



DENISE FORNAZARI DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DEMANDA E CAPACIDADE INSTALADA
PARA ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA E DA REGULAÇÃO DE FLUXO
DE PACIENTES NA REGIÃO DE CAMPINAS**

**Campinas
2013**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

DENISE FORNAZARI DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DEMANDA E CAPACIDADE INSTALADA
PARA ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA E DA REGULAÇÃO DE FLUXO
DE PACIENTES NA REGIÃO DE CAMPINAS**

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas para obtenção de título de Doutora em Ciências Médicas, área de concentração em Oftalmologia.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA DENISE
FORNAZARI DE OLIVEIRA E ORIENTADA PELO
PROF. DR. CARLOS EDUARDO LEITE ARIETA.

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be the name of the supervisor, Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta.

**Campinas
2013**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

OL41a Oliveira, Denise Fornazari de.
Avaliação sistematizada da demanda e capacidade instalada para atendimento em oftalmologia e da regulação de fluxo de pacientes na região de Campinas / Denise Fornazari de Oliveira. -- Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador : Carlos Eduardo Leite Arieta.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde ocular. 2. Atenção à saúde. 3. Regionalização. I. Arieta, Carlos Eduardo Leite. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Systematic assessment of demand, capacity and flow of care in ophthalmology in the region of Campinas

Palavras-chave em inglês:

Eye health services

Health care (Public health)

Regional health planning

Área de concentração: Oftalmologia

Titulação: Doutora em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Carlos Eduardo Leite Arieta [Orientador]

Keila Miriam Monteiro de Carvalho

José Paulo Cabral de Vasconcellos

Maria de Lourdes Veronese Rodrigues

Silvana Artioli Schellini

Data da defesa: 24-07-2013

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

DENISE FORNAZARI DE OLIVEIRA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). CARLOS EDUARDO LEITE ARIETA

MEMBROS:

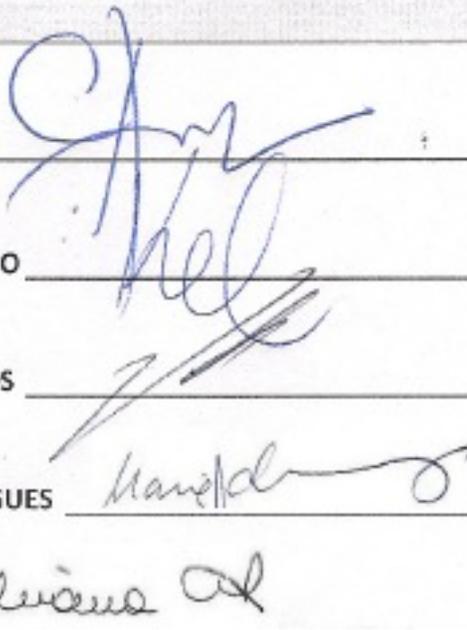
1. PROF(A). DR(A). CARLOS EDUARDO LEITE ARIETA

2. PROF(A). DR(A). KEILA MIRIAM MONTEIRO DE CARVALHO

3. PROF(A). DR(A). JOSÉ PAULO CABRAL DE VASCONCELLOS

4. PROF(A).DR(A). MARIA DE LOURDES VERONESE RODRIGUES

5. PROF(A).DR(A). SILVANA ARTIOLI SCHELLINI



The image shows five handwritten signatures in blue ink, each corresponding to one of the members listed on the left. The signatures are written over horizontal lines. The first signature is for Carlos Eduardo Leite Arieta, the second for Keila Miriam Monteiro de Carvalho, the third for José Paulo Cabral de Vasconcellos, the fourth for Maria de Lourdes Veronese Rodrigues, and the fifth for Silvana Artioli Schellini.

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de julho de 2013

DEDICATÓRIA

À minha família

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta, meu orientador, mais uma vez pelo exemplo, pela paciência e pelo incentivo.

À Dra. Márcia Bevilacqua, pelo apoio e incentivo essenciais na realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Rosane Silvestre de Castro por suas sempre pertinentes sugestões.

À Sra. Eliana Maria Pinheiro, pela inestimável ajuda e dedicação.

Ao Dr. Alexandre Cosimo por sua colaboração e responsabilidade.

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

Realizou-se estudo transversal com o objetivo de avaliar e caracterizar o modelo de atenção em saúde ocular em municípios da região de Campinas de acordo com a organização do Sistema Único de Saúde, e oferecer subsídios para a configuração da rede temática regionalizada de atenção à saúde em oftalmologia.

Foram incluídos 62 municípios, que compõem a Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS) 15 e RRAS 16 do Estado de São Paulo, para as quais o Hospital de Clínicas da Unicamp é referência de alta complexidade. Foram avaliados os serviços públicos de saúde municipais, estaduais e parcerias presentes na região. Não foram avaliados os serviços de saúde do sistema privado. Foram consultados os funcionários das Centrais de Regulação das Secretarias de Saúde dos municípios.

O instrumento utilizado foi questionário semiestruturado, desenvolvido em estudo exploratório, aplicado por entrevista.

Foram avaliadas estratégias de atendimento, com variáveis que permitiram caracterizar a assistência oftalmológica quanto ao modelo de atenção adotado, serviços ambulatoriais especializados, fluxo local e regional de pacientes, capacidade resolutive das unidades, perfil das equipes, instalações físicas, programa de assistência farmacêutica, participação em consórcios e convênios com a assistência suplementar.

A região estudada tem uma população de 4.805.691 de habitantes. Há serviços de atendimento em oftalmologia em 77,4% dos municípios. Na região estão instalados 5 Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), 2 hospitais filantrópicos, um hospital estadual e 2 hospitais universitários, com atendimento referenciado. Estão presentes 3 consórcios regionais de saúde.

O acesso da população ocorre principalmente pela atenção básica (95,2% dos municípios), encaminhada pelo médico clínico (74,2%). O tempo de espera da consulta de oftalmologia está entre 30 e 60 dias. Há lista de espera para consultas em 58,0% dos municípios, de

27.159 pacientes. O volume de consultas mensais disponibilizadas pelo sistema público é de aproximadamente 21.512.

São 115 oftalmologistas atuando na rede pública, 87 na RRAS 15 e 28 na RRAS 16, em 57 consultórios com equipamento básico. Os pacientes de maior complexidade são encaminhados aos serviços de referência. Não há atendimento de urgência em oftalmologia em 77,4% dos municípios, e 82,3% dos municípios não têm centro cirúrgico para procedimentos de oftalmologia.

Existem filas de espera para cirurgia de catarata em 80,6% dos municípios. São 5.796 pacientes na RRAS 15 e 796 na RRAS 16. Em 13 municípios com filas (26,0%), não há dados sobre números de pacientes nas filas. A maior parte da fila (81,8%) concentra-se em 8 municípios (12,9%). Não existem dados organizados de filas para atendimento em doenças da retina.

O programa de assistência farmacêutica, com os medicamentos do glaucoma, está em 79,0% dos municípios, e o transporte sanitário em 100,0%. Os municípios apresentam sistema de referência e contrarreferência de pacientes (53,2%) e a maioria (82,3%) não tem protocolos clínicos de atendimento de oftalmologia.

As principais dificuldades encontradas na organização do atendimento são relacionadas ao encaminhamento de pacientes com problemas de maior complexidade (referência, cirurgias e procedimentos de retina). Tal fato corrobora a necessidade da organização do fluxo de pacientes, para que os recursos disponíveis sejam mais bem aproveitados e os investimentos sejam realizados de forma a atender as necessidades detectadas.

ABSTRACT

A cross-sectional study was conducted to evaluate and characterize the model of eye care within the Brazilian Health System (SUS) in the region of Campinas and also provide support for configuration of the regionalized health care network in ophthalmology.

The study included 62 municipalities from the State of São Paulo, which comprises the Regionalized Health Care Network (RRAS) 15 and RRAS 16. The Clinical Hospital of Unicamp is the reference for high complexity in this region. Only public health services and their partners were evaluated.

To perform the study, professionals from the Regulatory Section of the Health Division of the municipalities were interviewed.

The instrument was a semi-structured questionnaire, developed in the exploratory study and applied by direct interview.

We evaluated service strategies with variables that allow for characterization of the eye care regarding the model of care adopted, specialized ambulatory services, local and regional flow of patients, service power of resolution, professional profile, pharmaceutical assistance programs, participation in consortia and partnerships with other health institutions.

The study area has a population of 4.805.691 inhabitants. There are services in ophthalmology in 77.4% of the municipalities. There are 5 AMEs in the region, two philanthropic hospitals, a state hospital and two university hospitals with referenced assistance. There are presently three regional health consortia in the region.

The entrance of patients into the system for eye care occurs mainly by primary care services (95.2% of municipalities) and clinician referral (74.2%). Waiting time for ophthalmology consultation is between 30 and 60 days. There is a waiting list for appointments in 58.0% of the municipalities totaling 27,159 patients. The total number of consultations available is approximately 21,512 a month.

There are 115 ophthalmologists acting in the public service: 87 in RRAS 15 and 28 in RRAS 16. There are 57 offices with basic ophthalmologic equipment. Patients of greater complexity are referred to appropriate services. There is no emergency assistance in

ophthalmology, and 82.3% of the municipalities do not have operating room facilities for ophthalmology.

There are waiting lists for cataract surgery in 80.6% of the municipalities (5,796 patients in RRAS 15 and 796 in RRAS 16). In 13 municipalities with waiting lists (26.0%), there are no data regarding the number of patients. The majority of queues (81.8%) are concentrated in 8 cities (12.9%) and there are no data regarding queues for diseases of the retina.

The pharmaceutical assistance program for glaucoma medications is present in 79.0% of the municipalities, and medical transportation in 100.0%. There is a system for reference and counter reference of patients in 53.2% of the municipalities and the majority (82.3%) does not have clinical protocols for ophthalmology.

The main difficulties found in the organization of care are related to flow of patients with more complex problems (referral, surgeries and procedures of retina). This study corroborates the necessity of organizing flow patient so that the available resources are better placed and investments can be made in order to attend the identified needs.

LISTA DE ABREVIATURAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONDERG	Consórcio de Desenvolvimento da Região do Governo de São João da Boa Vista
CONISCA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas
CONSAÚDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
<i>f</i>	Frequência
H Divinolândia	Hospital de Divinolândia
H Mogi Guaçu	Hospital de Mogi Guaçu
H Ouro Verde	Hospital Ouro Verde
H São Paulo	Hospital São Paulo
HC	Hospital de Clínicas
HES	Hospital Estadual de Sumaré
HUSF	Hospital Universitário São Francisco
OCT	Tomografia de Coerência Óptica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
Pro SC	Pró- Santa Casa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USG	Ultra sonografia

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Divisão das RRAS 15 e RRAS 16 em Regiões de Saúde, quantidade de municípios e população, 2012.....	59
Tabela 2-	População residente por município na RRAS 15, 2012.....	62
Tabela 3-	População residente por município na RRAS 16, 2012.....	63
Tabela 4-	Municípios com serviço de atendimento em oftalmologia local na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	63
Tabela 5-	Tipos de instituições que atendem a oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	64
Tabela 6-	Classificação quanto à gestão administrativa das instituições que atendem a oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	64
Tabela 7-	Instituições prestadoras de serviços de saúde e que são referência em oftalmologia para os municípios da RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	65
Tabela 8-	Consórcios regionais de saúde dos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	67
Tabela 9-	Local de acesso da população ao serviço de oftalmologia nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	67

Tabela 10-	Profissional responsável pelo encaminhamento do paciente ao serviço de oftalmologia nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	68
Tabela 11-	Tempo de espera para consulta inicial na Unidade Básica de Saúde nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	68
Tabela 12-	Tempo de espera para consulta de oftalmologia nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	68
Tabela 13-	Existência de lista de espera para consulta na UBS nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	69
Tabela 14-	Existência de lista de espera para consulta de oftalmologia nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	69
Tabela 15-	Lista de espera para oftalmologia, número de habitantes e quantidade de consultas mensais disponibilizadas nos municípios da RRAS 15, 2012.....	71
Tabela 16-	Lista de espera para oftalmologia, número de habitantes e quantidade de consultas mensais disponibilizadas nos municípios da RRAS 16, 2012.....	72
Tabela 17-	Instituições prestadoras de serviços de saúde, quantidade de consultas disponibilizadas, tipo de exames complementares existentes, número de oftalmologistas e população atendida nos municípios das RRAS 15 e RRAS 15, 2012.....	73
Tabela 18-	Oferta de atendimento de média e alta complexidade no HC Unicamp para os municípios das RRAS 15 e RRAS 15, 2012.....	73

Tabela 19-	Número de oftalmologistas nos serviços públicos municipais nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	74
Tabela 20-	Número de consultórios de oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	75
Tabela 21-	Municípios com equipamentos de exames complementares em oftalmologia na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	75
Tabela 22-	Número de municípios e serviços de referência para encaminhamento de exames complementares na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	76
Tabela 23-	Número de municípios e serviços de referência de média e alta complexidade para encaminhamento de pacientes de oftalmologia na RRAS 15, 2012.....	77
Tabela 24-	Número de municípios e serviços de referência de média e alta complexidade para encaminhamento de pacientes de oftalmologia na RRAS 16, 2012.....	78
Tabela 25-	Municípios com atendimento de urgência em oftalmologia nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	80
Tabela 26-	Número de municípios e serviços de referência para encaminhamento de pacientes de urgência em oftalmologia na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	80
Tabela 27-	Forma de encaminhamento de pacientes de urgência nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	80

Tabela 28-	Municípios com centro cirúrgico para oftalmologia nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	81
Tabela 29-	Tipos de cirurgias oftalmológicas realizadas nos próprios municípios das RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	81
Tabela 30-	Número de municípios e serviços de referência para encaminhamento de pacientes de cirurgia de catarata na RRAS 15, 2012.....	82
Tabela 31-	Número de municípios e serviços de referência para encaminhamento de pacientes de cirurgia de catarata na RRAS 16, 2012.....	82
Tabela 32-	Municípios com pacientes em fila de espera para cirurgia de catarata na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	83
Tabela 33-	Número de municípios e serviços de referência para pacientes de retina na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	84
Tabela 34-	Municípios com sistema de referência e contrarreferência de pacientes na RRAS 15 e 16, 2012.....	84
Tabela 35-	Municípios com protocolos clínicos de atendimento para os pacientes de oftalmologia na RRAS 15 e RRAS 16, 2012... ..	85
Tabela 36-	Dificuldades destacadas pelos profissionais reguladores nos municípios para o atendimento da oftalmologia na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Mapa do Estado de São Paulo com divisão geográfica das Regiões de Saúde, 2011.....	40
Figura 2-	Mapa da distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo, 2011.....	41
Figura 3-	Mapa da divisão político-administrativa da RRAS 15, 2012.....	50
Figura 4-	Mapa da divisão político-administrativa da RRAS 16, 2012.....	51
Figura 5-	Estrutura do Estado de São Paulo segundo distribuição de DRS, Regiões de Saúde, municípios e respectivos códigos, da RRAS 15, 2012.....	60
Figura 6-	Estrutura do Estado de São Paulo segundo distribuição de DRS, Regiões de Saúde, municípios e respectivos códigos, da RRAS 16, 2012.....	61
Figura 7-	Representação geográfica das instituições prestadoras de serviços de saúde e que são referência para os municípios da RRAS 15.....	65
Figura 8-	Representação geográfica das instituições prestadoras de serviços de saúde e que são referência para os municípios da RRAS 16.....	66
Figura 9-	Representação do fluxo de referência de pacientes dos municípios para as instituições prestadoras de serviços de maior complexidade, RRAS 15, 2012.....	78

Figura 10- Representação do fluxo de referência de pacientes dos municípios
para as instituições prestadoras de serviços de maior complexidade,
RRAS 16, 2012..... 79

SUMÁRIO

Resumo	<i>xiii</i>
Abstract	<i>xiv</i>
Lista de Abreviaturas	<i>xviii</i>
Lista de Tabelas	<i>xix</i>
Lista de Figuras	<i>xxiii</i>
Introdução	27
- As Regiões de Saúde e Redes Regionais de Saúde	
- Avaliação em saúde	
- A atenção à saúde ocular no Brasil	
- Modelos de atenção secundária em oftalmologia	
- As redes regionais de saúde	
Objetivos	44
Material e Método	47
- Tipo de estudo	
- População	
- Estudo exploratório	
- Instrumentos	
- Variáveis selecionadas	
- Teste prévio	
- Coleta de dados	
Resultados	57
Discussão	87
Conclusões	107
Referências bibliográficas.....	111

Anexos	123
- Anexo 1: Questionário	125
- Anexo 2: Carta de apresentação aos secretários de saúde aprovada pelo DRS7 Campinas	130
- Anexo 3: Solicitação de autorização à DRS VII	132
- Anexo 4: Carta de autorização da DRS VII	133
- Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	134
- Anexo 6: Parecer CEP	135

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, foi instituído com a promulgação da constituição Brasileira de 1988, e baseia-se nos princípios de integralidade, equidade e universalidade, entre outros, e nas ações de promoção da saúde, na prevenção de agravos, tratando, reabilitando, colaborando na redução das desigualdades e cuidando de cada pessoa segundo suas necessidades, colocando saúde como um direito assegurado pelo Estado e provendo o acesso às ações e aos serviços independentemente de sexo, cor, raça, renda, ocupação ou outras características pessoais ou sociais (1).

A gestão do sistema passou a ser fundamentada nos princípios da universalização, equidade e integralidade, através da descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços, com participação ativa da sociedade (2).

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil tem mostrado significativos avanços desde sua criação pela Constituição de 1988. Esses avanços podem ser particularmente percebidos em relação à ampliação da cobertura, à melhoria da assistência e aos seus mecanismos de gestão. Entretanto, ainda há muito a ser conquistado na perspectiva de garantir a integralidade na atenção à saúde. Superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar o cuidado em saúde constitui-se em desafios a serem enfrentados na atualidade (3).

Atualmente, após vinte anos de sua implantação, o SUS atinge todo o país, graças ao processo de municipalização que transferiu recursos e responsabilidades das esferas federal e estadual diretamente aos municípios. Apesar desta boa cobertura, o acesso da população aos serviços de saúde ainda é falho, pois a pretensa hierarquização das atenções primária, secundária e terciária, interligadas pelos fluxos de referência e contrarreferência, não logrou em atingir o objetivo de fazer da rede básica a principal porta de entrada do sistema (3).

Um dos principais desafios, hoje, para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS

é, portanto, pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que deem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato (4, 5, 6).

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. Iniciativas de expansão no acesso e na redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificados no relatório Dawson, publicado na Inglaterra em 1920 (7). Entre seus objetivos, este relatório propunha disponibilizar os serviços de saúde segundo as necessidades da população e integrar as ações curativas com as preventivas.

Atualmente, a intensidade da fragmentação observada nos diferentes países é muito diversa. Em 2008, a Organização Pan-Americana de Saúde destacava as seguintes causas para isso: a segmentação do sistema de saúde, a descentralização que fragmenta os níveis de atenção, o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, modelo de atenção à saúde com ênfase na atenção hospitalar, as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária, insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração (8).

Segundo CONILL e FAUSTO (9), na América Latina a segmentação e a fragmentação tem como causa importante a concepção seletiva para o acesso aos serviços, que acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia na continuidade do cuidado. Eles destacam que em muitos países do continente americano a focalização da atenção primária à saúde, restrita à população de baixa renda e constituída de um pacote básico de serviços, e a não garantia de acesso aos níveis de maior complexidade são fatores importantes.

No Brasil, a construção do SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços da União, estados e municípios. Além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização, regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. Conforme determina a Constituição, o SUS

deve se organizar em redes (6, 1).

A implementação do SUS, entretanto, contribuiu pouco para a integração da saúde nas regiões que agregam vários municípios, talvez pela pouca ênfase dada à regionalização.

O SUS foi imprimindo gradativamente aos municípios brasileiros um conjunto de novas responsabilidades, no que diz respeito ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde dirigidos tanto a promoção da saúde, como ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população. Dessa forma, o trabalho em saúde desenvolvido sob a responsabilidade dos municípios tem se tornado cada vez mais complexo, o que inevitavelmente tem gerado novas demandas, particularmente às suas instâncias gestoras, as Secretarias Municipais de Saúde (10, 11).

Isto estimulou muitas vezes a consolidação de sistemas de saúde autônomos. No entanto, a necessária articulação entre as unidades de saúde de municípios de uma mesma região mostra-se fragilizada por razões diversas. Com isso compromete-se a qualidade da atenção prestada e produz-se um grande desperdício de recursos, em função de não se respeitar a lógica de produção em escala de vários procedimentos (10).

Assim, a estruturação de redes regionalizadas de atenção à saúde que favoreça a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, constitui, sem dúvida, um desafio cujo enfrentamento requer a atuação conjunta e solidária dos gestores do SUS numa dada região (10).

Uma vez que o SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser ambulatoriais e hospitalares, onde são prestados os cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as

unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar (12).

Esta é a configuração habitual da rede de assistência à saúde, existente nos grandes centros urbanos. A estrutura é piramidal e representa a distribuição numérica dos componentes do SUS, onde a base representa os serviços ambulatoriais com capacidade para solucionar a maioria das necessidades de saúde da população, e o topo os serviços hospitalares (12). Mas talvez essa estrutura piramidal seja teoricamente equivocada, como afirma Mendes (13). Porque o nível de atenção mais complexo é o da atenção primária à saúde. Ele é, apenas, menos denso tecnologicamente. Resolver 90% dos problemas mais comuns, coordenar os fluxos e contra fluxos no contínuo de pontos de atenção à saúde, e responsabilizar-se pela saúde dos usuários é de extrema complexidade.

Por outro lado, nem todos os municípios brasileiros necessitam constituir uma rede capaz de prover todos os níveis de assistência. Os municípios de pequeno porte devem prover a atenção básica e estabelecer pactos, por meio dos gestores de saúde, no âmbito dos conselhos de saúde, com municípios de maior porte, para garantir a atenção à média e à elevada complexidade, formalizando-se, assim, uma rede regionalizada. O planejamento dos serviços para as diferentes categorias de municípios, feito de acordo com as respectivas condições de gestão e com a divisão de responsabilidade, deve integrar uma rede regional, de maneira a subsidiar os planos regionais e estaduais de atendimento (12, 14).

O acesso dos usuários aos serviços do SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir das unidades de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), sendo feita a referência para outros níveis, conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos a serem aplicados para o diagnóstico e resolução da afecção apresentada. A regionalização e a hierarquização, por si só, não garantem a redução do afluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade. É esperado que os usuários não só sejam acolhidos no nível primário, mas que, fundamentalmente, recebam

atenção resolutiva. Ou seja, a resolubilidade das unidades básicas e secundárias de saúde é condição fundamental para evitar a maioria dos encaminhamentos desnecessários aos centros de complexidade terciária e, particularmente, aos hospitais de maior porte, permitindo que sejam ocupados por usuários que realmente deles necessitem (12, 14).

AS REGIÕES DE SAÚDE E AS REDES REGIONAIS DE SAÚDE

As “redes”, como alternativas para o planejamento de políticas, tornaram-se um fenômeno mais presente com a globalização econômica, que alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações, e as transformações recentes do Estado impõem modelos de gestão que implicam em parcerias entre entes estatais e organizações sociais e empresariais (15). Segundo CASTELLS (16), “a sociedade atual se organiza em redes”.

A regionalização retornou com força à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, que se propõe a construção de arranjos que contribuam para o aperfeiçoamento de redes (17). O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais acordado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS. O Ministério da Saúde ressaltou a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde definindo-as como “estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (18).

O Decreto n 7508, de junho de 2011, ao regulamentar a Lei n 8080/90 e dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da Saúde, a assistência e a articulação interfederativa reacende a discussão em âmbito nacional sobre a efetiva consolidação de princípios e diretrizes do SUS. Dentre eles, destacam-se a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços também considerados na literatura técnica como princípios normativos (19).

O decreto define Região de Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (19).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (13). O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (13).

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade das necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos (20).

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para a RAS, contudo alguns atributos são essenciais ao seu funcionamento (20):

- população e território definido;
- extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de locomoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos;
- APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema.

AValiação em Saúde

A qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Não é ético oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado, ou cuja qualidade seja inferior aos padrões recomendados. Nesse sentido,

abrem-se, nos serviços de saúde, duas áreas de pesquisa com naturezas complementares: investigações que visam testar a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado, e investigações voltadas para avaliar o resultado dessas intervenções sobre a saúde dos usuários e da população como um todo. Elementos fundamentais da pesquisa em serviços incluem avaliações da oferta de cuidados, expressa em termos de quantidade e qualidade de recursos de estrutura, humanos e tecnológicos; avalia-se também a utilização e a cobertura da oferta, além do impacto desta sobre a saúde das populações (21, 22).

A realização de análise de eficiência no setor saúde é tarefa essencial do setor público. O setor saúde é um dos principais receptores de recursos públicos e tem como missão cuidar do mais precioso valor humano: a vida. Essa tarefa obrigatória é, portanto, um pré-requisito indispensável para a formulação de políticas públicas de saúde, na medida em que relaciona resultados obtidos e os escassos recursos sociais colocados a disposição do setor (23, 24). As políticas públicas relacionadas ao setor saúde no Brasil têm como um dos pilares fundamentais a descentralização das ações e dos recursos até o nível municipal. Logicamente, a avaliação dos serviços no nível dos municípios não pode prescindir de dados e de informações detalhadas e precisas também nesse nível (25, 26).

Sabe-se que, para a construção de um plano de ação de promoção da saúde, são necessários o compromisso do governo local e a participação popular nas diferentes etapas do processo: no diagnóstico local, na execução e na avaliação, sendo que esta última deve ser constante (27).

A promoção da saúde consiste em “proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre ela”, segundo a Carta de Ottawa (28). Com o objetivo de fortalecer e criar espaços para a construção de políticas públicas saudáveis, o Ministério da Saúde, no documento da política de promoção da saúde, expressa que deve ser uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a

equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas, ampliando, dessa forma, a atuação de diferentes setores na busca da elaboração de projetos que alcancem melhorias na qualidade de vida (27).

As demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. O conhecimento do padrão de utilização desses serviços se torna essencial, para que as respostas a essas demandas reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos custos, uma vez que esse padrão oferece insumos durante o processo de alocação e geração de recursos (29). Grandes variações têm sido documentadas entre áreas geográficas, nos aspectos de prática médica, tais como taxas de cirurgia e hospitalização, tempo de internação hospitalar, ou mesmo prescrição de medicamentos. Uma possível explicação para essa ampla variação é o elevado grau de incerteza sobre a base científica da prática clínica, em que, além do estado de saúde do paciente, os custos exercem um papel importante na definição do padrão de consumo, resultando muitas vezes em uso desnecessário de certos procedimentos (29). A falta de consenso neste campo tem gerado um grande número de estudos, cujo principal objetivo é a identificação de fatores associados com a utilização de serviços de saúde.

O acesso tem sido considerado elemento de suma importância na utilização de serviços de saúde. Nesse sentido, a dinâmica de utilização de tais serviços tem sido avaliada a partir da sua disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento, que atuam como elementos indutores de sua oferta. O padrão de utilização também tem sido focalizado a partir da demanda por serviços de saúde, voltando-se para as características demográficas e, principalmente, para o perfil de necessidades individuais (29).

No Brasil, em que pese o grande número de iniciativas voltadas para a consolidação do SUS e a existência de uma gama de projetos dirigidos para a avaliação das inovações que vêm sendo implementadas, não existe nenhuma iniciativa governamental no sentido de avaliar o impacto dessas mudanças no desempenho do sistema em seu conjunto, sendo que a maioria das avaliações está voltada para o processo de descentralização ou de implantação de programas específicos (30).

Embora não haja consenso sobre como medir desempenho dos sistemas de serviços de saúde, desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem o sistema, variando de acordo com o que cada país estabeleceu como suas metas. Dado que os objetivos e metas para os sistemas de saúde são diversos, do mesmo modo que as dimensões de análise, não há uma correspondência estrita entre as várias experiências locais, ainda que, em algumas situações, os indicadores (nos seus conteúdos) sejam os mesmos (30).

A ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR NO BRASIL

A atenção na rede pública ao paciente com doença ocular, por muitos anos se deu de forma distorcida e insuficiente. Distorcida porque muitos desses pacientes procuravam serviços de atenção terciária, nos grandes centros urbanos e, como os hospitais universitários e as instituições e fundações de caráter filantrópico, ao invés de serem atendidos na sua cidade ou região de origem. 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 parte com problemas de baixa complexidade (31). Por outro lado, os pacientes com problemas oculares de maior complexidade encontravam esses mesmos grandes centros sobrecarregados, e por diversas questões logísticas não tinham 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 inadequadas nas médias e grandes cidades e no setor privado (32).

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 de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (33) define os serviços de atenção secundária em oftalmologia como centros distritais ou regionais de saúde, preferencialmente integrados à infraestrutura 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.

Atuam também em nível secundário os consultórios oftalmológicos, satélites do centro de referência regional, que diferem dos hospitais de olhos por não realizarem exames mais sofisticados e cirurgias. Estes modelos devem-se dispor de uma forma hierárquica, onde 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 de referência e contrarreferência que tem como objetivo elevar o nível de resolução no sistema (33, 34)

O Ministério da Saúde no Brasil vem desenvolvendo ações no sentido de organizar a assistência oftalmológica no país, desde 1999, como a implantação dos extintos mutirões de cirurgia de catarata e retinopatia diabética, e em 2002 com a instituição dos centros de referência em oftalmologia e o atendimento ao portador de glaucoma (35). Quando se analisa a distribuição do número de serviços especializados em oftalmologia por estado, verifica-se uma cobertura superior à média de outras especialidades (36). No entanto notam-se dificuldades importantes no acesso a esses serviços, considerando-se que a maior concentração deles está nas regiões metropolitanas e municípios de grande porte (37).

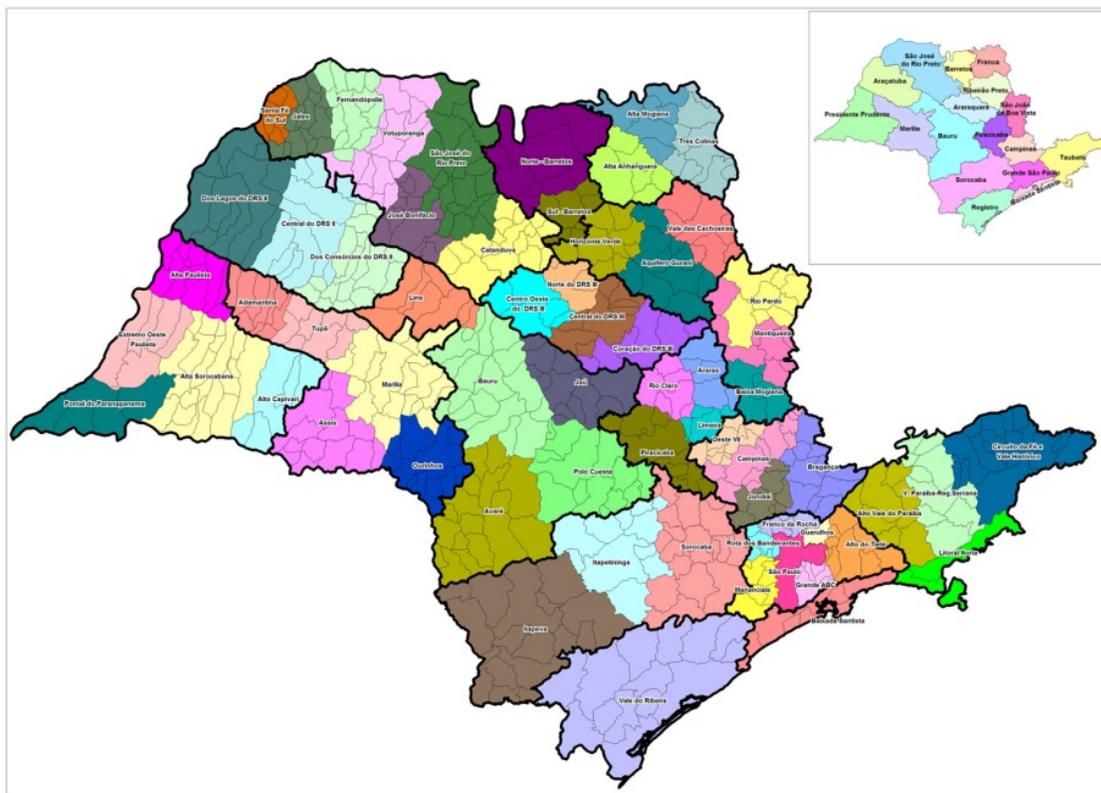
Considerando esses dados, em 2007 o ministério da saúde propôs diretrizes para a chamada Política Nacional de Oftalmologia, que foi regulamentada por meio de duas portarias, organizando a atenção básica e a atenção especializada (35). Apesar dessas iniciativas ainda hoje a rede de atenção especializada da Oftalmologia não está implantada segundo o modelo e as diretrizes propostas.

AS REDES REGIONAIS DE SAÚDE

A estruturação de Redes de Atenção à Saúde orientadas a partir da atenção básica é uma importante estratégia para o aperfeiçoamento do funcionamento das Regiões de Saúde, já implantadas no estado de São Paulo. Em 2007 houve um movimento, seguindo as orientações do Pacto de Gestão, para a conformação destas Regiões de Saúde (38). O Pacto de Gestão é uma das dimensões do Pacto pela Saúde, do Ministério da Saúde, já citado anteriormente.

Vale destacar que a oferta de serviços assistenciais não foi critério determinante para a construção destas Regiões de Saúde. Este processo instituiu o Plano Diretor de Regionalização, conformando 64 Regiões de Saúde com seus respectivos Colegiados de Gestão Regionais (38). Este espaço regional é entendido como o local privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre as esferas de governo para aquele território. No Estado de São Paulo as regiões de saúde foram divididas como no mapa representado na FIGURA 1.

Figura 1: Mapa do Estado de São Paulo com divisão geográfica das Regiões de Saúde, 2012.



Fonte: www.saude.sp.gov.br/perfil/gestor/mapas

A Rede tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (13).

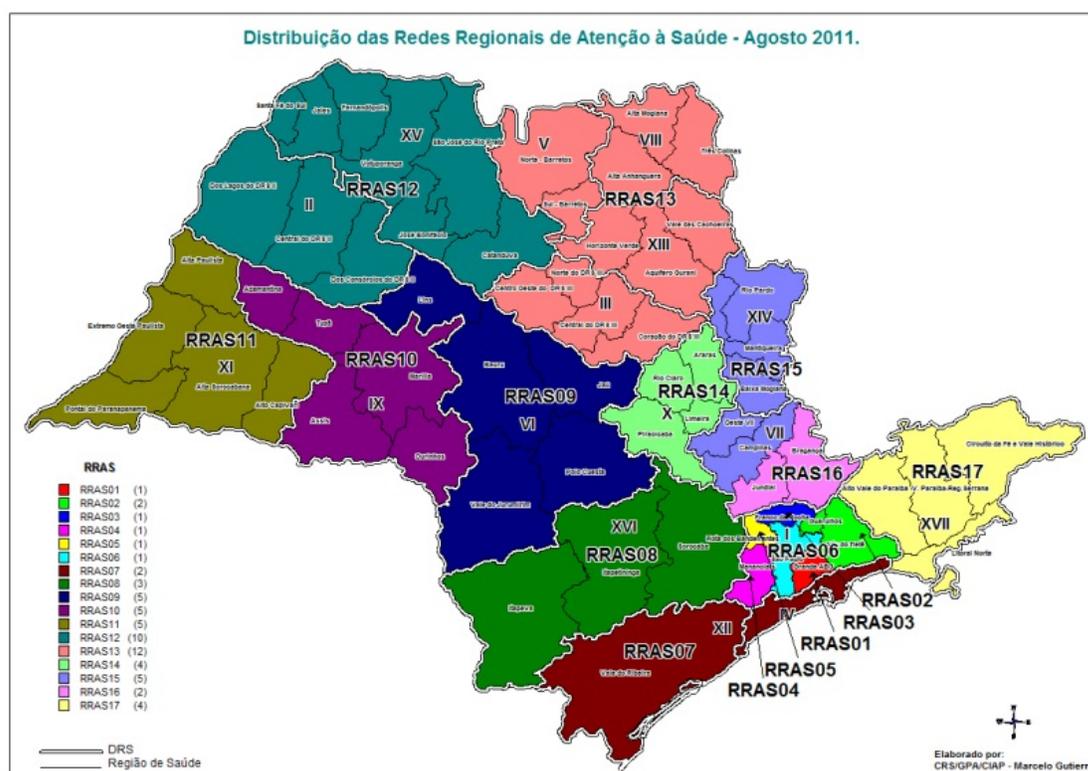
O decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, determina que as Redes de Atenção à Saúde devam estar compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas em comissões específicas intergestoras (19).

No momento atual, com o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado, num determinado território, torna-se necessária a implementação

de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) “Desta forma, espera-se que o cidadão possa ter acesso à rede de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.” (6).

No Estado de São Paulo foram criadas 17 Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), como apresentado na FIGURA 2.

Figura 2: Mapa do Estado de São Paulo com divisão geográfica das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, 2012.



Fonte: www.saude.sp.gov.br/perfil/gestor/mapa

O Departamento Regional de Saúde (DRS) VII da Região de Campinas coordena as ações na RRAS 15 e 16, e é o centro regulador para os pacientes de maiores níveis de complexidade na região. Também é o regulador do fluxo de pacientes para o Serviço de

Oftalmologia do Hospital de Clínicas da Unicamp, maior prestador de serviços de saúde de alta complexidade para a região. O conceito de regulação na saúde permeia as ações no sistema público e tem como objetivo gerenciar e organizar, com humanização, controle de fluxo e otimização de recursos (39). Regulação é a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde. Esta ordenação atua pelo lado da oferta, buscando melhor utilização dos recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população.

Dentro da organização das redes regionalizadas algumas áreas vêm sendo desenvolvidas como redes temáticas como, por exemplo, a Rede Cegonha e a Rede de Urgências. Trata-se de um conjunto de estratégias dentro do conceito de redes, com ações direcionadas a uma determinada necessidade (40, 41).

Diante da necessidade de se desenvolver métodos 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, torna-se pertinente pensar a caracterização do modelo regional de atendimento oftalmológico, como uma Rede Temática da Oftalmologia.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Caracterizar o modelo de atenção em saúde ocular em municípios da região de Campinas de acordo com a organização do Sistema Único de Saúde.

Objetivo Secundário:

Oferecer subsídios para a implantação da Rede Temática de Oftalmologia para a RRAS 15 e RRAS 16 no Estado de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

O estudo é observacional e a produção dos dados foi realizada em um corte transversal do processo em observação. Nesse sentido, este estudo pode ser caracterizado como descritivo. Os estudos descritivos são comumente utilizados para a determinação de políticas de saúde pública e de alocação de recursos.

Para a análise dos dados gerados nos estudos observacionais agregados transversais empregam-se correntemente análises gráficas simples e estatísticas descritivas.

Este trabalho abrange exclusivamente os processos relacionados à prestação da atenção oftalmológica em nível da comunidade. Não inclui a avaliação da interação médico-paciente.

População estudada

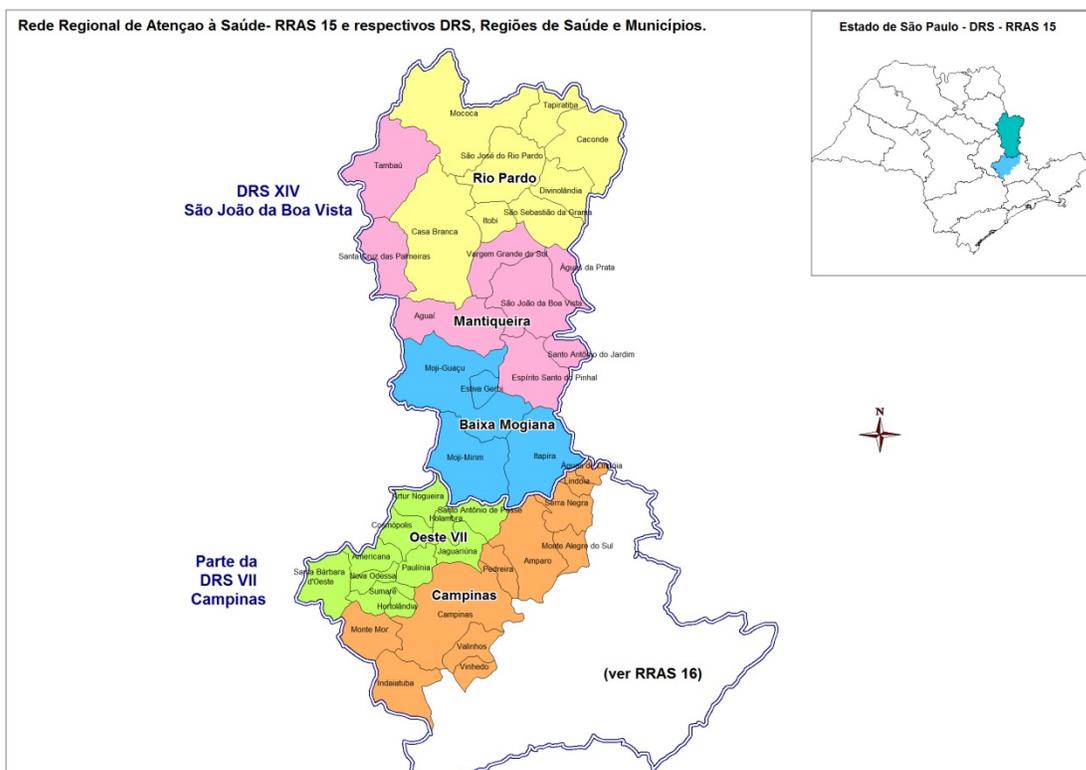
Foram investigadas características dos serviços de saúde que prestam atendimento em oftalmologia no sistema público dos municípios das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde 15 e 16 do Estado de São Paulo, para as quais o Hospital de Clínicas da Unicamp é referência de alta complexidade. Estas RRAS são coordenadas pelo Departamento Regional de Saúde (DRS) VII da Secretaria Estadual de Saúde.

Foram incluídos no estudo 62 municípios do Estado de São Paulo, os quais compõem as Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS) 15 e 16, conforme ilustrado na figura 2.

A RRAS 15 localiza-se na macrorregião centro-leste do Estado de São Paulo, na área do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista (XIV) e de parte do Departamento Regional de Saúde de Campinas (VII), com 42 municípios agregados em cinco diferentes Regiões de Saúde, abrangendo uma população total de 3.577.072 habitantes (FIGURA 3).

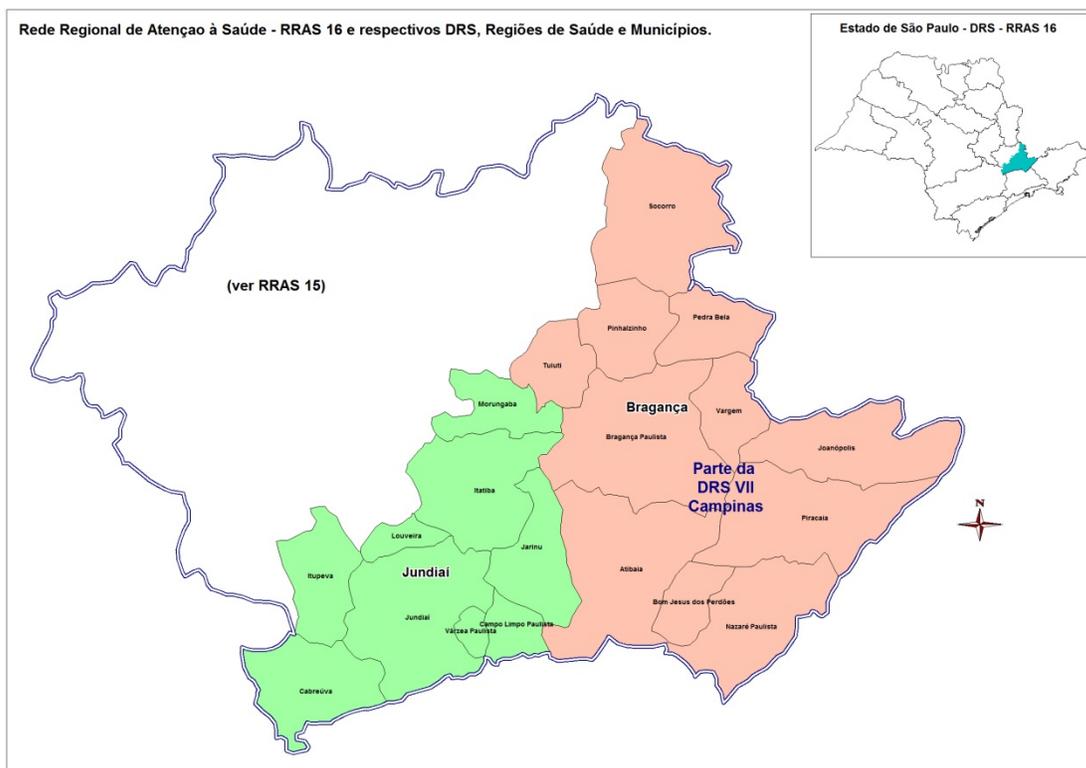
A RRAS 16 localiza-se na macrorregião centro-leste do Estado de São Paulo, na área do Departamento Regional de Saúde de Campinas (VII), com 20 municípios agregados em duas diferentes Regiões de Saúde, abrangendo uma população total de 1.228.619 habitantes (FIGURA 4).

Figura 3: Mapa da divisão político-administrativa da RRAS 15, 2012.



Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapas-de-saude

Figura 4: Mapa da divisão político-administrativa da RRAS 16, 2012.



Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapas-de-saude

Foram avaliados os serviços públicos de saúde, municipais, estaduais e parcerias presentes na região, que compõe a rede de atendimento como está hoje organizada. Esses serviços de saúde foram localizados através de informações obtidas com os profissionais do DRS VII e de pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Não foram avaliados os serviços de saúde do sistema privado, por não ser objetivo deste estudo. Os serviços privados são citados apenas quando aparecem em contratos ou parcerias com o sistema público.

O acesso às informações dos municípios estudados foi facilitado pela diretoria do DRS. Foram consultados os funcionários da Central de Regulação do DRS VII, que

forneceram as indicações dos profissionais responsáveis pela regulação do atendimento em saúde em cada município.

Os municípios têm nas Secretarias de Saúde profissionais responsáveis pelo encaminhamento de pacientes às diferentes áreas médicas. Esses profissionais estão nas chamadas Centrais de Regulação, que são áreas da secretaria com objetivo de organizar o fluxo de atendimento à população. Nem todos os municípios tem implantado um sistema regulatório totalmente organizado, de acordo com as orientações do SUS (39), mas em todas as secretarias há uma estrutura semelhante, com essa função. Foram esses os profissionais abordados.

Estudo exploratório

Realizou-se estudo exploratório cujas etapas foram:

- 1) entrevistas com os profissionais do centro de regulação do DRS 7
- 2) análise dos dados dos municípios
- 3) construção do roteiro preliminar da entrevista;
- 4) testagem do roteiro em campo;
- 5) elaboração do roteiro estruturado da entrevista.

Instrumentos

Para coleta dos dados dos serviços municipais elaborou-se questionário semiestruturado, que foi aplicado por entrevista (ANEXO 1).

Para os dados dos serviços estaduais e outras parcerias públicas presentes na região utilizou-se roteiro de questões preenchido pelo pesquisador, com base em informações colhidas com a direção do serviço.

A construção dos instrumentos foi baseada em pesquisa na literatura pertinente, na experiência do pesquisador na gestão da assistência prestada pelo setor de Oftalmologia da UNICAMP, e no estudo exploratório que permitiu selecionar as informações mais relevantes e frequentes para compor as questões do instrumento de medida.

Variáveis selecionadas

Foram analisadas atividades e estratégias de atendimento, com variáveis que permitiram ao final do estudo caracterizar a assistência oftalmológica quanto ao modelo de atenção adotado, a existência de serviços ambulatoriais especializados, fluxo local e regional de pacientes, existência de atendimento de urgência, capacidade resolutiva das unidades, perfil das equipes, condições das instalações, serviços integrados de atenção e de registro de agravos, programa de assistência farmacêutica com os medicamentos do glaucoma, participação em consórcios e convênios com a assistência suplementar.

Para essa análise foram determinadas as seguintes variáveis, classificadas a seguir.

1- Para as instituições municipais foram avaliadas:

1.1 - Caracterização dos serviços locais:

- existência de serviço ambulatorial local de oftalmologia
- quantidade de unidades especializadas
- natureza administrativa da instituição (se estadual, municipal ou privada)
- fluxo de acesso da população ao serviço de oftalmologia
- oferta de consultas de oftalmologia (avaliada por associação com o número de atendimentos realizados durante o ano anterior, uma vez que os municípios não tem a informação organizada da oferta)
- quantidade de oftalmologistas
- instalações físicas da oftalmologia com descrição dos equipamentos básicos e complementares
- atendimento de urgência em oftalmologia no município
- existência de unidades cirúrgicas para a oftalmologia no município

1.2 - Demandas

- listas de espera de pacientes para consultas na unidade básica e unidade
- listas de espera de pacientes para cirurgia de catarata e procedimentos de retina
- tempo de espera para consulta na unidade básica e na unidade especializada

1.3 - Referência de pacientes a serviços de maior complexidade

- serviços de referência para encaminhamento de exames complementares
- serviços de referência para encaminhamento de casos de maior complexidade
- serviços de referência de encaminhamento para casos de urgência
- estratégia de encaminhamento de pacientes de urgência
- serviços de referência de encaminhamento para cirurgias de catarata
- serviços de referência de encaminhamento de pacientes com doenças da retina

1.4 - Caracterização da assistência à saúde quanto a aspectos que impactam no atendimento da oftalmologia

- participação em consórcios regionais de saúde
- programas de assistência farmacêutica de medicamentos de alto custo no município (medicamentos do glaucoma)
- sistemas de referência e contrarreferência de pacientes
- protocolos clínicos de atendimento
- dificuldades encontradas no atendimento da oftalmologia

2- Para os serviços regionais de referência de maior complexidade:

2.1 - Caracterização das instituições

- natureza administrativa da instituição (municipal, estadual ou privada)
- área de abrangência (geográfica e populacional)
- oferta de serviços (consultas, exames complementares e cirurgias)
- recursos humanos especializados

Teste prévio

Foram realizados testes prévios do questionário para avaliar a compreensão e interpretação das questões. Os testes foram realizados em centros reguladores das secretarias de saúde de três municípios da região em estudo: Sumaré, Paulínia e Cosmópolis. Após os testes os questionários foram analisados e adequados e foi criado banco de dados no programa estatístico SPSS versão 20.0.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o segundo semestre de 2012, e os resultados registrados e apresentados na forma de tabelas e gráficos.

Foi solicitada autorização para o diretor do DRS VII e DRS XIV para a abordagem dos municípios estudados. Foram enviadas cartas de apresentação aos secretários de saúde, solicitando permissão para a visita e para as entrevistas com os profissionais dos centros de regulação das secretarias de saúde (ANEXO 3). Foi solicitada também autorização para visita aos serviços estaduais e parceiros públicos, por contato direto com a direção local.

As visitas foram realizadas pelo próprio pesquisador, e por outro profissional auxiliar de pesquisa de nível universitário, orientado e treinado para realizar a entrevista. As visitas ocorreram durante um período de dois meses, para tentar obter-se diagnóstico atualizado e recente.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp número 306.369.

RESULTADOS

Estudo descritivo

Descrição da população estudada

As Regiões de Saúde de cada uma das RRAS, com o total de municípios, e suas respectivas populações estão relacionadas na tabela 1.

Tabela 1: Divisão das RRAS 15 e RRAS 16 em Regiões de Saúde, quantidade de municípios e população, 2012.

RRAS	Região de Saúde	Municípios	População feminina	População masculina	População total
15	CAMPINAS	11	855.038	810951	1.665.989
	OESTE VII	11	571.965	565.337	1.137.302
	BAIXA MOGIANA	4	152.616	149.715	302.331
	MANTIQUEIRA	8	132.880	129.945	262.825
	RIO PARDO	8	103.745	104.880	208.625
	Subtotal		42	1.816.244	1.760.828
16	BRAGANÇA	11	210.177	206.478	416.655
	JUNDIAÍ	9	411.387	400.577	811.964
	Subtotal	20	621.564	607.055	1.228.619

Fonte população: CENSO 2010.

As figuras 5 e 6 foram extraídas da página na internet do governo do Estado de São Paulo, disponíveis para consulta pública, e apresentam na forma de tabela a divisão da região que compreende a população estudada, em organização oficial em: redes regionalizadas de atenção à saúde, departamentos regionais de saúde, regiões de saúde, e municípios, com os respectivos códigos. Os 62 municípios estão representados nestas tabelas.

Figura 5: Estrutura do Estado de São Paulo segundo distribuição de DRS, Regiões de Saúde, municípios e respectivos códigos, da RRAS 15, 2012.

Estrutura do Estado de São Paulo segundo RRAS, DRS, Regiões de Saúde e Municípios - 2012.						
CÓDIGO RRAS	CÓDIGO DRS	DRS	CÓDIGO RS	REGIÃO DE SAÚDE	IBGE	MUNICÍPIO
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3500501	Águas de Lindóia
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3501905	Amparo
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3509502	Campinas
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3520509	Indaiatuba
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3527009	Lindóia
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3531209	Monte Alegre do Sul
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3531803	Monte Mor
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3537107	Pedreira
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3551603	Serra Negra
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3556206	Valinhos
RRAS15	3507	CAMPINAS	35072	CAMPINAS	3556701	Vinhedo
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3501608	Americana
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3503802	Artur Nogueira
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3512803	Cosmópolis
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3519055	Holambra
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3519071	Hortolândia
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3524709	Jaguariúna
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3533403	Nova Odessa
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3536505	Paulínia
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3545803	Santa Bárbara d'Oeste
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3548005	Santo Antônio de Posse
RRAS15	3507	CAMPINAS	35074	OESTE VII	3552403	Sumaré
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35141	BAIXA MOGIANA	3522604	Itapira
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35141	BAIXA MOGIANA	3530706	Moji-Guaçu
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35141	BAIXA MOGIANA	3530805	Moji-Mirim
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35141	BAIXA MOGIANA	3557303	Estiva Gerbi
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3500303	Aguai
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3500402	Águas da Prata
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3515186	Espírito Santo do Pinhal
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3546306	Santa Cruz das Palmeiras
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3548104	Santo Antônio do Jardim
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3549102	São João da Boa Vista
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3553302	Tambaú
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35142	MANTIQUEIRA	3556404	Vargem Grande do Sul
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3508702	Caconde
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3510807	Casa Branca
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3513900	Divinolândia
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3523800	Itobi
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3530508	Mococa
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3549706	São José do Rio Pardo
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3550803	São Sebastião da Gramma
RRAS15	3514	S. JOÃO B. VISTA	35143	RIO PARDO	3553609	Tapiratiba

Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapa-de-saude

Figura 6: Estrutura do Estado de São Paulo segundo distribuição de DRS, Regiões de Saúde, municípios e respectivos códigos, da RRAS 16, 2012.

Estrutura do Estado de São Paulo segundo RRAS, DRS, Regiões de Saúde e Municípios - 2012.						
CÓDIGO RRAS	CÓDIGO DRS	DRS	CÓDIGO RS	REGIÃO DE SAÚDE	IBGE	MUNICÍPIO
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3504107	Atibaia
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3507100	Bom Jesus dos Perdões
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3507605	Bragança Paulista
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3525508	Joanópolis
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3532405	Nazaré Paulista
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3536802	Pedra Bela
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3538204	Pinhalzinho
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3538600	Piracaia
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3552106	Socorro
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3554953	Tuiuti
RRAS16	3507	CAMPINAS	35071	BRAGANÇA	3556354	Vargem
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3508405	Cabreúva
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3509601	Campo Limpo Paulista
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3523404	Itatiba
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3524006	Itupeva
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3525201	Jarinu
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3525904	Jundiaí
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3527306	Louveira
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3532009	Morungaba
RRAS16	3507	CAMPINAS	35073	JUNDIAÍ	3556503	Várzea Paulista

Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapa-de-saude

A população de cada município da RRAS 15 está apresentada na tabela 2 e a população dos municípios da RRAS 16, na tabela 3.

Tabela 2: População residente por município na RRAS 15, 2012.

Município	Habitantes
1. Campinas	1.098.630
2. Sumaré	246.247
3. Americana	214.873
4. Indaiatuba	209.859
5. Hortolândia	198.758
6. Santa Bárbara d'Oeste	181.509
7. Mogi Guaçu	139.211
8. Valinhos	110.390
9. Mogi Mirim	87.266
10. Paulínia	86.800
11. São João da Boa Vista	84.584
12. Itapira	69.317
13. Amparo	66.649
14. Mococa	66.399
15. Vinhedo	66.087
16. Cosmópolis	61.013
17. Nova Odessa	52.627
18. São José do Rio Pardo	52.176
19. Monte Mor	50.702
20. Jaguariúna	46.533
21. Artur Nogueira	45.847
22. Pedreira	42.516
23. Espírito Santo do Pinhal	42.123
24. Vargem Grande do Sul	39.714
25. Aguaí	32.745
26. Santa Cruz das Palmeiras	30.593
27. Casa Branca	28.535
28. Serra Negra	26.770
29. Tambaú	22.429
30. Santo Antônio de Posse	21.032
31. Caconde	18.563
32. Águas de Lindóia	17.438
33. Tapiratiba	12.707
34. São Sebastião da Gramma	12.046
35. Holambra	11.917
36. Divinolândia	11.086
37. Estiva Gerbi	10.224
38. Águas da Prata	7.653
39. Itobi	7.559
40. Monte Alegre do Sul	7.278
41. Lindóia	6.912
42. Santo Antônio do Jardim	5.912
TOTAL	3.651.229

Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapa-de-saude

Tabela 3: População residente por município na RRAS 16, 2012.

Município	Habitantes
1. Jundiaí	377.183
2. Bragança Paulista	150.023
3. Atibaia	128.914
4. Várzea Paulista	109.247
5. Itatiba	104.533
6. Campo Limpo Paulista	75.637
7. Itupeva	47.682
8. Cabreúva	42.889
9. Louveira	39.122
10. Socorro	37.288
11. Piracaia	25.384
12. Jarinu	24.875
13. Bom Jesus dos Perdões	20.674
14. Nazaré Paulista	16.717
15. Pinhalzinho	13.425
16. Morungaba	12.050
17. Joanópolis	11.974
18. Vargem	9.077
19. Tuiuti	6.078
20. Pedra Bela	5.806
TOTAL	1.258.578

Fonte: www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapa-de-saude

Do total de 62 municípios avaliados, 48 (77,4%) têm serviço de atendimento em oftalmologia no sistema público, no próprio município, e 25 (40,4%) têm oftalmologia no Ambulatório de Especialidades (tabelas 4 e 5). Estes serviços são principalmente instituições municipais (48 municípios (77,4%)) (tabela 6).

Tabela 4: Municípios com serviço de atendimento em oftalmologia local na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

	RRAS				Total	
	15		16		f	%
Oftalmologia local	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sim	32	(76,1)	16	(80,0)	48	77,4
Não	10	(23,9)	4	(20,0)	14	22,6
Total	42	(100,0)	20	(100,0)	62	100,0

Tabela 5: Tipos de instituições que atendem a oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Tipo de Instituição	RRAS					
	15		16		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Unidade Básica de Saúde (UBS)	2	4,8	2	10,0	4	6,4
Ambulatório de especialidade próprio	18	42,8	7	35,0	25	40,4
Hospital	1	2,4	0	0,0	1	1,6
AME	2	4,8	3	15,0	5	8,1
Serviço particular contratado	3	7,1	0	0,0	3	4,8
Outro	4	9,5	0	0,0	4	6,4
Associação de 2 ou mais tipos	12	28,6	8	40,0	20	32,3
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 6: Classificação quanto à gestão administrativa das instituições que atendem a oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Tipo de Instituição	RRAS					
	15		16		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Serviço municipal	33	78,6	15	15,0	48	77,4
Serviço estadual	6	14,3	3	15,0	9	14,5
Contrato com instituição privada	3	7,1	2	10,0	5	8,1
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Em alguns municípios existem outras instituições prestadoras de serviços de saúde de referência para a região. São instituições de maior complexidade, de natureza administrativa não municipal, mas que compõe a rede de atendimento do SUS. Nesta categoria de prestadores estão os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), os hospitais universitários, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e os hospitais filantrópicos. Na região estudada estão instalados seis AMEs, mas um deles, o AME de Casa Branca, não realiza atendimento de oftalmologia. Existem também dois hospitais

universitários, sendo um deles o Hospital de Clínicas da UNICAMP (tabela 7). A localização geográfica dessas instituições está representada nas figuras 7 e 8.

Tabela 7: Instituições prestadoras de serviços de saúde e que são referência em oftalmologia para os municípios da RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Instituições	RRAS	Razão administrativa
AME Mogi Guaçu	15	Estadual
AME São João da Boa Vista	15	Estadual
AME Santa Bárbara D'Oeste	15	Estadual
AME Atibaia	16	Estadual
AME Jundiá	16	Estadual
Hospital Regional Adhemar de Barros*	15	Privada
Hospital Universitário São Francisco*	16	Privada
Instituto Jundiáense Luiz Braille*	16	Privada
Hospital Estadual de Sumaré (OSS)	15	Estadual
Hospital de Clínicas da Unicamp	15	Estadual

*Entidades beneficentes sem fins lucrativos

Figura 7: Representação geográfica das instituições prestadoras de serviços de saúde e que são referência para os municípios da RRAS 15.

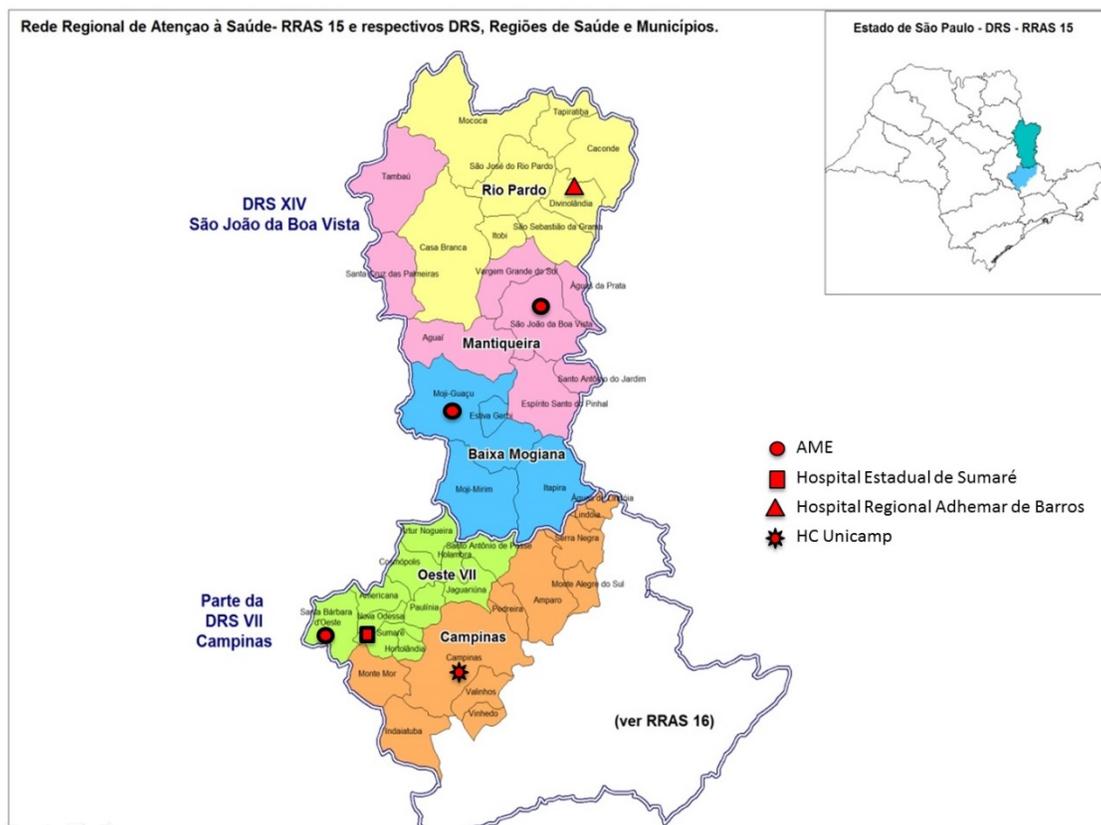
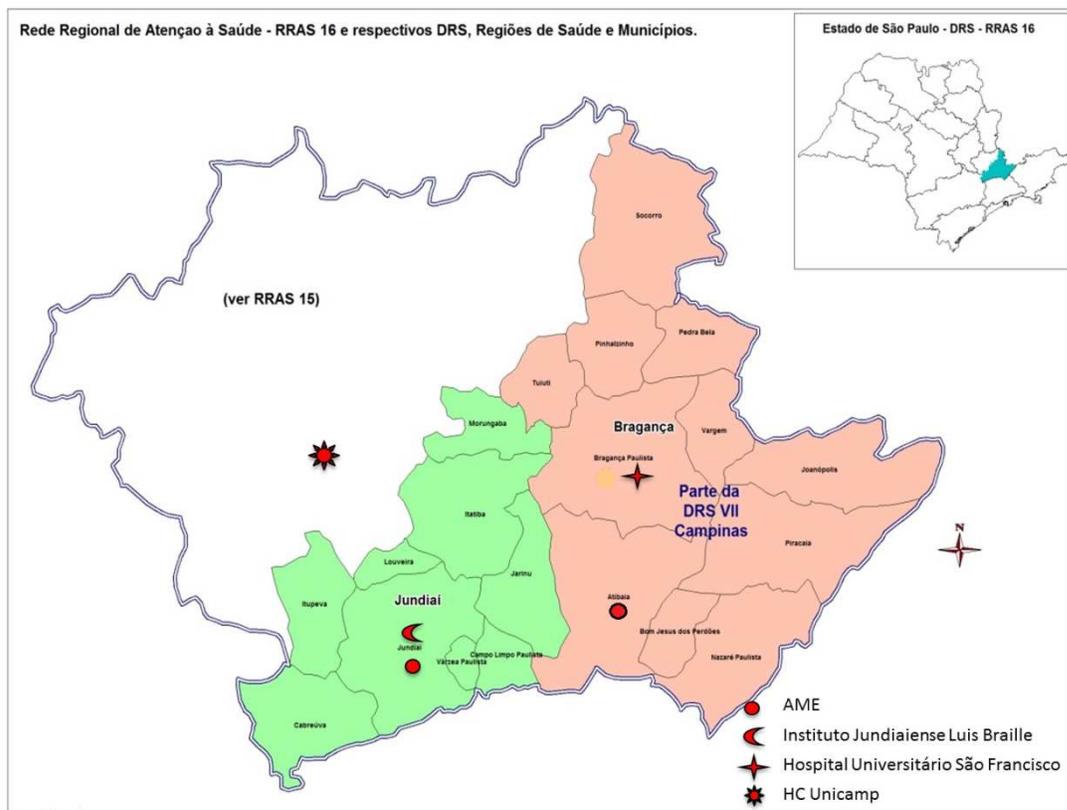


Figura 8: Representação geográfica das instituições prestadoras de serviços de saúde e que são referência para os municípios da RRAS 16.



Existem também na região em estudo alguns consórcios regionais de saúde, que reúnem determinados grupos de municípios (tabela 8). O CONDERG (Consórcio de Desenvolvimento da Região do Governo de São João da Boa Vista) atende 16 municípios e tem suas atividades de saúde desenvolvidas no Hospital Regional Adhemar de Barros, em Divinolândia, na RRAS 15. Também faz o atendimento de pacientes com glaucoma e doenças da retina para mais 4 municípios não pertencentes ao consórcio: Mogi Guaçu, Mogi mirim, Itapira e Estiva Gerbi.

O CONISCA (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas) atende 4 municípios da RRAS 15 e um da RRAS 16, e as atividades da oftalmologia ocorrem em Lindóia, na sede do consórcio, e em Socorro, em uma UBS.

O CONSAÚDE (Consórcio Intermunicipal de Saúde) atende dois municípios da RRAS 15, e tem a sede em Pedreira, onde são realizados os atendimentos de oftalmologia.

Tabela 8: Consórcios regionais de saúde dos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Consórcios	RRAS	Municípios	População
CONDERG	15	Aguai, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espirito Santo do Pinhal, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antonio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande do Sul	495.766
CONISCA	15/16	Águas de Lindóia, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Serra Negra, Socorro	95.686
CONSAUDE	15	Artur Nogueira, Pedreira	88.363

O acesso da população ao atendimento da oftalmologia ocorre através da atenção básica em 95,2% dos municípios, e os pacientes têm que passar por avaliação com médico clínico em 74,2% deles (tabelas 9 e 10).

Tabela 9: Local de acesso da população ao serviço de oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Local de acesso	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
UBS	39	92,8	20	100,0	59	95,2
Amb. especialidade	1	2,4	0	-	1	1,6
UBS ou amb. especialidade	2	4,8	0	-	2	3,2
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 10: Profissional responsável pelo encaminhamento do paciente ao serviço de oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Profissional	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Médico clínico	31	73,8	15	75,0	46	74,2
Triador	11	26,2	5	25,0	16	25,8
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

O tempo de espera para consulta na unidade básica é inferior a trinta dias na maior parte dos municípios (56,4%) nas duas regiões, e a espera da consulta de oftalmologia (após a consulta ou avaliação na unidade básica) está entre 30 e 90 dias (tabelas 11 e 12).

Tabela 11: Tempo de espera para consulta inicial na Unidade Básica de Saúde nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Tempo em dias	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Até 30	21	50,0	14	70,0	35	56,4
31 - 90	14	33,3	4	20,0	18	29,0
91 - 180	4	9,6	1	5,0	5	8,0
+ 180	3	7,1	1	5,0	4	6,4

Tabela 12: Tempo de espera para consulta de oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Tempo em dias	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Até 30	13	31,0	7	35,0	20	32,3
31 a 90	21	50,0	10	50,0	31	50,0
91 a 180	4	9,5	2	10,0	6	9,7
+ 180	4	9,5	1	5,0	5	8,0

Os responsáveis pelos agendamentos referiram não haver lista de espera para consulta na unidade básica (82,2%), mas há lista de espera para consultas de oftalmologia em 58% dos municípios (tabelas 13 e 14).

Tabela 13: Existência de lista de espera para consulta na UBS nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Lista de espera	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
sim	8	19,0	3	15,0	11	17,8
não	34	81,0	17	85,0	51	82,2
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 14: Existência de lista de espera para consulta de oftalmologia nos municípios na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Lista de espera	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
sim	27	64,3	9	45,0	36	58,1
não	15	35,7	11	55,0	26	41,9
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

O total de pacientes em fila de espera para consultas é de 20.211 na RRAS 15 e 6.948 na RRAS 16, totalizando 27.159 pacientes. A quantidade mensal de consultas de oftalmologia disponibilizadas pelos serviços municipais é de 14.983 na RRAS 15 e de 3.949 na RRAS 16 (tabelas 15 e 16).

As consultas oferecidas pelos AMEs e consórcios estão listadas na tabela 17. Os números de atendimento do HC Unicamp estão apresentados na tabela 18 e foram

considerados separadamente, pois são atendimentos de média e alta complexidade em subespecialidades, e não há oferta de consultas iniciais.

O AME de Santa Bárbara D'Oeste e o Hospital Estadual de Sumaré tem atendimento em oftalmologia somente de pacientes encaminhados para cirurgia. O Hospital Universitário São Francisco (HUSF) não oferta consultas para o sistema, tem o ambulatório de ensino, com restrita capacidade de atendimento para pacientes referenciados segundo protocolos específicos.

Tabela 15: Lista de espera para oftalmologia, número de habitantes e quantidade de consultas mensais disponibilizadas nos municípios da RRAS 15, 2012.

Município	Habitantes	Lista espera	Oferta consultas/mês
1. Campinas	1.098.630	5.200	2.965
2. Sumaré	246.247	3.820	625
3. Americana	214.873	500	1.130
4. Indaiatuba	209.859	0	1.200
5. Hortolândia	198.758	0	1.240
6. Santa Bárbara d'Oeste	181.509	700	250
7. Mogi Guaçu	139.211	0	150
8. Valinhos	110.390	2.830	532
9. Mogi Mirim	87.266	80	455
10. Paulínia	86.800	-	600
11. São João da Boa Vista	84.584	3.500	300
12. Itapira	69.317	300	160
13. Amparo	66.649	-	640
14. Mococa	66.399	370	70
15. Vinhedo	66.087	0	400
16. Cosmópolis	61.013	0	900
17. Nova Odessa	52.627	0	520
18. São José do Rio Pardo	52.176	0	280
19. Monte Mor	50.702	-	200
20. Jaguariúna	46.533	0	500
21. Artur Nogueira	45.847	0	500
22. Pedreira	42.516	0	340
23. Espírito Santo do Pinhal	42.123	0	75
24. Vargem Grande do Sul	39.714	40	40
25. Aguaí	32.745	0	100
26. Santa Cruz das Palmeiras	30.593	40	40
27. Casa Branca	28.535	400	40
28. Serra Negra	26.770	500	0
29. Tambaú	22.429	150	0
30. Santo Antônio de Posse	21.032	0	210
31. Caconde	18.563	200	135
32. Águas de Lindóia	17.438	175	65
33. Tapiratiba	12.707	200	0
34. São Sebastião da Gramma	12.046	300	0
35. Holambra	11.917	0	100
36. Divinolândia	11.086	420	0
37. Estiva Gerbi	10.224	100	0
38. Águas da Prata	7.653	50	50
39. Itobi	7.559	110	0
40. Monte Alegre do Sul	7.278	6	0
41. Lindóia	6.912	200	0
42. Santo Antônio do Jardim	5.912	20	0
TOTAL	3.651.229	20.211	14.812

Tabela 16: Lista de espera para oftalmologia, número de habitantes e quantidade de consultas mensais disponibilizadas nos municípios da RRAS 16, 2012.

Município	Habitantes	Lista espera	Oferta consultas/mês
1. Jundiaí	377.183	5.000	150
2. Bragança Paulista	150.023	-	300
3. Atibaia	128.914	500	240
4. Várzea Paulista	109.247	60	400
5. Itatiba	104.533	1.100	230
6. Campo Limpo Paulista	75.637	0	300
7. Itupeva	47.682	0	200
8. Cabreúva	42.889	180	100
9. Louveira	39.122	0	400
10. Socorro	37.288	0	350
11. Piracaia	25.384	0	55
12. Jarinu	24.875	0	250
13. Bom Jesus dos Perdões	20.674	0	150
14. Nazaré Paulista	16.717	10	180
15. Pinhalzinho	13.425	30	55
16. Morungaba	12.050	0	64
17. Joanópolis	11.974	58	0
18. Vargem	9.077	10	0
19. Tuiuti	6.078	0	0
20. Pedra Bela	5.806	0	30
TOTAL	1.258.578	6.948	3.909

Tabela 17: Instituições prestadoras de serviços de oftalmologia, quantidade de consultas disponibilizadas, tipo de exames complementares existentes, número de oftalmologistas e população atendida nos municípios da RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

	Oferta consultas	Exames complementares	oftalmologistas	Município/População atendida(habitantes)
AME Mogi Guaçu	500	Biometria, USG, campimetria (só interno)	4	4 (320 mil)
AME SJ Boa Vista	280	Mapeamento de retina	3	8 (268 mil)
AME Atibaia	1400	Campimetria, USG, biometria	11	18 (600 mil)
AME Jundiaí	*	-	-	9 (785 mil)
Hospital Regional Ademar de Barros	3500	Campimetria, USG, biometria, retinografia, OCT e outros	35	16 (802 mil)
HUSF	**	-	Equipe HUSF	-
Instituto Braille	5.500	Campimetria, USG, biometria, retinografia, outros	40	9 (785 mil)

*Não havia iniciado atendimento em oftalmologia no momento da visita

**Não oferece consultas para o sistema

Tabela 18: Oferta de atendimento de média e alta complexidade no HC Unicamp para os municípios das RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Consultas	Quantidade mensal
Triagem	400
Subespecialidades	5000
Urgência	1100
Total	6500

Os AMEs disponibilizam 2180 consultas de oftalmologia mensais para a região, sendo 780 para a RRAS 15 e 1400 para a RRAS 16.

As consultas disponibilizadas pelos consórcios CONISCA e CONSAUDE somam 400 atendimentos mensais de oftalmologia.

O volume total de consultas mensais considerando-se os serviços municipais, os AMEs e os consórcios CONISCA e CONSAUDE é de aproximadamente 21.512. O atendimento do consórcio CONDERG, e do Instituto Braille devem ser avaliados separadamente, pois tratam-se de instituições com atendimento de maior complexidade, com pacientes crônicos, portanto maior número de consultas de retornos, além de pacientes de pós-operatório.

A tabela 19 mostra a distribuição de oftalmologistas pelos serviços municipais, sendo 87 profissionais na RRAS 15 e 28 profissionais na RRAS 16. O total de 115 oftalmologistas atuam na região estudada, em 57 consultórios (tabela 20) equipados com equipamento básico: cadeira/coluna, refrator, lâmpada de fenda, tonômetro, oftalmoscópio direto, e lensômetro. Em 23 consultórios há auto-refrator e em 27 há oftalmoscópio indireto.

Tabela 19: Número de oftalmologistas nos serviços públicos municipais nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Nº Oftalmologistas	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%	f	%
0	10	23,8	5	25,0	15	24,2
1	12	28,6	7	35,0	19	30,6
2	8	19,0	5	25,0	13	21,0
3	1	2,4	2	10,0	3	4,8
4	6	14,3	0	0,0	6	9,7
5	3	7,1	1	5,0	4	6,5
8	1	2,4	0	0,0	1	1,6
9	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 20: Número de consultórios de oftalmologia nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012

Nº salas	RRAS					
	15		16		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
0	10	23,8	5	25,0	15	24,2
1	25	59,5	14	70,0	39	62,9
2	6	14,3	1	5,0	7	11,3
3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Equipamentos para exames complementares como o campímetro e biômetro foram encontrados em 7 municípios (tabela 21). Os locais de encaminhamento para a realização destes exames estão descritos na tabela 22.

Tabela 21: Municípios com equipamentos de exames complementares em oftalmologia nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012

Exames complementares	RRAS					
	15		16		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	5	11,9	2	10,0	7	11,3
Não	37	88,1	18	90,0	55	88,7
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 22: Quantidade de municípios e os serviços de referência para encaminhamento de exames complementares na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Serviços de referência	RRAS					
	15		16		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
AME Atibaia	4	9,5	5	25,0	9	14,6
AME Atibaia, contrato privado, Unicamp	0	0,0	1	5,0	1	1,6
AME Atibaia, HUSF	0	0,0	3	15,0	3	4,8
AME Atibaia, Unicamp	0	0,0	1	5,0	1	1,6
AME Atibaia, Braille	0	0,0	1	5,0	1	1,6
AME Mogi Guaçu	2	4,8	0	0,0	2	3,2
AME Mogi Guaçu, contrato privado	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Instituto Braille	0	0,0	8	40,0	8	12,9
H Divinolândia	16	38,1	0	0,0	16	25,8
Unicamp	11	26,2	1	5,0	12	19,4
Unicamp, contrato privado	8	19,0	0	0,0	8	12,9
TOTAL	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Os serviços de referência para encaminhamento de pacientes de maior complexidade das RRAS 15 e 16 estão descritos nas tabelas 23 e 24. Nota-se que a Unicamp é referência para 59,5% dos municípios na RRAS 15 e para 55,0% na RRAS 16. Na figura 9 está representado o fluxo de pacientes referenciados dos municípios para o atendimento de maior complexidade na RRAS 15. No caso do Hospital de Divinolândia, os municípios referenciam também os pacientes de atenção de baixa complexidade. Na Unicamp a referência de pacientes acontece somente na média e alta complexidade.

A figura 10 representa o fluxo de referência de pacientes da RRAS 16. Nesta área encontra-se o Instituto Braille, que recebe pacientes de baixa, média e alta complexidade.

Em Atibaia está o AME, que funciona como primeiro atendimento em oftalmologia para muitos municípios e que tem como referência a Unicamp. Em Bragança Paulista está o HUSF, que tem ambulatório de ensino com pequeno volume de atendimento e também tem como referência terciária a Unicamp. Nas figuras 9 e 10, os municípios destacados na cor branca não tem atendimento em oftalmologia.

Tabela 23: Número de municípios e serviços de referência de média e alta complexidade para encaminhamento de pacientes de oftalmologia na RRAS 15, 2012.

Serviço de Referência	Municípios	
	<i>f</i>	%
AME Mogi Guaçu	1	2,4
CONDERG	12	28,5
CONDERG, AME SJ Boa Vista	4	9,5
Unicamp	19	45,2
Unicamp, AME Atibaia	2	4,8
Unicamp, AME Atibaia, contrato privado	1	2,4
Unicamp, AME Mogi Guaçu, CONDERG	1	2,4
Unicamp, contrato privado	1	2,4
Unicamp, HES, AME Santa Bárbara	1	2,4
Total	42	100,0

Figura 9: Representação do fluxo de referência de pacientes dos municípios para as instituições prestadoras de serviços de maior complexidade, RRAS 15, 2012.

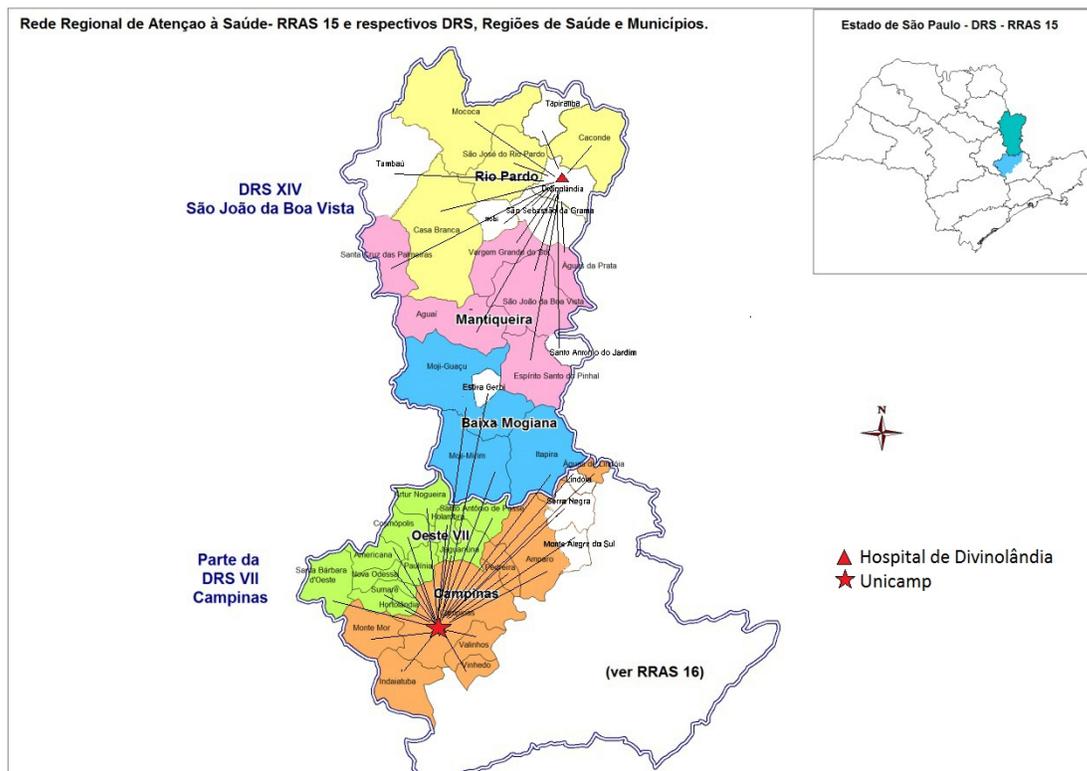
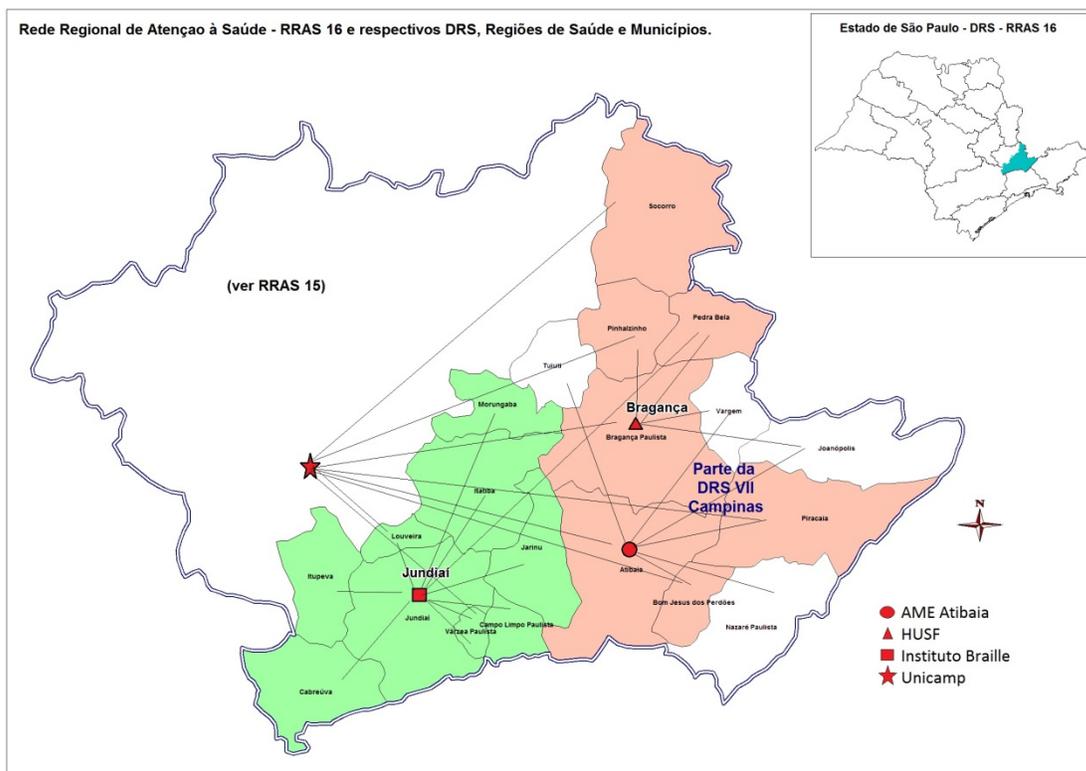


Tabela 24: Número de municípios e serviços de referência de média e alta complexidade para encaminhamento de pacientes de oftalmologia na RRAS 16, 2012.

Serviço Referência	Municípios	
	<i>f</i>	%
AME Atibaia, HUSF	3	15,0
AME Atibaia, HUSF, Unicamp	3	15,0
AME Atibaia, Unicamp	4	20,0
Braille	4	20,0
Braille, AME Atibaia, Unicamp	1	5,0
Braille, AME Jundiá	2	10,0
Braille, Unicamp	2	10,0
Unicamp	1	5,0
Total	20	100,0

Figura 10: Representação do fluxo de referência de pacientes dos municípios para as instituições prestadoras de serviços de maior complexidade, RRAS 16, 2012.



Apenas dois municípios (3,2%) (Americana e Jundiaí) têm atendimento de urgência em oftalmologia com médico oftalmologista 24 horas (tabela 25). Em outros 12 municípios esses pacientes são atendidos durante o dia, quando há ambulatório da especialidade, dependendo da disponibilidade da agenda, e nas ocorrências durante a noite são encaminhados para a Unicamp.

A Unicamp aparece como referência para esses pacientes de urgência em 87,1% dos municípios e como única referência em 37,8%. Os pacientes são orientados a buscar o atendimento sem encaminhamento, ou espontaneamente, em 50,0% das situações (tabelas 26 e 27).

Tabela 25: Municípios com atendimento de urgência em oftalmologia nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Atendimento de urgência	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Sim	1	2,4	1	5,0	2	3,2
Não	41	97,6	19	95,0	60	96,8
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 26: Número de municípios e serviços de referência para encaminhamento de pacientes de urgência em oftalmologia na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Serviços de referência	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Braille	0	0,0	8	40,0	8	12,9
Braille, Unicamp	0	0,0	1	5,0	1	1,6
H Divinolândia, Unicamp	15	35,7	0	0,0	15	24,2
H Ouro Verde, Unicamp	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Serviço privado, Unicamp	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Unicamp	17	40,5	7	35,0	24	38,7
Unicamp (a noite)	8	9,0	4	20,0	12	19,4
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 27: Forma de encaminhamento de pacientes de urgência nos municípios nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Forma de encaminhamento	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Contato com regulação DRS	1	2,4	1	5,0	2	3,2
Contato com outra regulação	0	0,0	1	5,0	1	1,6
Contato direto com serviço de urgência	17	40,5	11	55,0	28	45,2
Procura espontânea do paciente	24	57,1	7	35,0	31	50,0
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Verificou-se que 82,3% dos municípios na RRAS 15 e RRAS 16 não tem centro cirúrgico para realização de procedimentos de oftalmologia. Em 7 municípios (11,2%) são realizadas cirurgias de catarata pela rede pública própria, e 25,8 % utilizam os serviços de entidades beneficentes privadas, como o Pró- Santa Casa (Pro SC) (tabelas 28 e 29). O programa Pró-Santa Casa teve início na Secretaria da Saúde com o objetivo de otimizar os recursos de saúde que a secretaria de estado já repassava, porém de maneira um pouco aleatória e sem critério técnico elaborado para as diversas instituições filantrópicas do estado (42).

São encaminhados para a Unicamp, para a realização de cirurgia de catarata, pacientes de 54,8% dos municípios (tabelas 30 e 31).

Tabela 28: Municípios com centro cirúrgico para oftalmologia nas RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Centro cirúrgico	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Sim	9	21,4	2	10,0	11	17,7
Não	33	78,6	18	90,0	51	82,3
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 29: Tipos de cirurgias oftalmológicas realizadas nos próprios municípios das RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Tipos de cirurgias	RRAS				Total	
	15		16		f	%
	f	%	f	%		
Calázio	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Catarata	4	9,5	2	10,0	6	9,7
Catarata, pterígio	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Plástica	1	2,4	0	0,0	1	1,6
Plástica, pterígio	2	4,8	0	0,0	2	3,2
Não realiza cirurgias	33	78,5	18	90,0	51	82,3
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 30: Número de municípios e serviços de referência para encaminhamento de pacientes de cirurgia de catarata na RRAS 15, 2012.

Serviços de referência	Municípios	
	<i>f</i>	%
Hospital de Divinolândia	17	40,5
H Ouro Verde, contrato privado, Unicamp	1	2,4
H Mogi Guaçu, AME, Unicamp	1	2,4
Unicamp	6	14,6
Unicamp, AME	4	9,5
Unicamp, AME, contrato privado	2	4,8
Unicamp, AME, contrato privado, Pro SC	1	2,4
Unicamp, AME, Pro SC	3	7,1
Unicamp, contrato privado	1	2,4
Unicamp, HES, AME, Pro SC	3	7,1
Unicamp, Pro SC	3	7,1
Total	42	100,0

Tabela 31: Número de municípios e serviços de referência para encaminhamento de pacientes de cirurgia de catarata na RRAS 16, 2012.

Serviços de referência	Municípios	
	<i>f</i>	%
Braille	2	10,0
Braille, AME	4	20,0
Braille, AME, Pro SC	1	5,0
Braille, AME, Unicamp	1	5,0
Braille, HES, AME, Unicamp	1	5,0
CONISCA, AME	1	5,0
HUSF	1	5,0
HUSF, AME, Pro SC, Unicamp	1	5,0
Pro SC	1	5,0
Pro SC, HUSF, AME	1	5,0
Unicamp	1	5,0
Unicamp, AME	1	5,0
Unicamp, HUSF	2	10,0
Unicamp, Pro SC	1	5,0
Unicamp, Pro SC, HUSF	1	5,0
Total	20	100,0

Existem filas de espera para cirurgia de catarata em 80,6% dos municípios da região (tabela 32). São aproximadamente 5.796 pacientes na RRAS 15 e 796 na RRAS 16. Em 13 destes municípios com filas (26,0%), não há dados sobre números de pacientes nas filas, 6 na RRAS 15, e 7 na RRAS 16.

Em toda região estudada, oito municípios (12,9%) concentram 4.745 pacientes aguardando cirurgia de catarata: Americana, Bragança Paulista, Campinas, Hortolândia, Nova Odessa, Sumaré e Valinhos.

Tabela 32: Municípios com pacientes em fila de espera para cirurgia de catarata na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Pacientes em fila de espera	RRAS				Total	
	15		16			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	36	85,7	14	70,0	50	80,6
Não	6	14,3	6	30,0	12	19,4
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Não existem dados organizados de filas para atendimento em doenças da retina, mas a referência de encaminhamento para esses pacientes é citada como uma das grandes dificuldades para os profissionais reguladores (tabela 36). Os serviços de referência de retina utilizados nas RRAS 15 e RRAS 16 estão relacionados na tabela 33. A Unicamp aparece como referência para 56,5% dos municípios.

Tabela 33: Número de municípios e serviços de referência para pacientes de retina na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Serviços de referência	RRAS					
	15		16		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Braille	0	0,0	7	35,0	7	11,3
Braille, Unicamp	0	0,0	1	5,0	1	1,6
H de Divinolândia	15	35,7	0	0,0	15	24,2
H de Divinolândia, Unicamp	3	7,1	0	0,0	3	4,8
Contrato privado, Unicamp	2	4,8	0	0,0	2	3,2
Unicamp	17	40,5	11	35,0	28	45,2
Unicamp, HES	5	11,9	0	0,0	5	8,1
Unicamp, H São Paulo	0	0,0	1	5,0	1	1,6
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

O programa de assistência farmacêutica, com os medicamentos do tratamento do glaucoma, está presente em 79,0% dos municípios, bem como o transporte sanitário (entre os vários municípios da região e os serviços de referência) em 100,0%.

Os municípios apresentam sistema de referência e contrarreferência de pacientes (53,2%) (tabela 34) e a maioria (82,3%) não tem protocolos clínicos de atendimento de pacientes de oftalmologia (tabela 35).

Tabela 34: Municípios com sistema de referência e contrarreferência de pacientes na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Sistema de referência e contra-referência	RRAS					
	15		16		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	25	59,5	8	40,0	33	53,2
Não	17	40,5	12	60,0	29	46,8
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

Tabela 35: Municípios com protocolos clínicos de atendimento para os pacientes de oftalmologia na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Protocolos clínicos	RRAS				Total	
	15		16			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	8	19,0	3	15,0	11	17,7
Não	34	81,0	17	85,0	51	82,3
Total	42	100,0	20	100,0	62	100,0

As principais dificuldades encontradas na organização do atendimento em oftalmologia estão descritas na tabela 35. As questões relacionadas ao encaminhamento de pacientes com problemas oftalmológicos de maior complexidade (referência, cirurgias e procedimentos de retina) somam 79,0% das dificuldades encontradas pelos municípios.

Tabela 36: Dificuldades destacadas pelos profissionais reguladores nos municípios para o atendimento da oftalmologia na RRAS 15 e RRAS 16, 2012.

Dificuldades (*)	n = 62	
	<i>f</i>	%
Referência de pacientes	18	29,0
Cirurgias	17	27,4
Procedimentos de retina	14	22,6
Demanda reprimida	11	17,8
Recursos humanos	8	12,9
Exames complementares	7	11,3
Atendimento da urgência	6	9,7
Infraestrutura e equipamentos	4	6,4
Tempo de espera para consultas	3	4,8
Absenteísmo de pacientes	2	3,2
Demandas judiciais	1	1,6
Medicamento de alto custo	1	1,6
Nenhuma dificuldade	11	17,7

(*) respostas múltiplas

DISCUSSÃO

O planejamento em saúde exige a busca por qualidade nas informações disponíveis, a valorização e o uso contínuo da informação, a interpretação dos dados, a discussão entre os órgãos centrais, os regionais e os municípios e a disseminação das informações a todos os interessados – técnicos e usuários (43).

Questões sobre quais as informações relevantes, quem é a população que o SUS deve atender, quais os principais problemas de saúde e quais os recursos existentes na região/município são determinantes para o planejamento que não seja somente burocrático.

A construção de um processo efetivo de regionalização da política de saúde requer a combinação de uma série de elementos técnicos, humanos, econômicos, de gestão, políticos, culturais, entre outros, tornando-o um processo complexo e de longo prazo (13).

Esse processo requer conhecimento da realidade local onde se insere o sistema de saúde e conhecimento dos recursos disponíveis ao sistema de saúde regionalmente distribuídos, de forma a dimensionar as potencialidades e capacidades locais. Devem estar presentes mecanismos de alocação racional de recursos, organizados a partir de uma hierarquia tecnológica buscando ampliar a capacidade de atenção na porta de entrada do sistema, de forma que as demais tecnologias sejam incorporadas a partir das necessidades de cada usuário, considerando economias de escala e escopo. Torna-se necessário ainda a devida distribuição geográfica dos serviços de saúde, dos recursos humanos e dos programas, possibilitando a conexão de diferentes expertises clínicas e de saúde coletiva, para prover uma atenção integral a partir de estratégias de articulação e referenciamento adequados, suficientes para responder às necessidades de saúde de uma determinada base populacional (43).

Existe hoje um grande conjunto de dados importantes para a saúde produzidos no país, com fontes, finalidades e órgãos responsáveis diferentes. Certamente existem dificuldades para a obtenção adequada e qualificada destas informações pelos gestores do SUS devido à inexistência de um sistema informatizado que permita uma visão global do assunto com as inúmeras variáveis existentes.

O conhecimento do acervo de informações e a compreensão sobre como se origina pode promover o entendimento de que a própria escassez de recursos é fruto, muitas vezes,

do desperdício provocado pela falta de informações sobre a realidade presente, a almejada e o impacto das alternativas de intervenção possíveis, limitando as ações de planejamento e a tomada de decisões (44). O processo de gestão do setor saúde exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. As informações apoiam o processo de decisão-ação e podem funcionar como um meio para diminuir o grau de incerteza sobre determinada situação de saúde.

A organização de dados determinados tem fundamental importância na discussão da construção da assistência regionalizada à saúde.

Há poucos dados disponíveis no país sobre oferta e utilização em relação à saúde ocular. Há iniciativas do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) junto ao governo federal com a realização dos Fóruns Nacionais de Saúde Ocular, de reconhecida importância para o planejamento de políticas específicas, mas que não trazem dados objetivos sobre a capacidade instalada da oftalmologia (45). O desconhecimento dessa realidade impede a implantação de estratégias planejadas para a assistência.

No século XVIII um inglês de nome Francis Galton, fanático por medições, foi o responsável por uma afirmação: “sempre que puder, conte”, trazendo notável contribuição para a estatística e a administração do risco (46). É um pouco disto que estamos propondo neste estudo.

A região estudada, que engloba os 62 municípios das RRAS 15 e 16, representa hoje cerca de 10% dos municípios do estado de São Paulo (de um total de 645), e mais de 10 % da população, hoje em torno de 42 milhões de habitantes (47). A região tem desde municípios pequenos, com menos de 10 mil habitantes até grandes cidades com mais de 100 mil habitantes. Campinas é o maior município da região, com mais de um milhão de habitantes.

Segundo o IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade social) os municípios estudados encontram-se na Região Administrativa de Campinas. Os indicadores do IPRS sintetizam a situação de cada município no que diz respeito à riqueza, escolaridade, longevidade, e dados sobre meio ambiente (48). Os indicadores da região são compatíveis, em geral, com a média do estado, mas apresentam alguns desequilíbrios. A região é a

terceira colocada em riqueza e longevidade e décima em escolaridade, embora mostre trajetória de redução das distâncias entre o indicador de riqueza e os sociais na última década (48).

Essa disparidade entre os municípios da região ressalta a importância da estrutura organizada da distribuição e oferta de serviços de saúde e também na área das especialidades, como a oftalmologia.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (49) a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais, que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população. Deve haver um “sistema sem muros”, que elimina as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado.

A integralidade da atenção compreende a observação do indivíduo em todas as suas necessidades, desde sociais até de saúde e qualidade de vida.

A baixa acuidade visual é um problema de alta prevalência, que frequentemente tem impacto negativo sobre a qualidade de vida, implicando em restrições ocupacionais, econômicas e sociais. No mundo, 314 milhões de pessoas apresentam dificuldade visual (50, 51). No Brasil, estima-se que, da população geral, 14,5% apresentam alguma deficiência e, destes, 48,1% são deficientes visuais, ou seja, quase 12 milhões de pessoas. Porém, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 75% de toda cegueira são tratáveis e/ ou evitáveis (50).

Não cabe discutir a importância da assistência oftalmológica ou da assistência à saúde ocular da população. Segundo a Política Nacional de atenção à Oftalmologia do Ministério da Saúde (35) as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e os Centros de Referência em Oftalmologia credenciadas/habilitadas devem organizar uma linha de cuidados integrais que perpassem todos os níveis de atenção e que envolvam a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde; demonstrar sua integração e

articulação com a rede regional e local de atenção à saúde e ainda se obrigar a oferecer consultas em oftalmologia como referência à rede de atenção primária, na medida da necessidade da população, definida pelo gestor de saúde. Na atenção primária devem ser realizadas ações de promoção e prevenção em oftalmologia que permitam a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos.

Na região estudada a maior parte dos municípios (77,4%) tem atendimento local em oftalmologia, e os que não o tem, referenciam sua demanda a serviços regionais próximos, geralmente de maior complexidade tecnológica. Detecta-se também uma organização em relação ao atendimento em oftalmologia que respeita determinada lógica geográfica. Na RRAS 15 os 8 municípios que não têm oftalmologia local, são municípios de menos de 30 mil habitantes, e estão atendidos pelos consórcios regionais. Já os 4 municípios da RRAS 16 sem oftalmologia local tem menos do que 20 mil habitantes e tem como referência o AME de Atibaia.

Apesar da organização da assistência oftalmológica na região estar de certa forma bem configurada, em análise mais detalhada dos dados obtidos fragilidades importantes são detectadas: filas de espera para consultas, cirurgias de catarata e procedimentos de retina, desorganização do atendimento da urgência, dificuldades no encaminhamento de pacientes e acesso a procedimentos de maior complexidade. A linha de cuidados integrais proposta pela Política Nacional de Oftalmologia está ainda muito aquém de sua implantação.

Em 40,4% dos municípios o atendimento da oftalmologia é realizado nos ambulatórios de especialidades locais. Esses centros recebem os pacientes encaminhados da atenção básica ou, em alguns lugares, têm demanda espontânea. O acesso a centros de especialidade costuma ser o primeiro gargalo do sistema de saúde ao atendimento integralizado (13).

A maioria dos serviços que atendem a oftalmologia são instituições municipais (77,4%), o que é esperado desde que o princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas (1). Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos

necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território.

Detectou-se também na região a presença dos Ambulatórios Médicos de Especialidades, dos consórcios de saúde, dos hospitais filantrópicos e hospitais universitários.

A busca de novas estratégias para o aperfeiçoamento da gestão pública dos serviços de saúde tem sido objeto de discussões no Brasil, desde a implantação do SUS. Entre as alternativas existentes estão os AMEs e as parcerias público-privadas.

Os AMEs são unidades de saúde concebidas para atender a certas necessidades e problemas assistenciais observados no desenvolvimento do SUS. São direcionados para a oferta de serviços de consulta especializada, a indicação de exames de apoio diagnóstico e orientação de tratamento, dentro de um contato único dos doentes com o centro, sempre que possível. Prevê-se, ainda, que possam resolver a maior parte das consultas em um único deslocamento do doente, dentro dos processos clínicos previamente definidos (52, 53).

Os AMEs foram criados para compor a rede especializada no estado de São Paulo, que apesar de possuir a rede mais complexa de saúde do país, apresenta vários estreitamentos no atendimento às especialidades. Na busca por atendimento especializado muitas vezes os pacientes precisam percorrer vários serviços sem referências formais ou agendamento garantido e enfrentando filas (52). Os motivos são a baixa resolubilidade da rede básica e a falta de integração com os ambulatórios de especialidades. Outra parte do problema é que parcela significativa desses pacientes, que poderia ser devolvida para acompanhamento na rede básica de saúde municipal permanece nos serviços ambulatoriais especializados, ocasionam o fechamento de seus agendamentos, com estabelecimento de grandes filas de espera para que novos pacientes possam ser atendidos.

Os AMEs instalados na região têm atendimento em oftalmologia, e além de consultas realizam exames complementares que não estão disponíveis na maioria dos municípios, como a campimetria e ultrassonografia ocular. Para alguns municípios funcionam como o primeiro atendimento da especialidade, o que poderia ser realizado no

próprio município com estrutura adequada instalada. O AME de Santa Bárbara D'Oeste é estruturado somente para cirurgias, e atende aos 62 municípios da RRAS 15 e 16. Na oftalmologia são realizadas cirurgias de catarata, pterígios e plásticas. Apesar da excelente organização e gestão, e da capacidade instalada, tem o número de procedimentos em oftalmologia restritos pela limitação do financiamento.

Um dos importantes princípios do AME é a devolução dos pacientes para acompanhamento e tratamento na rede básica ou na rede de alta complexidade para que as unidades funcionem e garantam o acesso de todos aos exames em tempo adequado. Certamente, isso somente é possível se a rede básica de saúde estiver qualificada adequadamente para os atendimentos dos agravos. Da mesma forma, os casos que necessitam de acompanhamento especializado devem contar com a rede de ambulatórios tradicionais de referência, em condições de recebê-los para o seguimento. Quando não há serviços instalados para receber esses pacientes, os AMEs passam a funcionar como único recurso da especialidade, perdendo suas características de resolubilidade. Desta forma altera-se o desenho esperado de rede de atendimento, como ocorre em alguns municípios na região.

Nas duas regiões estão presentes também hospitais filantrópicos de expressiva atuação no atendimento da oftalmologia. São dois grandes prestadores, o Hospital de Divinolândia na RRAS 15 e o Instituto Luiz Braille na RRAS 16. Em ambas as regiões os referidos hospitais são importante referência de oftalmologia e atendem tanto a demanda de maior complexidade, como para alguns municípios, toda a demanda de oftalmologia. Não há como não ressaltar a importância estratégica desses serviços para as regiões estudadas.

O setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País constituindo-se em importante prestador de serviços para o SUS e para o setor da saúde suplementar. É objeto de programas especiais do Ministério da Saúde, das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica (54).

O art. 197 da Constituição de 1988 (1) estabelece que as ações e serviços de saúde devam ser executados “diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física de

direito privado”. As entidades de colaboração com o setor público são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolvem atividades de interesse social e utilidade pública atribuída por legislação específica ou mediante instrumento de parceria definido por lei (55). A utilização da capacidade instalada através de parcerias legalmente definidas geram grande economia de escala e escopo.

A presença dos consórcios na região também merece destaque, em particular o CONDERG, que atende grande parte dos municípios da RRAS 15. O serviço de oftalmologia instalado no Hospital de Divinolândia, que é um hospital filantrópico, tem capacidade de atendimento de média e alta complexidade e é a principal referência na região depois do HC da Unicamp (56).

O serviço de oftalmologia do Hospital de Divinolândia tem como finalidade complementar o atendimento oftalmológico da região, aprimorar o ensino dos residentes de oftalmologia da Unicamp e demonstrar a exequibilidade de extensão dos serviços de hospital-escola (57). O programa é financiado pelo SUS e o atendimento e a disponibilidade de óculos são inteiramente gratuitos. A Clínica Oftalmológica de Divinolândia exerce atendimento de nível secundário e terciário. Cada município do consórcio tem um número definido de consultas por mês e os pacientes são triados e agendados nos centros de saúde locais, por agentes capacitados pelo próprio hospital. As prefeituras providenciam o transporte gratuito até Divinolândia.

A clínica vem aumentando sua capacidade de atendimento para suprir uma demanda crescente. Inicialmente, o serviço contava com recursos básicos e vem se expandindo progressivamente, com o aumento dos recursos humanos e materiais financiados pelo SUS e pelo CONDERG. O Hospital de Divinolândia recebeu vários prêmios de reconhecimento do Ministério da Saúde por serviços prestados a saúde (58).

Cabe ressaltar que os consórcios facilitam a implementação do sistema de referências, o que tende a reduzir os custos de atendimento. Essas associações também induzem a padronização dos procedimentos médicos, visto que interligam diferentes unidades de saúde, seja por meio do sistema de referências, seja pelo fato dessas unidades estarem sujeitas a uma mesma instância de controle e avaliação. Ademais, a parceria pode

representar um incremento dos gastos locais com saúde, permitindo a ampliação e diversificação da oferta de serviços (59). Todos os municípios pertencentes ao CONDERG apresentam sistema de referência e contrarreferência de pacientes com o Hospital de Divinolândia e com o HC da Unicamp.

Na RRAS 16 o Instituto Luiz Braille aparece como importante referência em oftalmologia para 9 municípios, com uma população de 785 mil habitantes. Trata-se de hospital filantrópico que hoje tem papel fundamental para a região. É o único prestador para atendimentos de retina, além da Unicamp, e como o Hospital de Divinolândia, é referência de alta complexidade e também atende a toda a demanda de oftalmologia de alguns municípios.

Apesar do reconhecimento da importância do setor filantrópico e das parcerias público-privadas no setor saúde, identifica-se grande fragilidade do sistema quando há total dependência desse setor para atendimento de demandas específicas. Por exemplo, quando há municípios que necessitam desse serviço para todo o atendimento da oftalmologia. Há necessidade de acordos muito bem construídos para que não haja falhas na assistência, o que nem sempre ocorre ou é possível.

O acesso da população aos serviços de oftalmologia na região do estudo ocorre principalmente pela atenção básica (95,2% dos municípios), o que significa estar bem organizado, atingindo a proposta de uma rede básica fortalecida. Sem esse bem sucedido relacionamento não há como prosseguir nas etapas subsequentes de regionalização. A mudança dos sistemas fragmentados para as RRASs só poderá ocorrer, conseqüentemente, se estiver apoiada numa atenção primária robusta e de qualidade (13).

A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país ainda hoje. Dessa forma, a tarefa de coordenar em nível local o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento parece ainda mais complexa, mostrando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais. A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável, mas

sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança do modelo assistencial, sua implementação e resultados são extremamente incertos (60).

Na região a atenção à saúde ocular na atenção básica apresenta várias fragilidades. A necessidade de avaliação do médico clínico antes do encaminhamento para a especialidade, como acontece em 74,2% dos municípios, pode ter resultados positivos e negativos. Positivos quando o propósito é fortalecer a proposta da estratégia da Saúde da Família integrada a Política Nacional de Atenção Oftalmológica (61). A referida portaria considerou a integração da Oftalmologia com a rede de assistência básica, apesar de esta especialidade ter tradicionalmente atuado no nível secundário e terciário do Sistema Único de Saúde. Na atenção básica a integração deveria ocorrer permitindo o acompanhamento de famílias e de indivíduos através de ações educativas, teste de acuidade visual, consultas, ações preventivas de investigação diagnóstica relacionada à comorbidades (principalmente o diabetes e a hipertensão arterial) e que precederiam o atendimento especializado em Oftalmologia.

Por outro lado, como aspecto negativo, a necessidade do encaminhamento feito pelo clínico gera uma grande quantidade de consultas que poderiam ser direcionadas a outros agravos, que não oculares. Por exemplo, pacientes que precisam de atenção oftalmológica para prescrição de óculos ocupam muitas consultas médicas apenas para receber um encaminhamento para o centro de especialidade. Profissionais de saúde não médicos, adequadamente treinados podem aplicar protocolos de triagem para encaminhamento e classificação de urgência para os pacientes, evitando assim sobrecarga de consultas somente para referência (56).

Foi observado no estudo que o tempo de espera para consulta na unidade básica é inferior a trinta dias, como deve ser característico da porta de entrada do sistema de saúde. Para a consulta na oftalmologia o tempo de espera é no máximo de 90 dias para a maioria dos municípios. No entanto, em mais da metade dos municípios, há listas de espera para consultas com o oftalmologista. No momento da pesquisa havia um total de 27.159 pacientes em lista de espera. Parte desse volume ocorre devido à estratégia de alguns serviços de abrir o agendamento em períodos definidos, por exemplo, a cada 3 meses.

A quantidade de consultas mensais de oftalmologia realizadas na região estudada é de 21.512. Essa relação oferta e lista de espera pode ser melhor avaliada quando se observa os números de cada município separadamente. Há municípios grandes, com fila de espera de 5.000 pacientes e com uma oferta de 150 consultas/mês, e municípios muito menores, sem listas de espera e com oferta de 350 consultas/mês. Isto revela a desorganização de algumas cidades e a dificuldade de estabelecer a relação adequada de procedimentos necessários.

Quando se analisa a oferta de serviços de saúde ocular à luz de um dos princípios fundamentais do SUS, a equidade, observa-se que conforme avança o nível de complexidade no atendimento sua utilização se mostra mais iniqua entre as diversas regiões. O conceito da equidade em saúde pode ser resumido como “a cada um, conforme sua necessidade” (62).

A demanda por serviços de saúde ocular está concentrada na avaliação de problemas refrativos. Entretanto, o diagnóstico precoce e o tratamento das morbidades oculares crônicas, como a catarata, o glaucoma e a retinopatia diabética, são importantes demandas potenciais (63). A oferta de serviços de saúde ocular no Brasil é limitada, especialmente no setor público, e centrada no oftalmologista (37). No Brasil, segundo censo realizado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia, em 2010, existiam 15.719 oftalmologistas, concentrados em 1.211 dos 5.565 municípios brasileiros, para uma população de 190,7 milhões de habitantes. Com esses números é possível afirmar que há um oftalmologista para cada 12.134 habitantes no país (32).

O Estado brasileiro mais populoso também é o que reúne o maior número de oftalmologistas: em 2010, 5.727 especialistas atuavam em São Paulo, oferecendo atendimento a uma população de 41.252.160 habitantes, o que representa uma relação de um especialista para cada 7.206 habitantes. Esses números consideram todos os profissionais atuantes, tanto no sistema público quanto no sistema privado (32). A proporção ideal deve ser fixada através de um índice na relação oftalmologista/habitante que na realidade não foi ainda estabelecida. Existem algumas referências e parâmetros citados por Foster (64, 65) de um especialista para cada 20 mil habitantes.

O número de oftalmologistas atuantes no sistema público da região é de 115 profissionais. Ao se relacionar número de especialistas e população da região chegamos a uma proporção de um profissional para cada 42.693 habitantes. Mas há que se considerar que a cobertura da saúde suplementar varia de 10 até 68% em determinados municípios da RRAS 15 e 16 (66). Portanto é difícil a avaliação em relação ao número de profissionais atuantes no sistema público, se são ou não suficientes. Essa análise implica em considerações quanto a parcerias público privadas no atendimento a saúde da população. O quanto é de responsabilidade de cada um é questão complexa quando tenta se eliminar o conceito de que o SUS é “para os pobres”. Muito além da universalidade, o desafio maior é alcançar a equidade (67).

Quando se observa o volume de 27.159 pacientes aguardando consultas de oftalmologia num corte transversal como foi realizado, pode-se calcular que há problemas sérios na organização do cuidado. Se o número de profissionais é suficiente, as horas trabalhadas talvez não o sejam. Alguns fatores poderiam melhorar o atendimento em oftalmologia: profissionais de nível médio podem ser treinados como auxiliares de oftalmologia, o que aumenta a eficiência do atendimento médico. Existem vários cursos que capacitam esses profissionais para essa atuação, hoje já largamente explorada no sistema privado.

A região conta com vários serviços de referência para pacientes de maior complexidade, que se encontram bem distribuídos geograficamente. Quando se observa a distribuição destes serviços no mapa regional, percebe-se que a primeira referência ocorre para o prestador mais próximo (figuras 9 e 10). A questão que emerge quando se observa esse fluxo de referência é que muitos municípios são dependentes de poucos serviços de maior complexidade, que se encontram sobrecarregados, sem condições de atender a essa demanda imposta pelo sistema como está organizado. Em algumas situações a dependência ocorre em relação a serviços público-privados, que apesar da importância estratégica para o sistema, tem mecanismos de gestão distintos dos serviços públicos.

Apesar da aparente boa cobertura, há aspectos preocupantes como a falta do atendimento da urgência na especialidade para a maioria dos municípios (96,8%) e a falta

da pactuação do atendimento para esses casos, dependentes (87,1%) da referência terciária da região, que é o HC da Unicamp.

A organização da atenção às Urgências e Emergências tem se tornado um desafio para os gestores públicos da saúde. Observa-se, no contexto mundial, um aumento constante da demanda por serviços de urgência, com conseqüente pressão sobre as estruturas hospitalares e profissionais que atuam diretamente na porta de entrada desses serviços. Além disso, a urgência pode ser considerada como a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de serviços de saúde (68).

Como resposta à demanda de urgência, torna-se fundamental estabelecer como processo central, do ponto de vista da organização da rede, uma comunicação fluida em todos os pontos de atenção, com adoção de linguagem única, que classifique os usuários por prioridade de risco e determine os tempos de resposta e o fluxo no sistema de atenção. As experiências mundiais vêm mostrando que a estratégia de Classificação de Risco é um poderoso instrumento articulador em uma rede de serviços de urgência (68). A classificação de risco tira a sobrecarga dos serviços que atendem casos mais graves, de casos que não exigem resposta imediata. Quando há necessidade de se encaminhar desde casos complexos como traumas graves e menos complexos como conjuntivites, para um mesmo serviço de referência de urgência, certamente haverá conflitos ao se estabelecer prioridades no atendimento.

Tão importante quanto à classificação de risco é a comunicação entre os pontos de atendimento, ou seja, a referência e contrarreferência no sistema, para que o paciente seja recebido e acolhido no serviço de destino, e não tenha que buscar espontaneamente o atendimento, desconhecendo as rotinas existentes locais.

Verifica-se que na região do estudo há grande fila de espera para cirurgias de catarata, com pelo menos 6.592 pacientes aguardando a cirurgia. Considere-se o fato que esses números referem-se a municípios que tem listas organizadas de pacientes, que já passaram por avaliação especializada e estão aguardando encaminhamento para cirurgia. A demanda de pacientes que necessitam de cirurgia e ainda não alcançaram o sistema pode

ser muito maior. Verifica-se também que apenas 7 municípios (11,2%) tem centro cirúrgico para procedimentos de oftalmologia para o SUS.

A catarata senil é considerada um problema de saúde pública devido ao grande número de pessoas com a doença, que a cada ano aumenta e que necessitam de cirurgia. É a causa mais importante de cegueira curável e existe tecnologia apropriada para o tratamento (69). A cirurgia de catarata é a intervenção mais custo efetiva para a reabilitação visual dos idosos (70, 71).

A taxa de cirurgias de catarata é uma medida quantificável da oferta dos serviços de cirurgia de catarata. Esta taxa é resultado do número de cirurgias de catarata realizadas por milhão/população/ano. A OMS advoga que para eliminar a cegueira mundial devido à catarata, devem ser realizadas pelo menos 3.000 cirurgias de catarata/milhão de habitantes por ano em determinada região ou país (64). Portanto para o Brasil são necessárias 570 mil cirurgias por ano, e para o estado de São Paulo 126 mil cirurgias/ano. Grande parte desse volume deve ser atendida pelo SUS e o restante pelo sistema de saúde suplementar.

No Brasil, o Ministério da Saúde (SUS) repassa aos estados e municípios fundos para a realização de cirurgias oftalmológicas, inclusive cirurgias de catarata com implante de lente intraocular (72). O problema é o volume de recursos e sua distribuição.

O estado de São Paulo é o estado que mais realiza cirurgias de catarata pelo SUS, porém tem alcançado pouco mais de 50% da meta preconizada pela OMS para a eliminação da cegueira por catarata. Se a meta não é alcançada em determinado ano, os casos são acumulados para o ano seguinte somando-se aos casos novos daquele ano (64).

Estudos sugerem que a rotina de atendimento oftalmológico no Sistema Público de Saúde, em São Paulo, não está preparada para atender a demanda por cirurgias de catarata. E que o Sistema de Saúde Privado ainda exclui uma parcela da população que tem acesso à consulta clínica, da cirurgia de catarata, por causa das questões relacionadas ao pagamento de insumos (lentes intraoculares) (73).

Existe uma impressão equivocada, que após os mutirões de cirurgia realizados desde o final da década passada, a prevalência de cegueira por catarata tenha diminuído e

não há necessidade de continuar a despender esforços para operar grande número de pessoas. Em Campinas, um dos municípios pioneiros na realização de mutirões de cirurgias de catarata desde o ano de 1986 (Projeto Zona Livre de Catarata) (74), estudo realizado utilizando-se o método de “*Rapid Assessment of Cataract Surgical Services*” (RACSS) encontrou 1,98% de cegos na população, 40,2% por catarata (75).

Ainda hoje, após mais de 20 anos dos primeiros mutirões de detecção e de cirurgias de catarata realizados no país, esta estratégia continua sendo imprescindível na abordagem da cegueira por catarata. Estudos enfatizaram a importância dos mutirões na eliminação das barreiras ao acesso à assistência e na educação em saúde da população (76).

A taxa de cirurgia de catarata por milhão de habitantes na América Latina é muito baixa e varia entre os países (69). Esta taxa é calculada como o número de cirurgias realizadas por população por ano, para diminuir a cegueira por catarata. No Brasil, essa taxa diminuiu nos últimos anos, o que coincidiu com a redução no financiamento das cirurgias pelo governo. Em termos de combate a cegueira por catarata, o Brasil, após grande aumento do número de cirurgias, está na contramão da história (75, 76, 77).

Na região existem 8 serviços de referência para cirurgia de catarata, excetuando-se os serviços próprios de 7 municípios. Investimentos adequados nos locais já instalados e financiamento poderiam melhorar a taxa de cirurgia.

Os municípios encontram também grande dificuldade de referência para casos de doenças da retina, e como se tratam de pacientes que necessitam muitas vezes de atendimento urgente, não há organização do atendimento. Limeira-Soares, em estudo realizado na região de Campinas, observa que há falha na capacidade de atender as necessidades da comunidade em relação aos procedimentos de retina (34, 78). Na RRAS 15 há 3 serviços para encaminhamento desses pacientes, incluindo o HC da Unicamp, e na RRAS 16 há 2 serviços, um deles é o HC da Unicamp. No total são 4 locais onde esses procedimentos são realizados, responsáveis por atender a demanda de 62 municípios. O investimento na ampliação da capacidade desses locais poderia melhorar essa relação desigual estabelecida na região. A questão da incorporação de novas tecnologias para tratamento desses pacientes é discussão urgente, e há provável melhor relação custo

benefício no investimento em locais já instalados do que a implantação de novos centros. A dificuldade na condução do encaminhamento dos casos de retina aparece como uma das queixas mais importantes dos profissionais reguladores.

A ausência de dados organizados da demanda dos pacientes da retina e dificuldade no referenciamento refletem a falta de planejamento no atendimento: ao avançar na complexidade o princípio da equidade se restringe.

A gravidade da situação se revela pelo fato de muitos pacientes recorrerem à Justiça para obtenção do tratamento. Demandas judiciais são frequentes nos serviços de atendimento de retina, bem como solicitações “políticas”, de pessoas ligadas à comunidade do hospital e da universidade. Os serviços de retina da região estão extremamente sobrecarregados e não podem atender à demanda sem um projeto de investimento organizado e não por ações pontuais.

As principais dificuldades no atendimento de oftalmologia citadas pelos profissionais nos municípios estão relacionadas à referência de pacientes de maior complexidade. Tal fato corrobora a necessidade da organização do fluxo de pacientes, para que os recursos disponíveis sejam mais bem aproveitados e os investimentos sejam realizados de forma a atender as necessidades detectadas.

Segundo Mendes (13), para a construção de uma rede de atenção à saúde existem alguns componentes fundamentais:

- os pontos de atenção à saúde: instituições onde os serviços são oferecidos;
- o centro de comunicação: a atenção primária que coordena o fluxo e contra fluxo do usuário no sistema de saúde;
- os sistemas de apoio: exames complementares, assistência farmacêutica;
- o sistema logístico: que faz a integração dos pontos de atenção à saúde, com potentes tecnologias de informação, como a central de regulação, os prontuários eletrônicos e o transporte sanitário;

- o sistema de governança: o arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde.

O rosto único do SUS deve ser o município. Ou seja, em qualquer circunstância o responsável pela saúde do cidadão é a Secretaria da Saúde do município, não importa onde ele esteja sendo atendido (79, 80). Para tanto, além da atenção básica fortalecida, é necessário fortalecer todos os mecanismos de informação do usuário. Na região do estudo 53,2% dos municípios apresentam sistema de referência e contrarreferência para pacientes de oftalmologia, mas que muitas vezes funciona apenas como documento de encaminhamento de pacientes, sem qualquer relação de comunicação efetiva entre os vários pontos de atenção, sobre condutas ou encaminhamentos futuros a serem realizados.

Também há necessidade de desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos de oftalmologia desde a triagem do usuário na entrada do sistema, até nas condutas das condições mais frequentes, com o apoio matricial dos centros de maior complexidade.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (81).

O programa de assistência farmacêutica para a oftalmologia é bem estruturado na região, porém contempla apenas os medicamentos do glaucoma. Programa importante a ser implantado é o fornecimento de óculos de baixo custo, como já existe no Hospital de Divinolândia. Os erros refrativos não corrigidos são causa importante de deficiência visual (51, 82, 83).

Este estudo pretendeu avaliar o desenvolvimento do SUS na região de Campinas, investigando de forma mais detalhada as características da oferta de serviços de referência de média e alta complexidade em oftalmologia na região. Trata-se do primeiro estudo que avalia a possibilidade da criação de uma rede temática de oftalmologia dentro da organização das redes regionalizadas. Organizar uma rede temática de atendimento em oftalmologia, ou de saúde ocular significa rever, a partir do conhecimento da realidade atual instalada, os objetivos e as estratégias a serem utilizadas.

Considera-se que a região do estudo apresenta os requisitos definidos para a implantação da rede temática da oftalmologia, que precisam ser reorganizados a partir da lógica da construção das redes de atendimento.

O conjunto de informações exposto neste trabalho exemplifica a importância desta visão mais ampla, que desenvolvida e utilizada rotineiramente, pode aperfeiçoar as decisões no sistema de saúde, na busca de melhores condições de saúde para todos, com resultados que podem contribuir para melhor qualidade de vida. Valorizar as informações acessíveis para a saúde é o intuito desse trabalho.

Pode-se considerar limitação do estudo a falta de informações sobre o sistema de saúde suplementar, com o número de oftalmologistas, clínicas e demais serviços que atendem pacientes fora do sistema público. Esses recursos humanos e de estrutura poderiam ser incentivados a oferecer serviços ao SUS, aumentando a cobertura de saúde da população. O uso da capacidade instalada de maneira eficiente pode contribuir para melhor relação custo benefício no uso do orçamento público.

SUGESTÕES

É necessário o aperfeiçoamento do sistema de informações no SUS em relação às características dos serviços nas diversas áreas, comum ao país todo, mas respeitando-se as realidades regionais, e com controle de qualidade do que é executado.

É fundamental a revisão da capacidade instalada de recursos humanos e estrutura física e redistribuição do financiamento orientado segundo as necessidades regionais. Sabe-se que os recursos são escassos e não há “dinheiro novo” na saúde. O planejamento da atenção a partir de informações melhora a utilização desses recursos.

A implantação do sistema de referência e contrarreferência, de protocolos de regulação e de protocolos clínicos de atendimento são as primeiras ações a serem desenvolvidas, pois são condições “pétreas” para a construção da rede.

CONCLUSÕES

Dos 62 municípios da região estudada, 48 tem serviço de atendimento em oftalmologia no próprio município.

Existem instituições prestadoras de serviços de saúde ocular, de maior complexidade, para referência de pacientes de oftalmologia: AME, Hospitais Filantrópicos, Hospitais Universitários.

Alguns municípios fazem parte de consórcios regionais de saúde, que contemplam o atendimento em oftalmologia.

Existem grandes filas de espera para consultas de oftalmologia em ambas as regiões, 15 e 16, e há filas de espera de pacientes para cirurgias de catarata. Poucos municípios tem centro cirúrgico para procedimentos de oftalmologia.

Não há atendimento de urgência em oftalmologia na maioria dos municípios e não há pactuação de atendimento com os centros de referência para o recebimento desses pacientes.

Não há informações sobre o atendimento dos casos de retina. Há poucos centros com capacidade de atendimento desses casos, e a dificuldade do referenciamento desses pacientes é importante dificuldade no sistema de saúde regional.

A maioria dos municípios tem programa de assistência farmacêutica organizado para o tratamento do glaucoma.

Não há protocolos clínicos de atendimento em oftalmologia e o sistema de referência e contrarreferência de pacientes só existe para o agendamento de consultas.

A região apresenta requisitos necessários para a construção da rede temática de oftalmologia, mas que precisam ser revistos e planejados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado;1988.

2- Gusmão filho FAR. Análise de implantação da política de qualificação da atenção à saúde do Sistema único de Saúde – Política QUALISUS – em três hospitais do município do Recife [Tese doutorado]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

3- Brasil. Ministério da Saúde. Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde /QUALISUS. Brasília, 2009.

4- Viana ALA, Ibanez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva. 2008 Jun;22(1):92-106.

5- Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus 20 anos. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(3):1671-80.

6- Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(6):2753-62.

7- Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos, 1920. Washington: Organización Panamericana de Saúde, 1964. Publicação científica n (93).

8- Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2008. (Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas).

9- Conill EM, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto atual: causas que inciden em la fragmentación de servicios y sus efectos em la

cohesión social [documento técnico]. Rio de Janeiro: IRD, 2007.[acesso em 13 março de 2013]. Disponível em <http://www.eurosocialesalud.eu/docs>.

10- Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/NEPP/Unicamp. Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas. Campinas, 2008.

11- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM n 373, de 27 de fevereiro de 2002.

12- Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá FS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando como referência as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina. 2003;36:498-515.

13- Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. Brasília, 2011.

14- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

15- Fleury S, Ouveney AM. Gestão de redes: a estratégia da regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

16- Castells M. A sociedade em rede. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

17- Brasil. Ministério de Saúde. Portaria nº339/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006.

18- Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - COSEMS. Termo de referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo. São

Paulo, 2011. [acesso em 13 março 2013]. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor>.

19- Brasil. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080/1990. Dispõe sobre a organização do Sistema único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

20- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

21- Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 337-41.

22- Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ*. 1996; 312:1215-8.

23- Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health*. 2004; 94:400-5.

24- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*. 2005 83(4):691.

25- Marinho A, Façanha LO. Hospitais universitários: Avaliação comparativa de eficiência técnica. *Economia Aplicada*. 2000; 4(2):315–49.

26- Marinho A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Econ*. 2003, 57(3): 515-534.

27- Sperandio AMG, Souza TF, Breno E, Mendes LC, Pereira ARS, Machado AC, et al. A universidade colaborando na construção de um projeto de promoção da saúde: relato de

experiência de um grupo de alunos da medicina da Unicamp, Campinas, SP, Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2006;30(3): 200-8.

28- WHO. *Ottawa Charter for Health Promotio.* Geneva: WHO; 1986.

29- Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2002;7(4):757-76.

30- Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2004;9(3):711-24.

31- Covolo GA. Avaliação da demanda atendida num modelo de atenção secundária em saúde ocular: perfil nosológico, produtividade e resolutividade. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2004.

32- Censo CBO 2010. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2010.

33- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão.* Genebra, WHO, 1993, 1200p.

34- Limeira-Soares PH, Lira RPC, Lupinacci A, Paccola M, Kara-José N, Arieta CEL. Problem-solving capacity for vitreoretinal diseases in a university health center. *Ophthalmic Epidemiol.* 2006; 13:1-6.

35- Brasil. Ministério da Saúde. CONASS. *Política Nacional de Atenção em Oftalmologia.* Coleção ProGestores. Brasília, 2007.

36- Brasil. Ministério da Saúde. CONASS. *Assistência de média e alta complexidade.* Coleção ProGestores. Brasília, 2007.

- 37- Castagno VD, Fassa AG, Silva MC, Carret MLV. Carência de atenção à saúde ocular no setor público: em estudo de base populacional. Cad Saúde Pública. 2009;25(10):2260-72.
- 38- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. [acesso em 13 maio 2013].Disponível em <http://www.saude.gov.br>
- 39- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores. Brasília, 2006.
- 40- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 1600 de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
- 41- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 1459/GM de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS- a Rede Cegonha.
- 42- São Paulo (Estado). Decreto n 52423 de 20 de novembro de 2007. Institui o Programa PRO SANTA CASA de apoio técnico e recuperação financeira das Santas Casa e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas.
- 43- Mendes JDV, Bittar OJNV. Saúde Pública no Estado de São Paulo – informações com implicações no planejamento de programas e serviços. RAS – Edição Especial (Suplemento) – Jan, 2010.
- 44- Branco MAF. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde. Rev Saúde Coletiva. 1998;8(2):95-123.
- 45- Forum Naciobal de Saúde Ocular. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. [acessado em 10 março de 2013]. Disponível em : <http://www.saudeocular.org.br>.

- 46- Bernstein PL. Desafio aos deuses: a fascinante história do risco. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
- 47- Fundação SEADE. Informações dos Municípios Paulistas.[acesso em 15 maio 2013]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos>.
- 48- Fundação SEADE. Índice Paulista de Responsabilidade Social. [acesso em 15 maio 2013]. Disponível em: <http://www.iprsipvs.seade.gov.br>.
- 49- Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública. 2004; 20 Sup 2:331-6.
- 50- World Health Organization/International Agency for the Prevention of Blindness. Data Vision 2020:the right to sight. Global initiative for the elimination of avoidable blindness. Action plan 2006-2011. Geneva: World Health Organization/International Agency for the Prevention of Blindness; 2007.
- 51- Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. Br J Ophthalmol. 2012; 96(5):614-8.
- 52- Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV, Yamada ATT, Falcão LHB. Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) no Estado de São Paulo. RAS. 2010;12(48):125-30.
- 53- Tadei VC, Braile DM. AME: Ambulatório Médico de Especialidades - agilidade com resolutividade. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2008; 23(4): 570-571.
- 54- Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. Rev Saúde Pública. 2004;38(6):811-8.

- 55- Santos L. Administração pública e a gestão da saúde. In: Santos NR, Amarante PDC. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 68-86.
- 56- Teixeira L, Mac Dowell MC, Bugarin M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise à luz da Teoria dos Jogos. RBE. 2003; 57(1):253-281.
- 57- Machado CA, Medina FMC, Kara-José N. Percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores sobre o modelo de atendimento oftalmológico no Hospital Regional de Divinolândia - São Paulo. Arq Bras Oftalmol. 2010;73(3):276-81.
- 58- Machado CA, Kara-José N, Arieta CEL, Lourenço JLG, Carvalho RS. A study of pent-up demand in ophthalmology: Divinolândia Hospital/Unicamp. Rev Bras Oftalmol. 2012; 71 (6): 390-3.
- 59- Stucchi MLR. Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde, 2006. p.133-147.
- 60- Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7(3):401-412.
- 61- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 288/SAS de 19 de Maio de 2008. Define a composição das Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2008.
- 62- Mesquita ACS. Análise da distribuição da oferta e da utilização de serviços públicos de saúde no âmbito nacional. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva – SE. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento – AESD. Núcleo Nacional de Economia da Saúde – Nunes. Brasília DF, 2008.
- 63- Taylor HR, Vu HT, McCarty CA, Keeffe JE. The need for routine eye examinations. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2004; 45:2539-42.

64- Foster A. Vision 2020: the cataract challenge. *Community Eye Health*. 2000;13(34):17-9.

65- Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, et al. Causes of blindness and visual impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol*. 2012; 57(6):497-588.

66- Secretaria de Estado da Saúde. Saúde suplementar- cobertura populacional. [acesso em 15 maio 2013]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapas-de-saude-2012/mapas-tematicos/estrutura-capacidade-instalada-equipamentos-e-assistencia/saude-suplementar-cobertura-populacional>.

67- Menicucci TMG. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: CEBES, 2010.*

68- Marques AJS. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

69- Arieta CEL, Duerksen R, Lansingh VC. Manual de Cegueira por Catarata em America Latina. Imagen & Diseño Producciones. Bogotá, Colombia, 2011.

70- Smith AF, Brown GC. Understanding cost effectiveness: a detailed review. *Br J Ophthalmol*. 2000; 84:794-8.

71- Lansingh VC, Carter MJ, Martens M. Global cost-effectiveness of cataract surgery. *Ophthalmology*. 2007;114(9):1670-8.

72- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde e municípios : juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

- 73- Kara-Júnior N, Dellapi Jr. R, Espindola RF. Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos Sistemas de Saúde Público e Privado. *Arq Bras Oftalmol.* 2011;74(5):323-5.
- 74- Kara-José N, Contreras F, Campos MA, Delgado NA, Mowery RL, Elwein LB. Screen and surgical interventions results from cataract – free zone Project in Campinas, Brazil and Chimbote – Peru. *Intern Ophthalmol.* 1990; 14: 155-64.
- 75- Arieta CEL, Oliveira DFO, Lupinacci APC, Novaes P, Paccola M, Kara José N, Limburg H. Cataract Remains an Important Cause of Blindness in Campinas, Brazil. *Ophthalmic Epidemiol.* 2009;16(1):58 – 63.
- 76- Kara José N, Bicas HEA, Carvalho RS. Cirurgia de catarata: necessidade social. São Paulo. C&D Editora e Gráfica, 2008.
- 77- Taylor HR. Cataract: how much surgery do we have to do? Editorial; *Br J Ophthalmology.* 2000;84:1-2.
- 78- Limeira-Soares PH, Lira RPC, Arieta CEL, Kara-José N. Demand incidence of retinal detachment in Brazil. *Eye.* 2007;21(3):348-52.
- 79- Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Rev Mineira Saúde Pública.* 2004; 4:4-26.
- 80- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The brasilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet.* 2011; 377:1778-97.
- 81- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(2):399-407.

82- Vargas MA, Rodrigues MLV. Perfil da demanda em um serviço de oftalmologia de atenção primária. Rev Bras Oftalmol. 2010; 69(2):77-83.

83- Machado MC, Lourenço JLG, Figueiredo W, Kara-José N. Óculos de baixo custo: experiência em Divinolândia. Arq Bras Oftalmol. 2010;73(1):57-9.

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário

Roteiro de Entrevista

DATA.....

MUNICÍPIO:.....

Responsável pelas informações:.....(somente o cargo)

1- Este município tem atendimento em oftalmologia local?

-sim ()

-não ()

2- Quantos serviços de Oftalmologia atendem o município?.....

3- Qual o tipo de instituição atende a oftalmologia neste município?

1- UBS()

2- ambulatório de especialidade próprio.... ()

3- hospital()

4- AME()

5- Serviços particulares contratados.....()

6- outro.....()

4- Qual a natureza da instituição que atende a oftalmologia neste município? Trata-se de

- serviço municipal.....()

- serviço estadual()

- convênio com instituição privada ..()

- outro.....()

5- Qual é o acesso da população deste município ao serviço de oftalmologia?

- unidade básica()

- pelo triador ()

- pelo medico clínico ()

- ambulatório de especialidade()

- unidade de urgência()

- encaminhamento da instituição privada ..()

6- Qual o tempo médio de espera para uma consulta de oftalmologia na unidade básica?

1- até 30 dias()

2- de 30 a 90 dias()

3- de 91 a 180 dias()

4- mais que 180 dias()

7- Qual o tempo médio de espera para uma consulta de oftalmologia nesta unidade? (da unidade básica a especialidade)

- 1- até 30 dias()
- 2- de 30 a 90 dias()
- 3- de 91 a 180 dias()
- 4- mais que 180 dias()

8- Há pacientes em lista de espera para consultas de oftalmologia na unidade básica?

- Não ()
- Sim ()..... Quantos? (média).....

9- Há pacientes em lista de espera para consultas de oftalmologia no centro de especialidade?

- Não ()
- Sim ()..... Quantos? (média).....

10- Quantos pacientes em média são atendidos em um mês típico no ambulatório de oftalmologia?

- casos novos.....
- retornos
- urgências.....

11- Como é feito o registro desses pacientes?

- arquivo manual()
- arquivo eletrônico()
- arquivo misto manual/eletrônico....()

12- Quantos profissionais compõe a equipe de atendimento:

Profissional	número	carga horária
1- médico oftalmologista

13- Quantos períodos na semana em média, cada oftalmologista atende?

- jornada de trabalho do oftalmologista.....períodos/sem

14- Quantos salas são destinadas a oftalmologia?.....

15- Como são as instalações? No consultório de oftalmologia há:

- 1- lâmpada de fenda ()
- 2- refrator ()
- 3- cadeira e coluna ()
- 4- tonômetro ()
 - a. qual modelo?.....
- 5- oftalmoscópio direto ()
- 6- oftalmoscópio indireto ()
- 7- auto-refrator ()

16- Existem equipamentos para exames complementares?

Não ()

Sim () Quais são esses equipamentos?

- biometro ()

- Campímetro ()

- outro.....

17- Em caso negativo: para onde são encaminhados os exames complementares?

- campimetria.....

- outros.....

18- Qual serviço de referência atende este município?

.....
.....

19- Como os pacientes são agendados neste serviço de referência?

1- através da central de regulação()

2- agendamento direto com o serviço()

3- outro.....()

20- O serviço tem atendimento de urgência 24 horas, com médico oftalmologista?

1- sim ()

2- não ()

3- atendimento durante o dia, pelos médicos do ambulatório de especialidade

21- Em caso de não: para onde são encaminhados os pacientes de urgência?

.....
.....
.....

22- Como é feito esse encaminhamento?

- contato com a regulação do DRS()

- contato com outra regulação()

- contato direto com o serviço de urgência()

- procura espontânea do paciente.....()

23- O município tem algum local próprio para cirurgias de oftalmologia?

Não ()

Sim () Quais? - pterígio ()

- catarata ()

- glaucoma ()

- retina ()

- transplante ()

- plásticas ()
- estrabismo ()
- outras.....

24- Como são encaminhados os pacientes para cirurgia de catarata, quais serviços atendem o município?

- AME..... quantos/mês.....
- HES..... quanto/mês.....
- UNICAMP..... quantos/mês
- Outro.....quantos/mês
-

25- Há pacientes em lista de espera para cirurgia de catarata?

- Não ()
- Sim () quantos?.....

26- Para onde são encaminhados os pacientes que precisam de procedimentos de retina?

.....

27- Como é feito esse encaminhamento?

- central de regulação DRS()
- outra regulação()
- encaminhamento direto()
- convênio com serviço privado()
- outro.....()

28- Este município é referência em oftalmologia para outros municípios?

- sim () ..quais?.....
- não ()

29- O município participa de algum consórcio regional de saúde?

- sim ()qual?.....
- não ()

30- Há programa de assistência farmacêutica para os usuários do serviço de oftalmologia (colírios do glaucoma)?

- sim ()
- não ()

31- Existe um sistema de referência e contra-referência de pacientes?

- não ()
- sim ().....Como é feito? Por meio de:

- agendamento eletrônico.....()
- call center.....()
- papel.....()
- internet.....()
- fax.....()
- telefone.....()
- outro.....()

32- O sistema de referência e contra-referência funciona para os pacientes de atendimento em oftalmologia?

- sim.....()
- não()
- funciona parcialmente ...()

33- Existem protocolos clínicos para o atendimento em oftalmologia?

- não ()
- sim ().....Quais protocolos?.....

34- Pode citar 3 dificuldades importantes para o atendimento em oftalmologia?

.....

.....

.....

ANEXO 2 - Carta de apresentação aos secretários de saúde aprovada pelo DRS7 Campinas

Campinas,/...../.....

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde

Senhor Secretário,

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa no Departamento de Oftalmologia da UNICAMP, intitulado: AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DEMANDA E CAPACIDADE INSTALADA PARA ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA E DA REGULAÇÃO DE FLUXO DE PACIENTES NA REGIÃO DE CAMPINAS.

O objetivo do projeto é fazer levantamento diagnóstico da situação do atendimento em oftalmologia nos municípios que compõem as Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde 15 e 16, coordenadas pelo Departamento Regional de Saúde 7.

Como já é de seu conhecimento, o Ministério da Saúde estabeleceu através da portaria 4279 de 2010, a criação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde que já vem sendo implantadas no Estado de São Paulo.

Os resultados dessa pesquisa poderão ser utilizados como referência para a construção da Rede Temática da Oftalmologia. Ressaltamos que este projeto tem o conhecimento e a aprovação do DRS7.

Uma das fases fundamentais da execução do projeto é uma visita a cada um desses municípios, visando à coleta de dados e informações de natureza quantitativa e qualitativa e o conhecimento da realidade específica de cada sistema de saúde no tocante à estruturação do atendimento em oftalmologia.

Para cumprirmos esses objetivos, solicitamos a imprescindível cooperação de Vossa Excelência, no sentido de apoiar a viabilização da seguinte agenda:

- 1) Entrevista com Vossa Excelência, para conhecimento das características essenciais da política de saúde nesse município e região e iniciativas referentes ao tema, realizada através de questionário enviado;
- 2) Se possível, reunião com os membros de sua equipe ligados ao tema;
- 3) Entrevistas individuais com dirigentes da Secretaria nas áreas de marcação de consultas, coordenação de programas, de política de atenção especializada e outros que Vossa Excelência julgue serem importantes para os objetivos do projeto;

4) Visita as unidades especializadas em oftalmologia, quando existentes, e outros equipamentos que o Secretário julgar adequados aos objetivos do projeto.

Caso Vossa Excelência julgue conveniente podemos realizar o agendamento das visitas diretamente com as unidades envolvidas. Neste primeiro momento estamos enviando o questionário a ser respondido.

Com os nossos agradecimentos por sua inestimável colaboração e contando com sua participação, colocamo-nos ao seu inteiro dispor para prestar qualquer esclarecimento – pelo telefone do ambulatório de Oftalmologia da UNICAMP , (19) 3521-7396, ou pelo celular (19) 8121-0101, ou pelo e-mail denise.fornazari@uol.com.br– e apresentamos nossos cumprimentos cordiais.

Atenciosamente

Denise Fornazari de Oliveira

Oftalmologista do Hospital de Clínicas da UNICAMP

ANEXO 3



Campinas, abril de 2013

Exma. Dra. Marcia Bevilacqua
Diretor Técnico de Saúde III - Departamento Regional de Saúde – DRS VII

Prezada Dra.

Estamos desenvolvendo o projeto de doutorado intitulado “AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DEMANDA E CAPACIDADE INSTALADA PARA ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA E DA REGULAÇÃO DE FLUXO DE PACIENTES NA REGIÃO DE CAMPINAS”, no curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

O objetivo do estudo é caracterizar o modelo de atenção em saúde ocular em municípios da região de Campinas, de acordo com a organização do Sistema Único de Saúde, nas Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde 15 e 16.

Uma das fases fundamentais da execução do projeto é a visita a cada um desses municípios, visando a coleta de dados e informações de natureza quantitativa e qualitativa e o conhecimento da realidade específica de cada sistema de saúde no tocante à estruturação do atendimento em oftalmologia.

Serão realizadas entrevistas com os profissionais da regulação do atendimento, da secretaria de saúde dos municípios que compõem a RRS 15 e 16.

Para cumprirmos esses objetivos, solicitamos a imprescindível cooperação de Vossa Senhoria, no sentido de autorizar a abordagem de tais profissionais, nos municípios a serem avaliados.

Serão enviadas cartas de apresentação aos Secretários de Saúde Municipais solicitando autorização e esclarecendo o motivo da visita, e apresentando os profissionais envolvidos na pesquisa.

Com os nossos agradecimentos por sua inestimável colaboração e contando com sua participação, colocamo-nos ao seu inteiro dispor para prestar qualquer esclarecimento sobre todas as etapas do projeto e apresento os nossos cumprimentos cordiais.

Atenciosamente

Denise Fornazari de Oliveira
Oftalmologista do Hospital de Clínicas da UNICAMP
Pós- Graduada da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

ANEXO 4



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE “DR. LEÔNICIO DE SOUZA QUEIRÓZ”
DRS VII – CAMPINAS
GABINETE

Campinas, 6 de maio de 2013.
P/ Denise Fornazari de Oliveira

De acordo, autorizo a realização das pesquisas na RRAS 15 e RRAS 16, conforme proposto no projeto “AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DEMANDA E CAPACIDADE INSTALADA PARA ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA E DA REGULAÇÃO DE FLUXO DE PACIENTES NA REGIÃO DE CAMPINAS”.

Dra Marcia Bevilacqua
Diretor Técnico de Saúde III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 5

Autor: Denise Fornazari de Oliveira.

Instituição de origem: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DEMANDA E CAPACIDADE INSTALADA PARA ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA E DA REGULAÇÃO DE FLUXO DE PACIENTES NA REGIÃO DE CAMPINAS.** Esta pesquisa fará parte de uma tese de Doutorado (UNICAMP).

O objetivo deste estudo é caracterizar o modelo de atenção em saúde ocular em municípios da região de Campinas, nas Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde 15 e 16 do estado de São Paulo, de acordo com a organização do Sistema Único de Saúde.

Sua participação consistirá em responder, por meio de entrevista realizada pelo pesquisador ou pelo auxiliar de pesquisa, um questionário com questões sobre o modelo de funcionamento do atendimento em oftalmologia no município e suas características quantitativas e qualitativas. O projeto de pesquisa tem o apoio e a anuência do Departamento Regional de Saúde VII do estado de São Paulo.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para você ou para a instituição.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos sigilo sobre sua participação. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa e de sua participação a qualquer momento, e sobre os aspectos éticos.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data:

Assinaturas:

Participante: _____

1ª Testemunha: _____

2ª Testemunha: _____

Pesquisador responsável:

Denise Fornazari de Oliveira

Endereço: Rua Giuseppe Maximo Scolfaro 371, casa 19, Campinas, SP.

Telefones: (19) 3521-7396, (19) 3287- 4028, (19) 8121- 0101

Comitê de Ética em Pesquisa:

Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Campinas, São Paulo, CEP 13083-887

Fone (19)3521-8936, Fax: (19)3521-7187 , cep@fcm.unicamp.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DEMANDA E CAPACIDADE INSTALADA PARA ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA E DA REGULAÇÃO DE FLUXO DE PACIENTES NA REGIÃO DE CAMPINAS

Pesquisador: Denise Fornazari de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14296213.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 306.339

Data da Relatoria: 14/06/2013

Apresentação do Projeto:

Os problemas inerentes ao acesso aos serviços de saúde, dentro do modelo de atenção à saúde atualmente em vigência e, primordialmente, o eixo de organização do sistema de saúde, são o foco do presente projeto de avaliação dos mecanismos de transferência de pacientes entre seus diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo é motivado pelos desafios atuais do SUS para aumentar a sua capacidade de resolver os problemas de saúde da população. Embora as políticas de estruturação da rede assistencial de saúde, nos últimos anos, tenham privilegiado a ampliação dos serviços na atenção básica, com algumas melhorias nos outros níveis de atenção, são explícitos problemas de resolutividade em cada nível e, principalmente, de transferência hierarquizada de pacientes. Tais dificuldades ocorrem de forma global, mas diversas especialidades médicas, como a oftalmologia, se apresentam com maiores problemas. Diante da necessidade de racionalizar recursos, a regionalização se apresenta como meio para programar uma descentralização que considere a atuação em nível ampliado, além do município, e propicie melhor acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência com melhor aproveitamento de recursos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a assistência oftalmológica do SUS na região de Campinas, investigando de forma mais

Continuação do Parecer: 306.339

detalhada as serviços de referência de média e alta complexidade na região.

Pretende ainda construir um quadro teórico de referência, com vistas a apoiar a configuração de redes de atenção à saúde como estratégia de qualificação do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não apresenta riscos previsíveis, tampouco benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa.

Entretanto, ao final do projeto, os autores poderão fornecer um diagnóstico detalhado do atendimento em oftalmologia da região, que poderá servir como base para direcionamento de políticas públicas na área de oftalmologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sujeitos e método: Analisam-se atividades e estratégias de atendimento, perfil das equipes, condições das instalações, equipamentos e insumos, serviços integrados de atenção e de registro de agravos e a visão de gestores de saúde sobre demandas e necessidades para uma atenção de qualidade à população. Os instrumentos para a coleta de dados são questionário e roteiro de entrevista semi estruturado, que deverão ser aplicados aos profissionais dos centros de regulação das secretarias de saúde dos municípios envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Folha de rosto com assinaturas, Projeto de pesquisa original e projeto gerado pela Plataforma Brasil, Carta de anuência do secretário Municipal de saúde e TCLE. Os documentos foram reformulados e, agora, estão em acordo com a resolução 196/96- CNS/MS.

Recomendações:

1. Lembramos que o TCLE deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador (Resolução 196/96 CNS/MS, artigo IV.2 *cd*).

2. Se o TCLE tiver mais de uma página, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).

3. O pesquisador deverá desenvolver o projeto conforme delineado no protocolo de pesquisa, elaborar e apresentar os relatórios do estudo (parcial e final), bem como encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (resolução 196/96 CNS/MS, artigo IX.2 letras *bd*, *cd* e *fd*).

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 306.339

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, após resolução de pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 17 de Junho de 2013

Assinador por:
Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br