, os consultórios tornam a clínica de olhos “parcialmente” terciário, elevando a frequência de patologias cirúrgicas (ex. catarata) e outras que necessitem de exames complementares de rotina (ex. suspeitos de glaucoma). .

5.7-ATENDIMENTOS TIPO URGÊNCIA EM ATENÇÃO SECUNDÁRIA

As consultas tipo urgência representam 18,45% da demanda referida, que inclui também casos novos, e foi considerada elevada. Representam 3,03 consultas/turno. Possivelmente, parte destes casos caracterizado com urgência não preenchiam os critérios para tal, alguns sendo consultas extras que poderiam ser agendadas como casos novos.

Assim se justificaria a indicação de 01 blefaroplastia superior encontrada neste tipo de consulta.

5.8-DEMANDA “CATIVA”

Ainda sobre os atendimentos tipo caso novo e urgência, observa-se uma frequência elevada de pacientes atendidos previamente no serviço, respectivamente 38,48% e 39,76%. Estes pacientes apresentavam motivos de consulta relacionados ou não ao atendimento prévio, e não tinham um agendamento formal de retorno, mas muitos eram orientados para tal. Esta frequência aparentemente elevada pode ser esperada em serviços estabelecidos a mais tempo, formando uma demanda “cativa”, e deve ser diferenciado ao se tentar traçar paralelo entre o perfil nosológico da demanda e da comunidade. Esta característica é reforçada com as características do atendimento tipo “retorno”, em que 60,76% das consultas eram realizadas em pacientes acompanhados a mais de 06 meses no serviço, e um tempo médio de acompanhamento de 34,09 meses. A média de retorno em 06 meses foi de 5,78 , destacando as revisões cirúrgicas e o seguimento do paciente com glaucoma, aonde a perimetria e a curva tensional eram consideradas também retornos.

5.9-A NATUREZA DO MOTIVO DE CONSULTA: DIFERENÇA ENTRE OS TIPOS DE ATENDIMENTO

Nos motivos de consulta, os atendimentos do tipo caso novo e urgência diferem, a partir de sua natureza. Enquanto 61,50% das consultas tipo caso novo tem o motivo de consulta relacionado com a visão, esta frequência cai para 18,18% nos atendimentos do tipo urgência. Neste último, destacam-se as queixas relacionadas a “olho vermelho” e a “sensação de cisco”, encontrada em respectivamente 25,45 % e 20,61% dos pacientes. Estes achados se relacionam com a frequências dos grupos de doenças relacionadas, aonde se destacam a doenças da superfície ocular (ex. conjuntivites) e o trauma ocular (ex. corpo estranho). No atendimento do tipo eletivo (caso novo), por sua vez, as ametropias, as doenças da superfície ocular e a catarata (incluindo outras doenças do cristalino) são os destaques. As ametropias são encontradas em 67,71% das consultas, como hipótese diagnóstica principal ou secundária, e os óculos foram prescritos em 43,60%

destas consultas. Ainda relacionada ao motivo de consulta por baixa visão, a catarata esteve presente em 20,10% dos casos novos, com a indicação de facectomia em 9,26% das consultas. A importância desta patologia, destacada amplamente na literatura médica^{4,13,41,50,53,55}, é observada quando se analisa o grupo de pacientes com baixa visão, tendo em consideração a acuidade visual corrigida após refratometria: 68,18 % destes pacientes apresentavam a catarata como causa principal ou associada de baixa visão. Destes, 64,43% tinham na catarata a principal causa de visão baixa, a partir dos critérios estabelecidos pela OMS. No atendimento do tipo urgência, destaca-se a baixa frequência de lesões oculares graves, como perfuração ocular, e o glaucoma agudo de ângulo fechado, cada patologia presente somente em um caso nesta amostra, o primeiro possivelmente pelo fato do serviço não funcionar durante à noite e nos finais de semana, não sendo referência portanto para este tipo de traumatismo. Os traumas mais frequentes foram os corpos estranhos em córnea e em conjuntiva, com 17 casos, e os traumas oculares contusos, com 14 casos. Destes, 12 foram submetidos a retirada de corpo estranho no ambulatório, sendo este o procedimento mais frequente em urgência. As conjuntivites estiveram presentes em 42 consultas de urgência, sendo o diagnóstico mais frequente.

Quais são as urgências cabíveis de serem atendidas em um serviço de atenção secundária que não funcione em regime integral ? Apesar da amostra ser relativamente pequena, possivelmente os casos mais graves são encaminhados diretamente ao serviço de referência em atenção terciária, que incorpora em suas atribuições o pronto-atendimento em tempo integral. O estudo realizado teve limitações ao não registrar esses casos.

5.10-ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO DOS RETORNOS: A IMPORTÂNCIA DO GLAUCOMA

Ao se analisar os principais motivos de retorno, no grupo de atendimento tipo retorno, destaca-se o grupo do Glaucoma. Apesar da sua baixa frequência nas consultas tipo caso novo, com 4,08% do total das consultas, esta subespecialidade é responsável por 33,87% dos motivos de retorno. Por ser uma doença crônica, a alta ambulatorial é muito pouco frequente, e os pacientes vão sendo agregados ao longo dos primeiros anos de instalação do serviço. Soma-se ao fato da realização de exames complementares periódicos

(perimetria e curva tensional) e os retornos freqüentes dos pacientes em pós operatório recente de cirurgia fistulizante. Vale ressaltar que no planejamento do serviço, a prioridade inicial era a erradicação da cegueira por catarata e a correção das ametropias. Com o passar dos anos, e a assimilação progressiva dos pacientes portadores ou suspeitos de glaucoma, houve uma pressão da demanda que justificou a aquisição de um perímetro computadorizado. Vale destacar que a OMS e o próprio Ministério da Saúde consideram a realização desse exame de caráter terciário, conceito não adotado nesse modelo pela própria característica da demanda, comprovada pela freqüência de realização do exame (5,82% de todos os atendimentos). Atualmente, com o objetivo de melhorar a aderência do paciente ao tratamento, estão sendo estruturadas associações municipais de portadores desta doença, de caráter multidisciplinar e financiamento municipal, inclusive para a compra de medicações. Assim, com pacientes melhor tratados, tenta-se reduzir a freqüência dos retornos e da indicação de cirurgia de cunho “social”. De qualquer forma, o peso desta patologia no perfil nosológico global de um centro de referência regional Nível I e seu caráter crônico merecem atenção no planejamento futuro.

5.11-PRINCIPAIS MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO E RESOLUTIVIDADE DO SERVIÇO

Em 1996, Rocha LCP et al. comparam a capacidade resolutiva de três sistemas diferentes de saúde ocular quanto a forma de prestação de serviços (clínica particular, clínica de convênios privados e clínica do sistema único de saúde) na cidade de Campinas-SP⁴⁶. Nesse estudo, não foi observado diferença significativa entre os modelos citados, onde todos apresentaram elevada capacidade resolutiva. Destacavam como principal elemento qualificante da atenção o oftalmologista adequadamente treinado, pois todos os sistemas dispunham somente do consultório oftalmológico básico, não diferindo entre si quanto ao aparato tecnológico. A definição da capacidade resolutiva nesse estudo era a habilidade de realizar o diagnóstico e definir a conduta. Muitas doenças oculares de fato não necessitam de exames complementares para a definição aceitável de um diagnóstico, porém o seu estadiamento e seguimento, seja para o tratamento clínico ou cirúrgico, são fundamentais para uma atenção médica de qualidade. Nesse estudo, somente 1% dos casos

foi solicitado exames complementares. Considerando a qualidade da atenção implícita nesses serviços, a amostra selecionada pode representar uma população assistida com baixa prevalência de doenças oculares mais complexas. Alguns fatores podem ser apontados: a demanda de natureza espontânea, a não realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais complexos, a limitação do registro em prontuário e a ampla oferta de serviços de saúde ocular na região de Campinas-SP.

Em estudo realizado também em 1996 ¹ por Amaral M.S. et al, a resolução do serviço foi considerada satisfatória, “não justificando a instalação de serviços de alta complexidade e dispendiosos, no serviço de Divinolândia”, afirmativa que se confirma com o presente estudo. A metodologia utilizada pelos autores incluía a revisão de registros de encaminhamento por parte da enfermagem, o qual constava o nome do paciente e o ambulatório especializado de destino, de 15 meses consecutivos. Neste estudo, houve 408 encaminhamentos em 14.748 casos atendidos, com 97,24 % de resolução. Os principais ambulatórios de destino foram : Yag-laser 26,9%, Retina 20,5%, Angiografia 8% e Vias Lacrimais 8,3%. Não foram considerados os encaminhamentos para outras especialidades (ex. medicina interna, pediatria,...) e os exames realizados em outros serviços que não o hospital terciário de referência (ex.: radiografia de órbita e dacriocistografia).

No estudo atual, a metodologia foi diferente pela amostra menor e por considerar os registros médicos de prontuário (mais confiáveis), além dos encaminhamentos incluírem aqueles para outras especialidades clínicas e outros serviços de referência. Assim, a resolutividade do serviço foi ligeiramente menor: 93,69%. Dos 131 pacientes referidos para outros serviços, 97 (74,05% ou 4,75% de todos os atendimentos) foram encaminhados para o Hospital terciário de referência (Hospital das Clínicas da Unicamp-SP), 20 (15,27%) foram encaminhados para outras especialidades nos hospitais regionais e 14 (10,69%) foram encaminhados para a realização de exame diagnóstico em serviços também regionais. Dos pacientes encaminhados para o hospital terciário de referência, se destacam os ambulatórios relacionados com o serviço de retina e vítreo, com 46,94%; a ultrassonografia (18,37%) e a angiografia (12,25%) corresponderam a mais de 80% da demanda. O ambulatório de Yag-Laser foi o segundo mais solicitado, com 26.53%, tendo destaque a capsulotomia posterior com mais de 90% do total. Os ambulatórios de

doenças externas, lente de contato e cirurgia refrativa juntos corresponderam a 13,26% da demanda do hospital terciário.

Em contraste com o estudo realizado entre 1995/96, o ambulatório de vias lacrimais representou 2,4 %; esta queda se deu pela capacitação do serviço em realizar cirurgias da subespecialidade, com a compra de materiais cirúrgicos e a realização do exame de dacriocistografia em um serviço de radiologia da própria região. Isto se reflete pelas 12 dacriocistografias solicitadas e pelos 10 procedimentos desta sub-especialidade indicados no período do estudo.

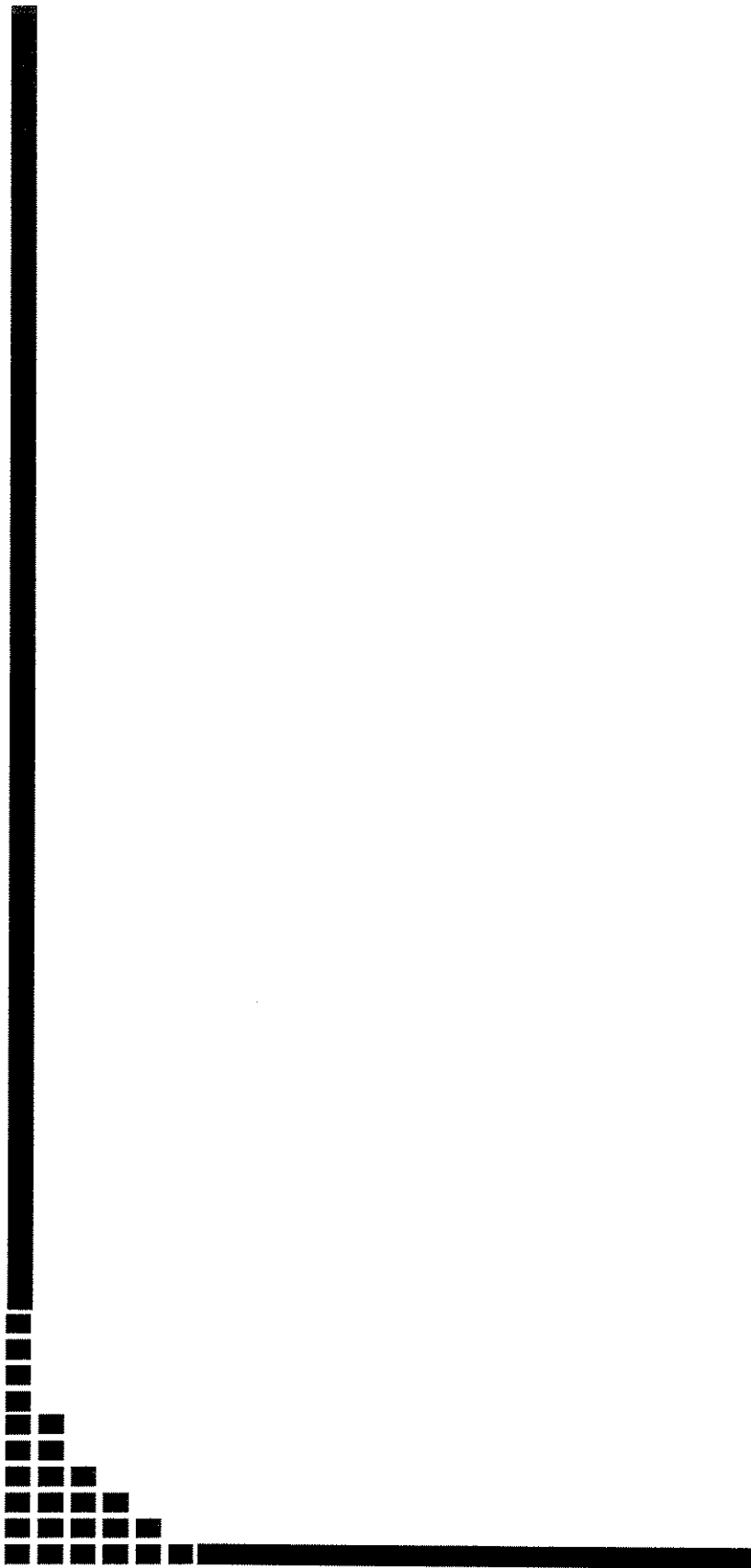
5.12-DOENÇAS DE RETINA E VÍTREO: VOCAÇÃO À ATENÇÃO TERCIÁRIA

A frequência de doenças de retina e vítreo nos atendimentos tipo “caso novo” foi de 9,15% (67/732), com 5,16% do total dos CIDs. Dos 67 atendimentos, 28,36% (19) foram encaminhados para o hospital terciário: 03 pacientes para fotocoagulação retiniana, 02 para Ultrassonografia, 02 para retina cirúrgica, 07 para retinografia fluoresceínica, 05 para o ambulatório de retina clínica. A frequência de encaminhamento é relativamente baixa, demonstrando um razoável poder resolutivo para este perfil de doença, mesmo sem equipamentos específicos da subespecialidade. Dentre os pacientes não encaminhados, tivemos 02 com descolamentos de retina regmatogênico antigos (sem indicação cirúrgica), 04 com retinopatia diabética com indicação de seguimento periódico com mapeamento de retina, assim como 02 pacientes com hemorragia vítrea e 03 pacientes com oclusão de ramo de veia.

A frequência de retinopatia diabética dentre as doenças de retina e vítreo foi de 19,40% (13), ou de 1,78% da demanda geral dos “casos novos”. Sabe-se que a prevalência de diabetes na população geral é de 3-5%³, o que corresponde a 12.600 a 21.000 diabéticos na região de São João da Boa Vista. Considerando que a metade desta população desconhece a doença, e que a população-alvo do Hospital regional são os indivíduos sem acesso ao setor privado de saúde (aproximadamente 70%), o número cai para 4410-7350 indivíduos, sendo que 20 % destes apresentarão doença retiniana em algum grau (882-1470)². Sabe-se também que cerca de 20% dos pacientes diabéticos com retinopatia terão indicação de tratamento especializado², seja fotocoagulação ou vitrectomia,

correspondendo a 176-294 indivíduos. Dos 13 pacientes diagnosticados, cerca de 70% foram encaminhados para o hospital terciário, sendo 02 para fotocoagulação, 01 para retina cirúrgica, 04 para retinografia fluoresceínica, e 02 para o ambulatório de retina clínica. Os 09 casos de retinopatia diabética com provável indicação de tratamento, quando projetado para 12 meses, corresponderiam a 81 casos anuais. Isto corresponderia a 27,55-46,02% da demanda esperada. Esta baixa cobertura pode significar a falta de uma política de saúde voltada para a retinopatia diabética, neste tipo de unidade, diferente da catarata e das ametropias, justificando o não encaminhamento por parte do clínico, provavelmente pela baixa divulgação e conscientização da importância do seguimento anual com o especialista, ou até mesmo um escape da demanda para serviços localizados em regiões de Governo circunvizinhas (ex.: Ribeirão Preto, Campinas).

É fato que esta demanda era avaliada e conduzida em grande parte por médicos residentes em formação para a especialidade, característica deste serviço que dispõem de profissionais de múltiplas subespecialidades. A reprodutibilidade deste modelo talvez não esteja na estrutura física, no aparato tecnológico ou no modelo hierárquico de referência e contra-referência. A maior dificuldade se dá no perfil de profissionais que lá atuam, com formação oftalmológica generalista, porém com subespecialização em áreas de maior complexidade. É o exemplo da subespecialidade de Retina e Vítreo, mas também de Plástica Ocular e Vias Lacrimais, além de Córnea e Estrabismo.



6-CONCLUSÕES

Nas condições desse estudo, conclui-se que a A Clínica de Olhos do Hospital Regional de Divinolândia-SP:

- A demanda atendida apresentou um perfil nosológico heterogêneo quanto ao tipo de agendamento de consulta. Os atendimentos do tipo caso novo tiveram como principais grupos nosológicos os erros de refração, as doenças externas e as cataratas. No grupo “urgência” as doenças externas e os traumatismos se destacam, com destaque para a ausência dos traumatismos penetrantes e do glaucoma agudo. No grupo “retorno”, além dos erros de refração, se encontram o glaucoma, a pseudofacia e a catarata.
- Apresentou níveis elevados de produtividade (116,5% de taxa de ocupação ambulatorial e 4,56 consultas/profissional/hora) e resolutividade (93,69%), quando comparados com parâmetros similares utilizados em uma unidade básica de saúde, independente do tipo de agendamento das consultas (caso novo, retorno e urgência).
- O registro médico em prontuário se mostrou adequado quanto a frequência de preenchimento dos itens básicos de anamnese, exame oftalmológico e condutas tomadas.
- A catarata foi causa principal ou associada de 2/3 dos casos de visão subnormal e cegueira.
- Os atendimentos do tipo caso novo tiveram a maior parte de seus motivos de consulta relacionados com a visão, fato não observado nos atendimentos do tipo urgência.
- As principais áreas de concentração dos retornos incluíam o glaucoma (exames, retorno clínico e revisão cirúrgica) e a pseudofacia (revisão cirúrgica).
- A principal indicação cirúrgica foi a facectomia e o principal setor de encaminhamento do hospital terciário foi o de Retina e Vítreo.

Sugestões

A implantação de um serviço de atenção secundária em oftalmologia, conveniado ao Sistema Único de Saúde, deve pressupor a adequada gestão dos recursos disponíveis, para a otimização de todos os componentes do sistema: o médico oftalmologista, a equipe de enfermagem e os recursos físicos e tecnológicos.

O médico oftalmologista deverá ser antes de tudo um generalista com noções bem fundamentadas sobre refratometria, doenças externas, catarata e glaucoma, e com formação em pelo menos uma das seguintes áreas:plástica ocular, vias lacrimais e estrabismo. Deverá realizar de forma adequada a triagem de doenças vítreo-retinianas, com ênfase a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada a idade. Noções sobre a prescrição de recursos de visão baixa ampliam o leque de atuação desse profissional, que combinado com outros profissionais de formação complementar, aumentarão em muito o poder resolutivo da unidade.

A produtividade e a qualidade da atenção tem na atuação da equipe de auxiliar de oftalmologia um importante pilar. A incorporação do auxiliar de oftalmologia na prática diária do oftalmologista, seja qual for o perfil de unidade na qual atue, provavelmente otimiza o tempo da consulta e abre espaço para uma melhor relação médico-paciente e unidade-paciente. A noção de pós-consulta deve ser ressaltada na formação do auxiliar de oftalmologia, que pode atuar como um importante divulgador dos conceitos de saúde ocular à população. Delegar tarefas não implica perder autonomia, mas expandir a sua atuação como promotor de saúde e ser mais eficientes como médicos.



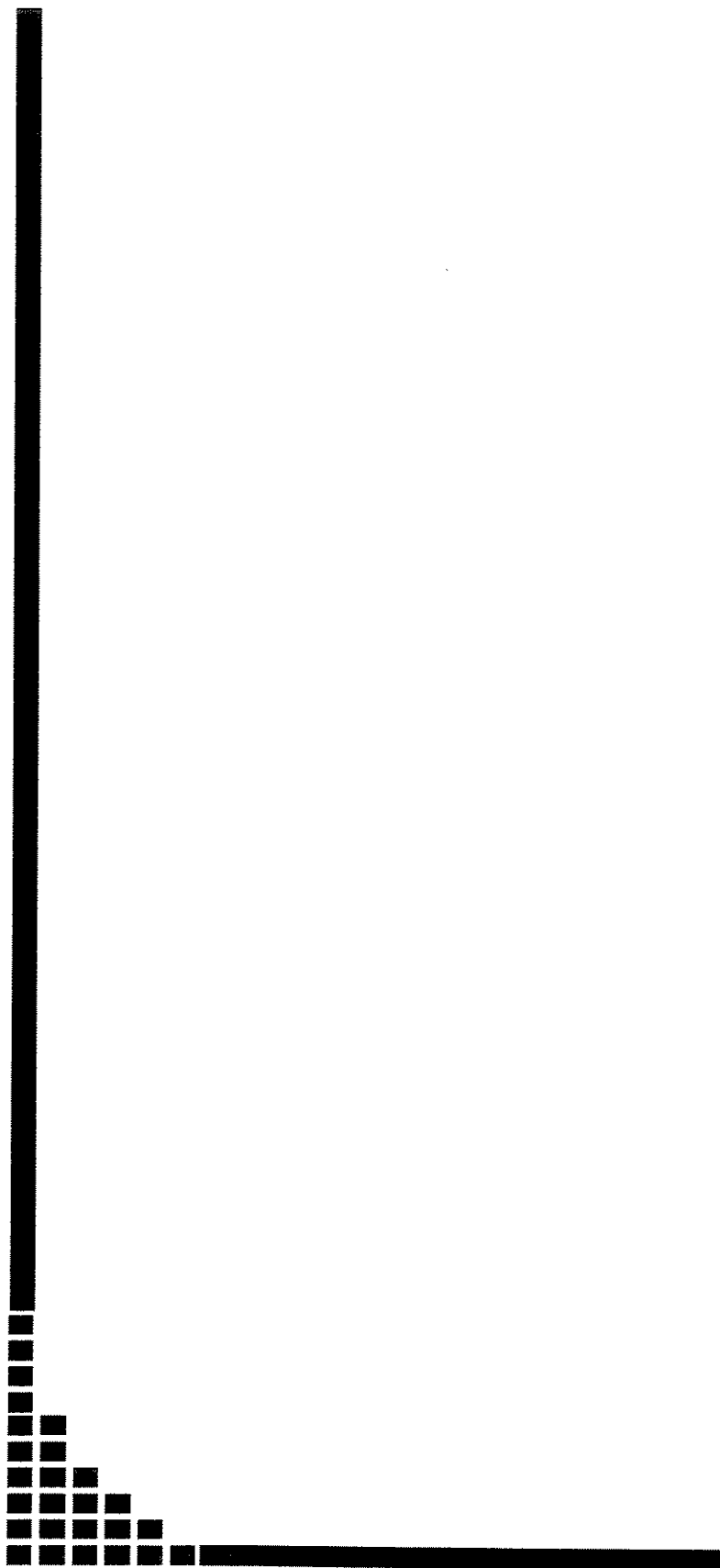
1. AMARAL, M. S.; SERPA J. F.; SERPA G. F.; KARA-JOSÉ, N. Resolução em serviço satélite de oftalmologia da Unicamp em Divinolândia., **Arq Bras Oftalmol** 59 : 389, 1996.
2. ARIETA, C.E.L. Descrição dos achados de causas de baixa visão em um programa de atendimento cirúrgico aos portadores de catarata, utilizando método de auto-exame para a seleção e atendimento dos cegos. **Tese de Mestrado em Oftalmologia**, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1991.
3. ARIETA, C.E.L.; TAIAR, A.; KARA-JOSÉ, N. Utilização e causas de suspensão de intervenções cirúrgicas oculares em centro cirúrgico ambulatorial universitário. **Revista Ass Méd Brasil**, 41: 233-35, 1995.
4. BALO, K.; NEGREL, D.A. Les causes de cécité au Togo. **J Fr Ophthalmol**, 12: 291-5, 1989.
5. BECHARA, S.M.; KARA-JOSÉ, N. Atendimento oftalmológico nas unidades estaduais e municipais do sistema público de atenção médica primária na cidade de São Paulo, **Arq Bras Oftal.** 59: 388 , Agosto 1996.
6. BISOL, S.H.D.F.; REGGI, J.R.A. Traumas oculares: nosologia de 1171 casos. **Arq Bras Oftalmol** , 58:105-12, 1995.
7. BRASIL, 2002. Normas de classificação e cadastramento de centros de referência em Oftalmologia. Brasília. Portaria nº 339, de 13 de maio de 2002
8. CAMPOS, F. E. Resolutividade: uma aproximação a avaliação qualitativa dos serviços de saúde. Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 1988.
9. CAMPOS, F.E.; REIS, E. J.; SANTOS, F.; LEITE, M. L.; LEITE, M.; CHERCHIGLIA, M; SANTOS, M. Produtividade e resolutividade dos serviços de saúde. **Divulg. saúde debate**,(3):58-61, fev. 1991.
10. CENSO C.B.O. 2001, Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2002.
11. CHATTERJEE, A. Mobile eye hospital and cataract surgery in India. **Israel J Med Sci**, 8:1239-1243, 1972.

12. COCHRANE, A.L. Effectiveness and efficiency : Random Reflection on the Health Services. Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1972.
13. DAWSON CR, SCHAWB IR Epidemiology of cataract—a major cause of preventable blindness. **Bull WHO** 59:493, 1981
14. DONABEDIAN, A. Investigación en Servicios de Salud. Memoria del Seminario, 65-81, Querétaro, México, julio 1978.
15. DONABEDIAN, A.. The Quality of Medical Care. **Science** 200, 1978.
16. ESCUDER, M.M.L.; SILVA, N.N.; PEREIRA, J.C.R. *et al.* Avaliação da morbidade em comunidade infantil. **Rev Saúde Publica**, 33 :349-357, 1999.
17. FLEXNER, A . Medical education in Unites State and Canada: report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching. New York: Merrymont Press, 1910
18. FUNDAÇÃO SEADE – Sistema Estadual de Analise de Dados:. Estado de São Paulo –Brasil, 2001.
19. HILL, A.B. The Clinical Trial. **N Eng J Med**, 247:113-52, 1952.
20. KARA JOSÉ, N.; CONTRERAS, F.; CAMPOS, M. A.; DELGADO, A. M.; MOWERY, R. L.; ELLWEIN, L. B. Screening and surgical intervention results from cataract-free-zone project in Campinas, Brazil and Chimbote, Peru. **Int Ophthalmol**, 14: 155-64, 1990.
21. KARA JOSÉ, N.; PEREIRA, V.L.; MELO, H.F.R.; URVANEJA, A.J.; BRASIL JUNIOR, W. Criação do núcleo de prevenção da cegueira - faculdade de ciências médicas – UNICAMP. **Arq Bras Oftalmol** 50 (4): 145-7, 1987.
22. KARA-JOSÉ, N. ; TEMPORINI, E.R. Cirurgia de catarata: o porquê dos excluídos. **Pan Am J Public Health**, 6 (4): 242-248, 1999.
23. KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C.E.L.; TEMPORINI, E.R.; KANG, A.M.; AMBRÓSIO, L E. Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o paciente. **Arq Bras Oftalmol** 59(6): 573-77, 1996.
24. KARA-JOSÉ, N.; BARBOSA, E.; FONSECA NETO, J.C.; OURA, M. H., MARTINS,W.H. Considerações sobre aspectos sociais do atendimento clínico e cirúrgico de pacientes portadores de catarata senil. **Arq Bras Oftalmol**, 45(4): 115-118, 1982.

25. KARA-JOSÉ, N.; DELGADO, A.M.N.; ARIETA C.E.L. Exeqüibilidade da cirurgia de Catarata em hospital-escola: em busca de um modelo econômico. **Revista Ass Méd Brasil**, 40(3): 186-88, 1994.
26. KARA-JOSÉ, N; SENNE, FIRMANI M. B. DE; ARIETA, C.E.L.; DELGADO, A. M.. "Banco de óculos e laboratório óptico" **Arq Bras Oftalmol**, 59(3): 316-8, 1996.
27. KARA-JUNIOR, N.; ZANATTO, M. C.; VILLAÇA, V. T. N.; NAGAMATI, L.T.; KARA-JOSÉ, N. Aspectos médicos e sociais no atendimento oftalmológico de urgência. **Arq Bras Oftalmol**, 64: 39-43, 2001.
28. LAYAUN, S.E.D.; SCHOR, P.; RODRIGUES, M.L.V. Perfil da demanda de um serviço de oftalmologia em uma unidade de emergência. **Rev Bras Oftalmol**, 51:171-3, 1992.
29. LEWALLEN, S; COURTRIGHT, P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. **Bull World Health Organ** , 80:300-303, 2002.
30. LORA, A.B. ; GARCIA, N.; CARAZAS, R.G.K; LORA, T.D.P. Study of the visual deficient population in the township of Marília: Prevalence, diagnosis and general situation. In.: **Anais de Pesquisa em Oftalmologia Preventiva**. Ribeirão Preto, 24-5, 1987.
31. LOTUFO , M.; DUARTE, E.C. Avaliação dos serviços de saúde no município de Cáceres, MT (Brasil): contribuição à programação local. **Rev Saúde Pública**, 21:427-438,1987.
32. MADUREIRA, P. R., DE CAPITANI E. M.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cad Saúde Publ**, 5 (1): 45-59, jan/mar, 1989.
33. MENDONÇA, M.C.L.G.; SOUZA M.S.L.; NEHMY, R.M.Q.; CUNHA E.G.A.; BICHUETTI, J.A.N.; DOS SANTOS, A.F. Avaliação de dados nosológicos em prontuários ambulatoriais", **Cad Saúde Publ**, 6 (3), : 293-305, jul/set, 1990.
34. MICHAELSON, I.C. The epidemiology of blindness In: Perkins, S & Hill,D.W. ed.- Scientific Foundation of Ophthalmology. 1ª ed. London, Heinemann Medical, 168-177,1974.

35. MODESTO, M.G.; MOREIRA E.C, ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário em Salvador, Bahia. **Cad Saúde Públ**, 8:62-68, 1992.
36. MORAES SILVA, M. R. B., SCHELLINI, S. A., KAMEGASAWA, A., HEINBECK , F.J., CARANDINA L. Levantamento de cegueira em Botucatu. Prevalência e causas. **Rev Bras Oftalmol**: 18, 1985.
37. NIZETIC, B. Perspective in ophthalmology: a public health point of view. **Canad J Ophthal**, 8:311-317, 1973.
38. NOGUEIRA, JL. Prevalência de Cardiopatia, Moléstia de Chagas e Hipertensão Arterial em área rural: comparação entre a demanda de ambulatório e uma amostra da população. **Tese de Livre-Docência** , Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 1975.
39. OMS. Estrategias para la prevención de la ceguera en los programas nacionales, Ginebra, 2º edición, 1997.
40. OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima revisão , 8º edição, OPAS-OMS, 2000.
41. POKHAREL GP- Prevalence of Blindness and Cataract Surgery in Nepal. 1998; 82:600-5.
42. PORTERFIELD, JOHN D. Evaluation of patient: Codman revisited. **Bull N Y Acad Med** 52 (1): 30-8, 1976.
43. RADAELLI, S. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Rev Saúde pública**, 24:232-240, 1990.
44. RELATÓRIO OFICIAL DO IIIº CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA; Curitiba-PR, II:87, 1980, .
45. ROCHA, J.S.Y. ; NOGUEIRA J.L. Padrões de morbidade em assistência primária na região de Ribeirão Preto-SP (Brasil). **Rev Saúde Publica**, 19:215-224, 1985.

46. ROCHA, L.C.P.; MARÓSTICA, F.T.; KURAHASHI, A; KARA-JOSÉ JR, N; KARA-JOSÉ, N. Resolubilidade em oftalmologia: onde estamos ? In: Congresso Brasileiro de Oftalmologia, resumos, **Arq Bras Oftalmol** 59(4): 388, 1996.
47. SCOCHI, M.J. Indicadores da qualidade de registros e da assistência ambulatorial em Maringá-PR,1991: um exercício de avaliação. **Cad Saúde Publ**, Rio de Janeiro, 10 (3): 356-367, 1994.
48. SMITH, ADAM. *Wealth of Nation*. Edição Mc Culloch, 4º vol. 1828.
49. SNELLINGEN, T.; SHRESTHA, B.R.; GHARTI, M.P.; SHRESTHA, J.K.; UPADHYAY, M.P.; POKHREL, R.P. Socioeconomic barriers to cataract surgery in Nepal: the South Asian cataract management study. **Br J Ophthalmol.**, 82(12):1424-8,1998.
50. SOMMER, A. Blindness in Saudi Arabia [Editorial]. **Am J Ophthalmol.**, 107:544-6, 1989.
51. TANAKA, O. Y. Avaliação da qualidade dos serviços básicos de saúde: o estudo do distrito de Brasilândia. **Tese de Livre Docência**, Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública-USP,1994.
52. TEMPORINI E.R., Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq Bras Oftalmol**, 54: 279-81, 1991.
53. VENKATASWAMY, G. Cataract in Indian Subcontinent. **Ophthalmic Surg** 18:464-6, 1987.
54. VUORI, V.H. Quality assurance of health services: concepts and methodology. **Public Health in Europe**, 16:05-28,1982..
55. ZHAO, J.; JIA, L.; SUI, R.; ELLWEIN, L.B. Prevalence of blindness and cataract surgery in Shunyi County, China. **Am J Ophthalmol**, 126, pg 506-514, 1998.



8-ANEXOS

ANEXO 01

Ficha de coleta de dados.

Ficha de Pesquisa				
Tipo de consulta	(1) Caso Novo		(2) Retorno	(3) Urgência
Nome	Sexo: (M) (F)		Idade: _____ (d)/(m)/(a)	Nº
Mun.	(I) (II) (III) (IV)	ΔT: _____		Nºret/180d:
Motivo da consulta				Código A
1º)				
2º)				
3º)				
Acuidade Visual				
OD	(1) 20/20-20/60	(2) 20/70-20/200	(3) 20/200-20/400	(4) <20/400
OE	(1) 20/20-20/60	(2) 20/70-20/200	(3) 20/200-20/400	(4) <20/400
Hipóteses Diagnósticas				CID-10
1º)				
2º)				
3º)				
4º)				
Condutas/Procedimentos				Código B
1º)				
2º)				
3º)				
Destino	()Alta		() Retorno em _____ dias	
	()Encaminhamento para _____			

ANEXO 02 Códigos sobre motivos de consulta e condutas CÓDIGO 'A':

motivo da consulta

Retorno a pedido

- x1)ret uveite posterior Toxoplasmose
- x2)ret ceratite adenoviral
- x3)ret ceratoconjuntivite adenoviral
- x4)ret conjuntivite
- x5)ret glaucoma
- x6)ret obstrução vias lacrimais
- x7)ret conjuntivite alérgica
- x8)ret. ametropia
- x9)ceratoconjuntivite a esclarecer
- x10)ret catarata
- x11)ret estrabismo
- x12)ret OVCR/ORV/OACR
- x13)ret ulcera de córnea
- x14)ret trauma ocular
- x15)ret suspeito Glaucoma
- x16)ret ceratite disciforme
- x17)ret uveite anterior
- x18)ret ambliopia
- x19)ret DCC/DCA
- x20)ret reinopatia diabética
- x21)ret pterigio
- x22)ret papilite
- x23)ret ceratopatia bolhosa
- x24)ret pré-operatório
- x25)ret blefarite
- x26)ret resultados de exame
- x27)ret meibomite
- x28)ret Lente de contato
- x29)ret ceratocone
- x30)ret angio
- x31) ret drusas familiares
- x32) ret esclerite
- x33) ret. Degeneração miópica
- x34) ret endoftalmite
- x35)ret olho seco
- x36)ret cloroquina
- x37)ret opacidade capsular posterior
- x38)ret afacia
- x39)ret prótese ocular
- x40)ret calázio
- x41)ret pingueculite

Exames a pedido

y1)CV

y2)MC

Queixa principal

v0)não registrado

v1)BAV/dificuldade visual

v2)“embaçamento”/“visão embaçada/embaralhada”

v3)“rever lentes” / “reavaliar óculos”

v4)“quebrou óculos”

v5)“inadequação aos óculos”

v6)“cefaléia”

v7)“dificuldade na escola

v8)queixa associada aos esforços visuais / cansaço visual

v9)“irritação”

v10)“olho vermelho” / “hiperemia”/“vermelhidão”

v11)“sensação CE”/“cisco”

v12)“ardor”/“ardência”

v13)“lacrimejamento”

v14)“prurido”/“coceira”

v15)“secreção”/“muco”

v16)“conjuntivite”

v17)fotofobia

v18)“dor”

v19)“pterígio”

v20)“pele”/“massa”

v21)“quer corrigir estrabismo”

v22)“olho torto”/desvio ocular

v23) “Ptose”

v24)hiperemia palpebral

v25)edema palpebral

v26)trauma ocular – contuso

v27)trauma ocular – vegetal/inseto/metálico

v28) tumoração (peri) palpebral /calázio/hordéolo/“bolha”

v29)Moscas Volantes

v30)edema/“inchaço” ocular

v31)“derrame”/hemorragia ocular

v32)“luzes”/“halos coloridos”

v33)‘catarata’

v34)‘tropeça ao andar’

v35)‘mancha’/ ‘sombra’

v36) queimadura(veneno,cal,soda)

v37)‘canal da lagrima entupido’

v38)‘meibomite’

v39) ‘cílios voltados para dentro’

v40) quer cirurgia refrativa

v41) diplopia
v42) quer lente de contato
v43) náuseas
v44) relatório DETRAN
v45) quer plástica palpebral
v46) 'olho seco'
v47) 'olho pequeno'
v48) 'tontura'
v49) 'distração'
v50) 'check up'

Retorno de pós operatório

z1) PO FACOTREC
z2) PO Cx combinada
z3) PO FACO
z4) PO EECF
z5) PO Blefaroplastia
z6) PO Pterígio
z7) PO plicatura de aponeurose
z8) PO encurtamento horizontal/'tarsal strip'
z9) PO correção estrabismo
z10) PO retirada de Corpo estranho ambulatorial
z11) PO trabeculectomia
z12) PO Cx entrópico (Jones)
z13) PO Lazy T
z14) implante 2º de LIO
z15) PO DCR
z16) PO iridotomia Yag
z17) PO calázio
z18) PO ectrópio cicatricial
z19) PO biópsia
z20) PO reparo palpebral
z21) PO puntoplastia
z22) PO fotocoagulação
z23) PO capsulotomia
z24) PO ptose
z25) PO refrativa
z26) PO transplante
z27) PO extração miíase
z28) PO perfuração corneana

Outros

w1) Interconsulta clínica médica/outras especialidades
w2) Interconsulta oftalmologia (fundoscopia indireta/2º opinião)
w3) Encaminhamento para cirurgia/outras procedimentos

CÓDIGO 'B':

conduta/procedimento/destino

A) condutas não cirúrgicas

- a1) tto clínico medicamentoso
- a2) orientação
- a3) retorno a pedido (catarata)
- a4) óculos
- a5) retorno com responsável para definir conduta
- a6) retorno quando decidir operar
- a7) indicado facectomia, porém não quer operar
- a8) Alta
- a9) retorno a pedido
- a10) ret para medidas (pré-op estrabismo) /avaliação com estrabólogo
- a11) oclusão (ambliopia)
- a12) tto ortóptico
- a13) relatório p/ oo especialidade
- a14) aguarda oo exame
- a15) ret para complemento de consulta
- a16) mantido óculos
- a17) entregar LC
- a18) teste LC
- a19) relatório DETRAN
- a20) massagem do saco lacrimal

B) indicação de cirurgia

- b1) reinserção de aponeurose do elevador
- b2) Extração extra-capsular
- b3) Blefaroplastia
- b4) sondagem de Vias lacrimais
- b5) Facoemulsificação
- b6) Dacriocistorrinostomia
- b7) exérese de pterígio
- b8) exérese de calázio
- b9) epilação
- b10) Trabeculectomia
- b11) Revisão de cirurgia
- b12) Facoemulsificação com trabeculectomia
- b13) Rotação Marginal
- b14) exérese tipo 'shave'
- b15) 'tarsal strip'
- b16) evisceração
- b17) correção de ptose
- b18) correção simbléfaro
- b19) Refração sob sedação
- b20) implante secundário
- b21) encurtamento horizontal

C) procedimentos ambulatoriais

- c1) retirada de corpo estranho corneano
- c2) cortar ponto/retirar ponto
- c3) epilação mecânica
- c4) refazer CA c/metilose
- c5) Lente de contato terapêutica
- c6) retirada de membrana conjuntival
- c7) cultura
- c8) drenagem ambulatorial
- c9) retirada de cálculo conjuntival
- c10) Injeção subconjuntival/subtenoniana
- c11) extração miíase

D) encaminhamento para hospital terciário

- d1) lise sutura com argônio
- d2) panfotocoagulação
- d3) Ultra-sonografia ocular
- d4) amb retina cirúrgica
- d5) amb glaucoma
- d6) setor de urgência
- d7) angiofluoresceinografia
- d8) amb retina clínica
- d9) capsulotomia YAG
- d10) iridotomia YAG
- d11) LC/Tx/CR
- d12) VL
- d13) encaminhamento para neuroftalmologia
- d14) amb plástica ocular
- d15) Visão subnormal
- d16) catarata congênita
- d17) prótese ocular

E) solicitação de exames realizados no serviço

- e1) Curva tensional diurna
- e2) Campo Visual

F) solicitação de exames realizados fora do serviço e fora do hospital terciário

- f1) Dacriocistografia
- f2) Rx órbita
- f3) Sorologia

G) interconsulta a outra especialidade

g1) encaminhamento para pediatria

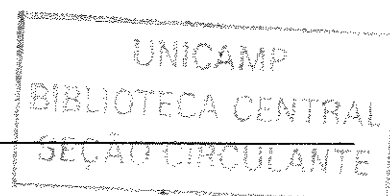
g2) neurologia

g3) medicina interna

g4) cirurgia geral

g5) otorrinolaringologia

g6) obstetrícia



Sobre o modelo de classificação de doenças: Classificação Internacional das Doenças (CID)

O CID teve origem na Lista Internacional de Causas de Morte, aprovada no 1º Congresso de estatística (Bruxelas, 1853), e se encontra em sua 10ª edição (CID-10), elaborada em 1989. A lógica do CID é a mesma lógica da Medicina Científica, identificada por Foucault no estudo de suas bases epistemológicas. A Medicina Científica entende a doença a partir da Anatomia Patológica, manuseando as categorias, sede, etiologia, duração e natureza das alterações anatomo-funcionais. A CID transforma estas categorias básicas em critérios classificatórios: (1) quanto a sede da lesão – gerais e localizadas; (2) quanto a etiologia – infecciosas e não-infecciosas; (3) quanto a duração – agudas e crônicas; (4) quanto a natureza do processo patológico – inflamação, degeneração, necrose, neoplasia etc. Com isso, a CID não apresenta um eixo classificatório ou um critério de classificação único; ora utiliza um critério anatômico, ora um critério etiológico. Assim, a CID mantém-se restrita ao conceitual clínico para a identificação e ordenamento das entidades mórbidas.

Sobre as inovações do CID-10, com ênfase as doenças do olho e anexos

A principal inovação da CID-10 foi a introdução de um código alfanumérico, que consiste de uma letra seguida de três números. Esta estratégia ampliou em mais

de duas vezes o conjunto de códigos em relação a CID-9, permitindo à grande maioria dos capítulos ser atribuída uma única letra, com 100 alternativas cada para a categorização das doenças. Desta forma, permite a ampliação para novos grupos de doenças, em futuras revisões.

Entre outras modificações, estão: a criação do capítulo de doenças do sistema imunitário, juntamente com as doenças hematológicas; a transformação dos suplementos sobre “Causas Externas de Lesão e Envenenamento” e sobre “Fatores que Exercem Influência Sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contato com os Serviços de Saúde” em capítulos; o destaque no início de cada capítulo sobre as notas de exclusão, respeitando a hierarquia das “Doenças da Gravidez, Parto e puerpério”, “Doenças do Período Perinatal” e “Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas” sobre as demais; criação de categorias de transtornos relacionadas a procedimento, o aprimoramento da classificação dupla para etiologia e manifestação (sistema de cruz e asterisco), dentre outros.

As “Doenças do Olho e Anexos”, classificadas na CID-9 dentro do grupo “Doenças do sistema nervoso e dos órgãos do sentido”, foram separadas das doenças do sistema nervoso e reagrupadas com “Doenças do ouvido e da apófise mastóide” na letra H, com 60 sub-grupos de classificação para as doenças oculares e de seus anexos, e 11 subgrupos de 03 caracteres para ampliações futuras.

O eixo classificatório das doenças dos olhos e anexos é principalmente anatômico, porém existem categorias que priorizam o substrato funcional, como “Cegueira e visão subnormal”, ou o substrato fisiológico, como “Distúrbio visuais”, “Nistagmo e outros movimentos irregulares do olho” e

“Transtornos da refração e da acomodação”.

Sobre as doenças oculares e dos anexos

classificada fora da letra H

As doenças oculares e dos anexos estão localizadas em outras letras, à saber :

- “Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)”. Ex.: dacriocistite perinatal e oftalmia neonatal (P39.1) .
- “Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (A00-B99)”. Ex.: coriorretinite por toxoplasmose (B58.0).
- “Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (E00-E90)”. Ex.: cegueira noturna devido a deficiência de vitamina A.
- “Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas (S00-T98)”. Ex.: hifema traumático (S05.1), complicações mecânicas de lente intra-ocular (T85.2).
- “Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (Q00-Q99)” Ex.: Catarata congênita (Q12.0).
- “Neoplasias (C00-D48)”. Ex. : neoplasias malignas dos olhos e anexos (C69)
- “Sintomas, Sinais e Achados Clínicos e Laboratoriais Anormais, Não Classificados em Outra Parte (R00-R99). Ex.: alucinações visuais (R44.1)
- “Doenças do Sistema Nervoso (G00-G99)” Ex.: amaurose fugaz (G45.3), blefarospasmo (G24.5)
- “Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)”. Ex.: tique psicogênico (F95.-).

- “Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com o Serviço de Saúde” . Ex.: Pseudofacia (Z96.1), exame dos olhos e da visão (Z01.0)

- 1) “ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima revisão” OPAS-OMS, 1989
- 2) Foucault, M. “El nacimiento de lá clínica” México, Siglo XXI, 1966.

Críticas à CID

- Dificuldade de operacionalização em serviços de atenção primária, por ter o atendimento neste nível de atenção um caráter mais simples e uma dificuldade inerente em realizar diagnósticos com a precisão exigida. CIAP (Classificação Internacional em Atenção Primária), por motivos de consulta, tenta adaptar a linguagem mais generalista da queixa principal coletada pelo agente de saúde.
- O agrupamento das doenças em função da sua etiologia e/ou localização anatômica oferece poucos subsídios para o planejamento em saúde.
- Exclui a possibilidade de classificar a doença enquanto um processo determinado social e historicamente.