



MARIA CECÍLIA MACHADO

**PERCEPTION OF FORMER INTERNS AND STAFF
ABOUT THE OPHTHALMOLOGICAL SERVICE OF
DIVINOLÂNDIA- SP**

**PERCEÇÃO DE EX-RESIDENTES E FUNCIONÁRIOS
SOBRE SERVIÇO OFTALMOLÓGICO DE
DIVINOLÂNDIA-SÃO PAULO**

**CAMPINAS-SP
2013**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARIA CECÍLIA MACHADO

**PERCEPTION OF FORMER INTERNS AND STAFF
ABOUT THE OPHTHALMOLOGICAL SERVICE OF
DIVINOLÂNDIA- SP**

Orientador: Prof. Dr. Newton Kara-José

**PERCEPÇÃO DE EX-RESIDENTES E FUNCIONÁRIOS
SOBRE SERVIÇO OFTALMOLÓGICO DE
DIVINOLÂNDIA-SÃO PAULO**

Tese de doutorado apresentada junto à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, para a obtenção do Título de Doutora em Ciências Médicas, área de concentração Ciências Biomédicas.

Doctoral thesis submitted by the Graduate School of Medical Sciences, State University of Campinas - UNICAMP, to obtain the title of Doctor of Medical Sciences, area of concentration Biomedical Sciences .

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA MARIA CECÍLIA MACHADO, E ORIENTADA PELO PROF. DR. NEWTON KARA-JOSÉ.

Assinatura do Orientador

**CAMPINAS-SP
2013**

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

M18p Machado, Maria Cecília, 1962-
Percepção de ex-residentes e funcionários sobre serviço oftalmológico de
Divinolândia - São Paulo / Maria Cecília Machado. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Newton Kara-José.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Residência Médica, . 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Satisfação no
emprego. 4. Educação médica. 5. Oftalmologia - Educação. 6. Oftalmologia. I.
Kara-José, Newton, 1938-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Perception of former residents and staff about the ophthalmological
service of Divinolândia - São Paulo

Palavras-chave em inglês:

Medical residency

Quality of health care

Job satisfaction

Medical education

Ophthalmology, Education

Ophthalmology

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Doutora em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Newton Kara-José [Orientador]

Eduardo Melani Rocha

Keila Miriam Monteiro Carvalho

José Paulo Cabral de Vasconcelos

Paulo Schor

Data de defesa: 11-09-2013

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

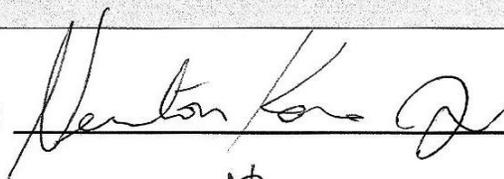
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

MARIA CECILIA MACHADO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). NEWTON KARA JOSÉ

MEMBROS:

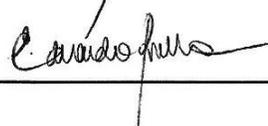
1. PROF(A). DR(A). NEWTON KARA JOSÉ



2. PROF(A). DR(A). PAULO SCHOR



3. PROF(A). DR(A). EDUARDO MELANI ROCHA



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



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



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

Data: 11 de setembro de 2013

“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que fazeres se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.”

(Paulo Freire, 1996).

Dedicatória

Aos meus familiares pelo amor, dedicação e exemplo de vida.

*Aos meus amigos e colegas de trabalho pela compreensão e apoio
durante toda minha caminhada.*

AGRADECIMENTOS

O doutorado é uma experiência enriquecedora e de tal superação. Modificamos a cada tentativa de buscar respostas às nossas curiosidades e aflições de “pesquisadores”. O final desse trabalho me traz muitas felicidades pela realização de um sonho, de uma vida e um objetivo construído ao longo de quase quatro anos. Os agradecimentos se transformam num momento de dividir essa alegria com pessoas especiais que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para alcança-lo. E é a essas pessoas que gostaria de agradecer:

A Deus e a todos os anjos que Ele enviou para estarem ao meu lado durante essa trajetória”.

Aos meus pais, irmãos e sobrinhos, a quem devo tudo. Obrigada, por serem a minha base em todos os momentos. Amo Vocês!

Ao Prof. Dr. Newton Kara-José, meu orientador, meu profundo agradecimento pela orientação e apoio incondicionais que muito elevaram os meus conhecimentos científicos e sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer, sempre, saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Mostrando-me a nobre função da pesquisa: produzir novos conhecimentos. Obrigada por ser um agente fundamental em grande parte do meu processo de formação intelectual, profissional e pessoal.

Aos membros da banca examinadora, Dra. Keila Mirian Monteiro Carvalho, Dr. José Paulo Cabral de Vasconcelos, Dr. Eduardo Melani Rocha, Dr. Paulo Schor, pela disponibilidade em avaliar e contribuir com esse trabalho.

Á Coordenadora do Conderg Eliana Giantomassi, gostaria de agradecer seu apoio e a confiança depositada no meu trabalho, com quem aprendi que a qualidade é excelência e que eu devo exigir o meu máximo porque eu posso mais. Sempre nos ensinando com seus caros conhecimentos técnicos, e, sobretudo, com uma valiosa lição de vida, pautada em princípios éticos e na realização do bem comum.

Aos funcionários do Centro Oftalmológico: Adriana, AnaRita, Almira, Claudia, Débora, Edna, Eliani, Fátima, Fernanda, Francinne, Gisele, Isabela, Joseana, Leila, Leila Helena, Luciana, Rafaela, Regina, Rodrigo, Simone Maria, Simone Lima, Sheila, Tamíris, Tatiane, Wagner, mais do que máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas duas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido. A vocês, que foram as engrenagens que possibilitaram o bom funcionamento deste serviço, durante todos esses anos, meu mais sincero e profundo agradecimento.

Á todos os médicos do Centro Oftalmológico, que construíram com seu trabalho e dedicação o serviço de hoje.

Á Dra. Keila Mirian Monteiro Carvalho, chefe da Pós-Graduação da Unicamp que tem se dedicado com zelo para o sucesso da formação de pós graduandos e pela sua dedicação constante a Oftalmologia da Unicamp.

Ao Prof.Dr. Carlos Arieta, Dra. Denise Fornazari e Dra. Rosane Castro, pela dedicação e compromisso com o serviço de Divinolândia nos últimos 25 anos.

Ao Dr. Alberto Otoniel Franco, pelo dedicado trabalho no atendimento e orientação no Centro oftalmológico.

Ao Dr. José Leonardo Góes Lourenço, um grande companheiro de trabalho, pelo apoio e colaboração.

Ao Prof.Dr. Newton Kara Júnior, pelo auxílio na interpretação dos resultados da tese.

Aos enfermeiros do Conderg: Luís Fernando, Ana Cláudia, Débora, Edilene, Elessandra, Graziela, Marina, Naiara, Regiane, Sandra, Simone, Soraia, pela torcida e demonstração de carinho.

Á Pricila, pelo apoio, mesmo na minha ausência, desenvolvendo o trabalho no centro oftalmológico com muito carinho e devoção.

Ao Valter, Eliana e Claudemir, pelo apoio e carinho.

Á Marcinha, que com competência ,soube orientar as normas do curso de pós-graduação.

Ao Rogério e Micheli, pelo apoio e auxílio na parte gráfica da tese.

Ao Aldo Roque, o meu agradecimento pelo desenvolvimento do 'Abstract' da tese.

Ao Conderg e Centro Oftalmológico, que representam o princípio, o hoje e o amanhã.

PERCEPÇÃO DE EX-RESIDENTES E FUNCIONÁRIOS SOBRE SERVIÇO OFTALMOLÓGICO DE DIVINOLÂNDIA-SÃO PAULO.

O serviço de oftalmologia do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José foi analisado quanto à satisfação dos ex-residentes e funcionários. A pesquisa avalia a percepção dos ex-residentes sobre a validade do estágio extramuros na sua formação médica e a percepção e satisfação dos funcionários sobre o serviço. O estudo foi transversal e descritivo. Dois tipos de questionários autoaplicáveis coletaram informações dos ex-residentes e funcionários. A amostra foi composta por 186 ex-residentes e 14 funcionários. Em relação aos ex-residentes: quanto o estágio influenciou na sua formação geral:92,44% consideraram muito bom; quanto o estágio influenciou na sua formação clínica:76,86% consideraram muito bom; quanto o estágio influenciou na sua formação cirúrgica :90,13% consideraram muito bom; quanto o estágio influenciou de seu relacionamento médico-paciente: 78,47% consideraram muito bom; quanto o estágio influenciou na sua capacidade de fazer diagnósticos :77,8% consideraram muito bom; quanto o estágio influenciou no desenvolvimento da autoconfiança:96,22% consideraram muito bom. Em relação aos funcionários: estão no serviço mais de 11 anos:64%; satisfação com o serviço:71,4% consideraram muito bom; quanto ao relacionamento com os colegas:57,1% consideraram muito bom; quanto ao relacionamento com os médicos:71,4% consideraram muito bom; quanto ao relacionamento com os pacientes:85,7% consideraram muito bom; como classifica o relacionamento médico-paciente:100% consideraram bom; como você classifica o tratamento dos pacientes pelos funcionários da clínica:85,7% consideraram bom; sente prestigiado no serviço:100% sim; quanto você sente que seu trabalho é útil para a comunidade:78,5% consideraram muito bom; quanto você é treinado para melhorar seu desempenho:71,4% consideraram muito bom; você acha que

procura ser cada vez melhor no tratamento com os pacientes:100% sim; você recomendaria o serviço para os seus parentes e amigos=100% sim; Você comenta com amigos e conhecidos a qualidade do serviço:100% sim; como você o classifica:100% consideraram muito bom. Concluiu-se que na percepção dos ex-residentes de oftalmologia, o estágio extramuros foi considerado muito bom e necessário para sua formação de prestador de serviços na comunidade e deve continuar que os funcionários revelaram alto grau de satisfação com o serviço e com o relacionamento com os colegas, médicos, e pacientes. Eles sentem prestigiados no serviço, procuram melhorar cada vez mais o atendimento aos pacientes, consideram que a qualidade do serviço está melhorando e o recomendam aos parentes e amigos.

Palavras-Chave: Residência médica, satisfação no emprego, educação médica, educação oftalmológica, oftalmologia.

**PERCEPTION OF FORMER INTERNS AND STAFF ABOUT THE
OPHTHALMOLOGICAL SERVICE OF DIVINOLÂNDIA-SP.**

This research aims to evaluate, in the perception of the former resident doctors, the validity of extramural stage in their medical training and even the perception and satisfaction of the employees with employees on two occasions: the data from the first phase were collected through questionnaires. A descriptive cross-sectional study was conducted. Two types of self-administered questionnaires collected information from former residents and posted by e-mail from 23rd to 27th April 2010 to them. The data from the second phase, referring the employees, were collected from 14th to 18th June 2010. The sample was composed of 186 former residents and 14 employees. Regarding the former residents: the stage influenced in their general education: 92,44%, rated very good, as the internship influenced their clinical training: 76,86%, rated very good as the stage influenced their surgical training: 90, 13%, rated very good, as the stage in their training influenced the doctor-patient relationship: 78,47%, rated very good as the internship influenced their ability to make diagnoses: 77,8%, rated very good as the stage influenced the development of self-confidence: 96.22 %, very good. Regarding the employees who are in service over 11 years: 64%; service satisfaction: 71.4%, rated very good, about the relationship with coworkers: 57.1%, rated very good, about the relationship with doctors: 71.4%, rated very good, about the relationship with patients: 85.7%, rated very good; ranks as doctor-patient relationship: 100%, rated good, how do you rate the treatment of patients by clinic staff: 85.7%, rated good, how they feel their service prestige: 100% yes, as they feel their work is useful for community: 78.5%, rated very good, as they are trained to improve their performance: 71.4%, rated very good, as they look for improving their relationship with patients: 100% yes, would you recommend the services to their relatives and

friends: 100% yes, if they comment the quality of service to friends and acquaintances:100% yes, how do you rank: 100%, rated very good. Evaluated the responses, it was concluded first that the perception of the former residents of ophthalmology, extramural stage was considered very good and necessary for their formation as training services provider in the community and secondly that employees were highly satisfied with the service, with the relationship with colleagues, physicians and patients. They feel prestigious in service, increasingly seeking to improve patient care, consider the quality of service is improving and recommend to friends and relatives.

Keywords: Medical residency, job satisfaction, medical education, ophthalmological education, Ophthalmology.

LISTA DE SIGLAS

ACGME	- Accreditation Council for Graduate Medical Education (Conselho de Acreditação de Pós Graduação Médica)
ABEM	- Associação Brasileira de Ensino Médico
CIS	- Consórcio Intermunicipal de Saúde
CQH	- Controle de Qualidade Hospitalar
COREN SP	- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CONDERG	- Consórcio de Desenvolvimento da Região do Governo de São João da Boa Vista
CROSS	- Central de Regulação Ofertas de Serviços de Saúde
DRS-14	- Direção Regional de Saúde (São João da Boa Vista)
EUA	- Estados Unidos da América
FMUSP	- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OCT	- Tomografia de Coerência Óptica
PPI	- Programação Pactuada Integrada
PGQ	- Prêmio Gestão de Qualidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	- Universidade Federal de São Paulo
UNESP	- Universidade Estadual de São Paulo
USP	- Universidade de São Paulo
UTI	- Unidade de tratamento intensivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou na sua formação geral.	59
Tabela 2: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou na sua formação clínica.	59
Tabela 3: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou na sua formação cirúrgica.	60
Tabela 4: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou no relacionamento com paciente.	60
Tabela 5: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou no desenvolvimento de sua capacidade de realizar diagnóstico.	60
Tabela 6: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou no desenvolvimento da sua autoconfiança.	60
Tabela 7: Opinião do ex-residente se recomenda a continuidade do estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José.	61
Tabela 8: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao tempo de serviço.	61
Tabela 9: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação aos empregos anteriores.	61
Tabela 10: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao a satisfação com o serviço.	62
Tabela 11: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao que mais lhe agrada em relação ao ambiente de trabalho.	62
Tabela 12: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se sente que seu trabalho é útil para a comunidade.	63

Tabela 13: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao que mais lhe desagrada.	63
Tabela 14: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se sente prestigiado no serviço.	63
Tabela 15: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se é estimulado para melhorar seu desempenho.....	63
Tabela 16: Opinião do funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação à compreensão das dificuldades e sofrimento dos pacientes.	64
Tabela 17: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se acha que o atendimento está melhorando.	64
Tabela 18: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao seu grau de relacionamento com os médicos.	64
Tabela 19: Opinião dos funcionários em relação às desavenças graves com chefias, colegas e/ou médicos?	65
Tabela 20: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao grau de relacionamento com os pacientes.	65
Tabela 21: opinião do funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação a como você classifica o relacionamento do médico com o paciente.	65
Tabela 22: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação a como você classifica o tratamento dos pacientes pelos outros funcionários da clínica.	65
Tabela 23: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se recomendaria o serviço para os seus parentes e amigos.	66
Tabela 24: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se você classifica o serviço quanto à eficácia.	66

RESUMO.....	xvii
ABSTRACT	xxi
LISTA DE SIGLAS	xxv
LISTA DE TABELAS	xxvii
1. INTRODUÇÃO	33
2. OBJETIVOS	45
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	49
3.1 Delineamento do Estudo	51
3.2 População e amostra.....	51
3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	51
3.4 Estudos exploratórios e Teste Prévio	51
3.5 Conteúdos do instrumento	52
3.6 Coleta de dados	52
3.7 Caracterização Geral:.....	53
3.8 Atuação médica:.....	54
3.9 Processamento e análise dos dados.....	54
3.10 Comitê de Ética	55
4. RESULTADOS E ANÁLISE.....	57
5. DISCUSSÃO	67
6. CONCLUSÃO.....	97
7. REFERÊNCIAS	101
7.1 Bibliografia de Normatização.....	113
ANEXOS	115
ARTIGO PUBLICADO.....	127

1. INTRODUÇÃO

A avaliação dos serviços de saúde e ensino é fundamental para ter conhecimento de sua eficiência, eficácia e aceitação por parte dos gestores, equipe de saúde, funcionários, usuários e residentes. A coleta de informações oferece subsídios para mostrar a validade do serviço, a necessidade de sua continuidade ou modificação, com vistas à obtenção de novos recursos para alcance de suas metas. A avaliação dos serviços serve também para documentar e divulgar um modelo de atendimento.⁽¹⁾

Koontz e O'Donnell concluíram que “planejar” é decidir antecipadamente o que fazer, de que maneira fazer, quando fazer e quem deve fazer. O planejamento é um processo intelectual, a determinação consciente de curso de ação, a tomada de decisão com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise.⁽²⁾

O alcance de objetivos baseia-se essencialmente no planejamento e na organização correta, detalhada e fundamentada, em pesquisas de variáveis dos meios externo e interno, que forneçam informações confiáveis para a tomada de decisões.⁽³⁾

O principal objetivo das unidades de atendimento direto deve ser o de oferecer serviços da melhor qualidade possível, existindo alguns indicadores estabelecidos para medir esse atributo em suas várias dimensões.⁽⁴⁾

Assim deve-se, obter continuamente resultados de pesquisas de mercado, de opinião, que mostrem a qualidade dos serviços prestados, na visão dos profissionais envolvidos e dos consumidores, além de pesquisas sobre o alcance das metas estabelecidas.

Vuori propõe aprimorar o processo avaliativo dos serviços diretos de atendimentos passando de um modelo tradicionalmente centrado na cura (medicina como ciência), para incluir outras áreas⁽⁵⁾. Caprara e Rodrigues 2004 e Scott 2007 consideram que a formação médica nos cursos tradicionais de Medicina e Enfermagem, os estudantes adquirem uma série de conteúdos e capacidades práticas que levam a considerarem somente os aspectos físicos, excluindo as características culturais e socioeconômicas do paciente. Essa tendência prioriza fundamentalmente a formação biomédica⁽⁶⁻⁷⁾. O mesmo ocorre

nas residências de Oftalmologia do Brasil em que esse aspecto também não é suficientemente enfatizado.

Já se foi a muito o tempo em que o médico atendia o paciente e dava poucas explicações do que ele tinha e o porquê das prescrições. Cada vez mais os direitos dos usuários se tornam cobrados e necessários para que o atendimento seja bem aceito e os resultados melhores.⁽⁷⁾

Um processo que mudou o atendimento médico-hospitalar do sistema público de saúde em uma região do Estado de São Paulo foi à criação em 1985 do consórcio CONDERG (Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de São João da Boa Vista). Consórcio intermunicipal na área da saúde é uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Torna-se então, um instrumento operacional, de grande valia, para maior rendimento dos esforços, evitando a dispersão de recursos financeiros, humanos, materiais e maximizando o aproveitamento dos recursos municipais.⁽⁸⁾

Com a finalidade entre outras, de complementar a cobertura oftalmológica na região do Conderg e da residência de oftalmologia, criou-se em 1988, uma Clínica Oftalmológica do Hospital Regional de Divinolândia em convênio com o Serviço de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, com atendimento médico coordenado pela Universidade e a administração realizada pelo Conderg. Esse serviço satélite proporciona um atendimento dos pacientes na sua própria região. Em 2012 foi inaugurado o novo prédio.⁽⁹⁾

O Centro Oftalmológico segue os princípios de equidade do SUS: assim os munícipes do Conderg que necessitem de atendimento secundário e terciário são encaminhados para o HC- Divinolândia, diretamente dos postos de saúde.⁽¹⁰⁾ No período de 1988 a 2012, foram realizados mais de 370 mil atendimentos e mais de 27 mil cirurgias em usuários do SUS

O Centro Oftalmológico Prof. Newton Kara-José, exerce atendimento de nível secundário e terciário para a população dos dezesseis municípios que

integram o Consórcio, além de complementar o ensino dos residentes da Unicamp.⁽¹⁾

Para alcançar esses objetivos, o Centro Oftalmológico há alguns anos vem investindo em recursos humanos e materiais, sendo o financiamento obtido de várias fontes, a saber, ⁽¹⁰⁾:

- -recursos advindos do SUS, através da Programação Pactuada Integrada (PPI) dos 16 municípios;
- -recursos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para investimentos;
- -recursos através dos 16 municípios para custeio.

O Centro Oftalmológico adquiriu novos equipamentos oftalmológicos para ampliar a cobertura diagnóstica (retinógrafo e ecografia ocular) e terapêutica (foto coagulação e yag-laser)⁽¹⁾. Recentemente em 2012 foram adquiridos microscópio especular, Tomografia Coerência ótica (OCT), tal investimento colocou o Centro Oftalmológico em linha com os mais modernos centros oftalmológicos do país.

A parcela dos casos encaminhados para o HC-UNICAMP vem diminuindo progressivamente. Em 2002, observou-se uma taxa de resolutividade no Centro Oftalmologia de 93,69%. Atualmente, essa taxa é de 98%00 sendo esse resultado atribuído, principalmente, com obtenção de mais recursos humanos e recursos materiais.

Foi estabelecido para cada município do consórcio um número definido de consultas. Triadas e agendadas nos centros de saúde locais, por profissionais com treinamento específico para essa tarefa (triadores).⁽¹⁰⁾

Os profissionais de saúde envolvidos são os triadores e enfermeiros, que exercem atividades no centro de saúde de cada município, realizando o agendamento das consultas, preenchendo a guia de referência com a acuidade visual, anamnese, dados pessoais dos pacientes, selecionando as consultas em caráter de urgência e encaminhando o paciente para o Centro Oftalmológico do Conderg.⁽¹⁾

A demanda de consultas ainda é superior à capacidade de atendimento, levando os gestores a sugerirem um aumento do atendimento. A ampliação do atendimento depende, porém, da melhoria de estrutura física e aumento de teto do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre que se obtém financiamento extra da Secretaria da Saúde realizam-se mutirões para diminuir a fila de espera. ⁽¹¹⁾

Os diagnósticos mais comuns no Centro Oftalmológico são erros de refração e catarata, o que indica um atendimento de nível secundário e terciário ⁽¹¹⁾. Vícios de refração não corrigidos é a maior causa de diminuição da visão nos países em desenvolvimento, calculando-se 153 milhões de casos em todo o mundo ⁽¹²⁾. Para conseguir a correção dos erros de refração é necessário o cumprimento de uma série de quesitos, que vão desde o sentir a necessidade visual, a decisão de procurar atendimento, acesso ao atendimento e aquisição de óculos. Apesar da fácil correção e de seu baixo custo, o problema parece estar aumentando em todo o mundo. As barreiras para a correção óptica são multifatoriais, sendo as principais a dificuldade de acesso ao exame oftalmológico e a aquisição de óculos. ⁽¹³⁾

Para facilitar o acesso dos usuários a correção óptica, em 1988 foi criada junto a Clínica de oftalmologia uma óptica, que já forneceu mais de 64 mil óculos. Nos seus 25 anos de existência, a óptica do Conderg vem aumentando progressivamente sua capacidade de atendimento, no início, eram confeccionados em média 50 óculos por mês. A partir de 1990 o Conderg passou a patrocinar os óculos com verba do SUS. Em 2000, a produção passou para 200 óculos e em 2001 para 400 óculos. O aumento da produção de óculos deveu-se à aquisição de novos equipamentos e à contratação de mais um auxiliar, além do óptico, que se mantém o mesmo desde o início. Atualmente, a óptica tem capacidade instalada e recursos humanos para dobrar a produção. Porém, o obstáculo é a falta de financiamento pelo SUS, via Conderg. Na literatura pesquisada não foi encontrado nenhum outro projeto com as características da óptica do Conderg. ⁽¹⁴⁾

A função e meta do oftalmologista é propiciar ao indivíduo a visão que lhe dê a melhor qualidade de vida possível. Esse é um compromisso comunitário, e para cumpri-lo é mandatório conquistar para a população livre acesso a exame médico e a aderência ao tratamento proposto. No caso da Oftalmologia, as barreiras mais importantes são o acesso ao exame médico, ao tratamento cirúrgico, correção óptica e medicamentos. A classe oftalmológica cabe lutar por novas conquistas e fazer com que o impossível de hoje seja possível amanhã. ⁽¹³⁾.

Até a pesquisa de Machado et al , que avaliaram a satisfação dos usuários e gestores do hospital, a verificação da eficiência e qualidade do serviço, sempre foi realizada de maneira empírica não possibilitando uma análise científica dos resultados obtidos ⁽¹⁾. Os autores detectaram opiniões positivas dos gestores (prefeitos, secretários de saúde triadores) e usuários sobre o atendimento médico, de enfermagem e recepção e consideraram a importância da avaliação da percepção dos médicos residentes e dos funcionários ⁽¹⁾.

O Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José, foi criado com os seguintes objetivos:

- Completar o atendimento da demanda de cuidados oculares da população de 16 municípios, utilizando tecnologia apropriada;
- Treinar profissionais da rede básica de saúde desses municípios na triagem e encaminhamento;
- Servir de centro de aperfeiçoamento dos residentes de 3º e 4º anos da Unicamp;
- Planejar e executar ações de Educação em saúde ocular;
- Demonstrar a exequibilidade extensão dos serviços de hospital-escola;
- Criar um sistema de atendimento humanizado, que sirva de modelo;
- Formação humanística dos residentes.

O reconhecimento público da qualidade do serviço de Divinolândia pode ser atestado pelo fato do Hospital ter recebido valiosos e concorridos prêmios baseados em avaliação dos usuários (Ministério e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo). O primeiro foi em 2001, no setor de Qualidade Hospitalar, dentre

1.421 hospitais nacionais avaliados, o Conderg ocupou o 7º lugar. Em 2010 recebeu o título da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo na Qualidade Hospitalar, dentre 630 hospitais avaliados, o Conderg ocupou novamente o 7º lugar. Em 2011 recebeu novamente o Prêmio da Secretaria da Saúde na Qualidade Hospitalar também no 7º lugar ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O Coren-SP (Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo) em 2011 classificou o Hospital de Divinolândia entre os 50 melhores serviços de Enfermagem do Estado de São Paulo com o Prêmio Gestão de Qualidade-PGQ. ⁽¹⁷⁾.

Esta realidade, exige a implementação de mudanças visando à aquisição de outras competências na formação dos médicos. Por enquanto restrita ao modelo biomédico, impossibilita considerar-se a experiência do sofrimento como integrante da sua relação profissional ⁽⁷⁾.

O acesso dos usuários do SUS ao Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José, é feito da seguinte forma: quando o usuário não consegue ter seu caso resolvido no seu município, de origem é encaminhado para Divinolândia, com sua consulta já marcada e com transporte disponibilizado.

A acessibilidade é eficaz e universal, todo o paciente tem oferta de transporte gratuito, oferecido pela prefeitura local além de receber informações nos centros de saúde sobre as condições de seu atendimento. As consultas são agendadas no centro de saúde do próprio município.

No estágio de Divinolândia, os residentes recebem casos novos com menor tempo de evolução, podendo exercer a prática de diagnóstico e reavaliação de condutas, o que geralmente não ocorre no Hospital das Clínicas da Unicamp, em que os pacientes, na sua maioria, chegam com diagnóstico realizado e longo tempo de tratamento ou evolução da doença. ⁽¹⁾

Gullo et al mostraram que a grande maioria dos pacientes com diagnóstico de glaucoma chegava ao Hospital escola com grave perda de visão, sendo muitos com perda total da visão em um ou nos dois olhos ⁽¹⁸⁾.

O ensino de medicina no Brasil ainda é realizado principalmente em hospital escola, esse modelo foi introduzido no mundo após o Relatório Flexner em 1910.

Flexner avaliou as escolas médicas dos EUA e Canadá, e recomendou o ensino da Medicina baseado em Hospitais escola, foi um grande marco para a saúde. Atualmente as críticas tem sido lançada sobre esse modelo que vigora até hoje na maioria das escolas médicas ⁽¹⁹⁾.

Pesquisando o ensino médico em vários países, encontramos surpreendentes similaridades entre a inquietante situação do ensino médico no período 1965 a 1991 no Brasil com a não menos desconcertante situação do ensino médico no período 1906 a 1933 nos Estados Unidos e no Canadá.

Em 1906, os Estados Unidos, então com 87 milhões de habitantes, e o Canadá, com população de 6 milhões, tinham 160 faculdades de medicina sem currículo regulamentado, mal equipado e com carências qualitativas e quantitativas no corpo docente. Grande parte dessas instituições encarava o ensino médico como atividade meramente lucrativa. Estas escolas diplomavam anualmente dezenas de milhares de médicos, acima das necessidades da América do Norte, e que prestavam uma assistência médica que deixava muito a desejar (notem a similaridade com a situação atual em nosso País) ⁽¹⁹⁾.

Houve então uma resolução para mudar radicalmente aquela situação insustentável e sem lógica. A Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, presidida pelo educador e professor de Astronomia, Henry S. Pritchett contratou o professor Abraham Flexner, um educador e professor de grego, com a incumbência de fazer um estudo sobre as escolas médicas da América do Norte.

Durante quatro anos, de 1906 a 1910, Flexner visitou cada uma das 160 escolas (todas, sem exceção) e elaborou um minucioso relatório, publicado como Boletim n.º 4 da Fundação Carnegie em 1910. Este documento, até hoje considerado um clássico em pesquisa de ensino, é leitura obrigatória para quem se interesse pelo aperfeiçoamento do ensino médico, sobretudo em países em desenvolvimento. Suas proposições foram seguidas à risca e quase uma centena

de escolas médicas - precisamente 94 - foram fechadas no período de 1910 a 1933.

Para as remanescentes foram estipuladas normas de funcionamento, com obrigatoriedade de serem vinculadas a uma universidade ou a hospitais de ensino previamente qualificados. Foi também estabelecido um processo de aferição da capacitação “Stateboard”. A licença para a prática médica na América do Norte passou a ser concedida somente após a aprovação do médico no Stateboard. ⁽²⁰⁾.

O Relatório Flexner representou, há mais de 100 anos, uma revolução no ensino de Medicina, que era realizado até então de maneira pouco estruturada.

O sistema hospitalo-cêntrico já não responde as necessidades na formação do médico e do especialista. O hospital era o centro aonde chegavam praticamente todos os doentes e o tratamento ambulatorial era muito restrito.

Muitas ressalvas têm sido feitas a este modelo, pois o hospital hoje, atua essencialmente na cura de doentes, o que deixa uma lacuna na formação do futuro prestador de serviço.

Atualmente, o lugar do hospital na formação em saúde e as demandas dos próprios hospitais em relação à formação de profissionais para atenção e gestão hospitalares estão em processo de redefinição, tendo em vista a busca por qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos nos sistemas de saúde. ⁽²¹⁾

Os hospitais de ensino foram transformados em locais de atenção terciária e quaternária (em razão da especialização crescente, das modalidades de financiamento, etc.) oferecem, portanto, limitadas oportunidades de aprendizagem relevantes para a formação geral na graduação e até mesmo para os primeiros anos da especialização, ou seja, outros componentes de saúde passam a ser muito relevantes na produção de oportunidades de aprendizagem e um novo papel fica reservado aos hospitais. ⁽²¹⁾

A partir das contribuições da pedagogia crítica e do conceito de relevância social da universidade, também se reconhece que as questões de aprendizagem devem ser significativas do ponto de vista social (cultural, epidemiológico, social,

econômico, etc.), porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a conformação de um perfil profissional que dialoguem com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país. ⁽²²⁾

Para orientar a formação médica, foram determinadas competências, que são habilidades que permitem ao recém formado desempenhar atividades específicas. As competências que são consideradas essenciais e devem ser dominadas pelo médico ao iniciar sua prática clínica incluem: atendimento do paciente, conhecimento médico, aprendizado baseado em evidências, profissionalismo, habilidades de relacionamento e de comunicação e prática baseada em sistemas. ⁽²³⁾

Hoje a Residência Médica produz médicos aptos para atuar fundamentalmente em nível hospitalar: unidades de internação, UTI e urgência/emergência. A atividade ambulatorial já teve seu espaço ampliado em muitos programas, mas o que predomina ainda são os estágios em enfermarias, com o agravante de que o congestionamento dos serviços de apoio diagnóstico dos hospitais de ensino faz com que persista a deplorável categoria de "internar para investigação". ⁽²¹⁾

O estagio de Divinolândia se propõe a complementar o aprendizado do residente, propiciando um atendimento mais próximo das condições que serão encontradas em sua vida profissional em um ambiente de trabalho multiprofissional. A pesquisa procura ainda estudar fatores envolvidos no resultado obtido pelo serviço do centro oftalmológico.

2. OBJETIVOS

Esse trabalho tem como objetivo identificar percepções e satisfação de Ex-residentes em relação ao aproveitamento do estágio no serviço oftalmológico do Hospital Regional de Divinolândia.

Da equipe de saúde e administração em relação ao serviço oftalmológico do Hospital Regional de Divinolândia incluindo a satisfação pessoal, relação Médico – Usuário– Funcionário.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Foi realizado um estudo transversal e descritivo no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José, do Hospital Regional de Divinolândia.

3.2 População e amostra

A pesquisa compôs-se de duas amostras, a primeira envolvendo os 186 ex-residentes que fizeram estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José, no período de 1988 a 2009.

A segunda foi composta pelos 14 funcionários da equipe de enfermagem e administração do Centro Oftalmológico.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Concordaram em participar do estudo através de preenchimento de questionário e assinatura do termo de consentimento esclarecido.

3.4 Estudos exploratórios e Teste Prévio

Na etapa de planejamento da pesquisa foi realizado estudo exploratório, com o objetivo de elaborar um questionário adequado à realidade a ser investigada.

No teste prévio, foi utilizado questionário autoaplicável, desenvolvido pelos próprios autores. Nesta fase foi aplicado questionário a um grupo de 10 ex-residentes do ambulatório de Otorrino do Hospital de Divinolândia, para serem analisadas a compreensão e a facilidade de preenchimento.

O teste prévio para os funcionários também foi feito a 10 funcionários do ambulatório de Otorrino.

Nenhum dos abordados manifestou restrição ao instrumento desta pesquisa e sua participação. O percentual de respostas valida o instrumento, apesar das limitações de ser um inquérito baseado em percepções.

3.5 Conteúdos do instrumento

Foram elaboradas duas versões do instrumento de pesquisa dirigidas aos grupos: ex-residentes e de funcionários do Centro Oftalmológico.

Os dois questionários eram com questões fechadas. (Anexo 1 e 2)

3.6 Coleta de dados

Para coletar informações para o estudo, os consultores e equipe escolheram uma metodologia de e-mail auto administrativo para os ex residentes. A Academia Americana de Oftalmologia (AAO) tem utilizado esta abordagem em muitas ocasiões para a pesquisa curta focada entre seus membros. ⁽²⁴⁾

O instrumento específico para a coleta de dados foi um questionário auto aplicável, enviado por e-mail.

Todos foram acompanhados de informativo com o conteúdo e objetivo do trabalho, bem como as orientações de preenchimento e Termo de Consentimento. (Anexo 3 e 4).

Os questionários respondidos foram imediatamente desvinculados da identificação dos médicos pesquisados, por um funcionário do Hospital de Divinolândia.

Os demais foram agrupados em planilhas no programa Windows Excel®, tendo sido utilizada para a análise de dados estatística, adotando-se medidas usuais de frequências simples, relativas, desvio padrão, médias e valores absolutos.

A pesquisa desenvolveu-se em duas fases: a primeira foi apurada as opiniões dos ex-residentes do serviço de Divinolândia; a segunda fase foi coletada as opiniões dos funcionários.

Os dados da primeira fase foram coletados através de questionários postados por e-mail no período de 23 a 27 de abril de 2010. As respostas foram aceitas até 27 de maio de 2010. Não houve nenhum incentivo oferecido aos participantes.

Os dados da segunda fase, referentes aos funcionários, foram coletados na semana de 14 a 18 de junho de 2010. O responsável pela entrega dos questionários aos funcionários apresentava-se de forma educada, tranquila, e salientava a finalidade do estudo, informando sobre o conteúdo do Termo de Consentimento. Os Funcionários não foram coagidos e nem obrigados a responder a todas as questões do questionário. Assim sendo, não houve variação no “n” das respostas.

Os Funcionários foram orientados para que, após responderem o questionário, de forma anônima colocassem os mesmos em um local identificado.

3.7 Caracterização Geral:

Desde sua criação em 1988 já passaram pelo Centro Oftalmológico 284 residentes, nestes 25 anos.

Destes 241 profissionais, 02 (0,82%) faleceram, sendo então enviados questionários a 239 ex-residentes, destes 28 (11,6%) não foram localizados e 25 (10,3%) não responderam a pesquisa, restando assim 186 participantes, isto é 77,1% da amostra inicial.

Dos ex-residentes pesquisados, 80 (43%) são do sexo feminino e 106 (57%) são do sexo masculino e dos funcionários 13(92,8%) são do sexo feminino e 01(7,2%) do sexo masculino.

A idade dos ex-residentes participantes no momento da pesquisa variou de 27 a 49 anos, e o tempo de conclusão da residência em oftalmologia no momento da pesquisa variou de 01 a 21 anos. E a idade dos funcionários variou de 20 a 48 anos e trabalhavam de 3 a 23 anos na empresa.

3.8 Atuação médica:

Dos 186 pesquisados, todos ainda trabalham em oftalmologia (100%), porém 02 em pesquisa em oftalmologia (1,0%).

Possuem consultório próprio 123 (66,12%), trabalham para outros oftalmologistas 51 (27,4%), associados 90 (48,3%), rede pública 94 (50,5%).

Sobre o local de trabalho, 14 (7,5%) médicos trabalham em 08 países (Japão, EUA, Portugal, Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Paraguai) 31(16,6%) em São Paulo (Capital), 84 (45,1%) no interior de São Paulo (sendo 44 em Campinas), 57 (30,6%) em outros 17 estados do Brasil (Minas Gerais, Brasília, Mato Grosso do Sul, Goiás, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, Rio Grande do Sul, Ceará, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Maranhão, Espírito Santo, Paraíba.).

3.9 Processamento e análise dos dados

Os questionários retornados foram inseridos em um banco de dados e as respostas para cada pergunta tabuladas.

A média aritmética das questões de cada bloco apurou o índice daquela dimensão. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos (Windows-Excel®).

3.10 Comitê de Ética

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Unicamp – Projeto de Pesquisa nº 520/2006 e do Conderg-Projeto de Pesquisa nº 002/2010.

4. RESULTADOS E ANÁLISE

Os parâmetros para classificação das respostas dos questionários aos ex-residentes foram:

0-3 = Ruim
 4-6 = Bom
 7-10 = Ótimo.

A opinião dos ex-residentes sobre o quanto o estágio influenciou na sua formação consta da tabela 1.

Tabela 1: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou na sua formação geral.

Nota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
NO.	0	0	0	0	3	10	1	30	73	30	39	186
%	0	0	0	0	1,61	5,3	0,53	16,12	39,24	16,12	20,96	100

Desvio padrão: 22,59

Na avaliação dos ex-residentes sobre a influência do estágio na sua formação foi muito satisfatória 92,44% na sua formação clínica 76,86 e 90,20% na sua formação cirúrgica.

Tabela 2: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou na sua formação clínica.

Nota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
NO.	0	0	0	3	11	15	14	39	49	28	27	186
%	0	0	0	1,61	5,9	8,09	7,52	20,96	26,34	15,05	14,51	100

Desvio Padrão: 16,6

Tabela 3: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou na sua formação cirúrgica.

Nota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
NO.	0	0	0	0	2	9	7	35	56	30	47	186
%	0	0	0	0	1,07	4,83	3,76	18,8	30,1	16,12	25,2	100

Desvio Padrão: 17,74

Tabela 4: Opinião do ex-residente quanto o estagio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou no relacionamento com paciente.

Nota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
NO.	0	0	1	3	4	12	20	53	48	17	28	186
%	0	0	0,53	1,61	2,14	6,45	10,75	28,49	25,80	9,13	15,05	100

Desvio Padrão: 18,12

A capacidade de realizar diagnóstico recebeu avaliação maior do que sete por 78,47%.

Tabela 5: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou no desenvolvimento de sua capacidade de realizar diagnóstico.

Nota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
NO.	0	0	0	0	5	17	19	28	62	32	23	186
%	0	0	0	0	2,68	9,13	10,2	15,0	33,3	17,2	12,3	100

Desvio Padrão: 18,37

Consideraram que o estágio influenciou mais do que 77,8% na realização de diagnóstico.

Tabela 6: Opinião do ex-residente quanto o estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José influenciou no desenvolvimento da sua autoconfiança.

Nota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
NO.	0	0	0	0	0	2	5	16	53	44	66	186
%	0	0	0	0	0	1,07	2,68	8,6	28,49	23,65	35,48	100

Desvio Padrão: 23,82

Consideraram que o estágio influenciou mais do que 96,22% na aquisição da autoconfiança.

Tabela 7: Opinião do ex-residente se recomenda a continuidade do estágio no Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José.

	No.	%
Sim	186	100
Não	0	0

Os ex-residentes de maneira unanime se posicionaram pela continuidade do estágio.

A maioria dos funcionários (64,3%) trabalha no Hospital Regional de Divinolândia a mais de 10 anos (Tab. 1), sendo que para 42,8% este é o primeiro emprego.

Tabela 8: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao tempo de serviço.

Anos	3	4	6	11	13	15	17	23
%	14,2	14,2	7,1	14,2	7,1	7,1	7,1	28,5
NO.	2	2	1	2	1	1	1	4

Desvio Padrão: 0,96

Tabela 9: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação aos empregos anteriores.

	No.	%
Nenhum	6	42,8
Sim	8	57,1

Desvio Padrão: 1,0

Com relação ao nível de satisfação com o trabalho desempenhado no Hospital Regional de Divinolândia, todos entrevistados que responderam referiram bom ou ótimo nível de satisfação.

Tabela 10: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao a satisfação com o serviço.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	4	28,5
Ótimo	10	71,4

Desvio Padrão: 4,09

Quando questionados sobre o que mais lhe agradava no ambiente de trabalho, o bom relacionamento entre os membros da equipe foi o item mais apontado. Todos os entrevistados consideraram que desempenham uma função útil para a sociedade e relataram satisfação com este fato. Os entrevistados, em sua totalidade se sentiam prestigiados no serviço, pela comunidade, seus pares e superiores, referindo estímulo constante para melhora de performance, além da percepção de melhora progressiva no desempenho individual e coletivo no trabalho.

Tabela 11: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao que mais lhe agrada em relação ao ambiente de trabalho.

	No.	%
O bom relacionamento	05	35,6
A união/sentimento de equipe	04	28,5
O ambiente de trabalho	02	14,2
Poder ajudar o próximo	03	21,4

Desvio Padrão: 1,11

Tabela 12: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se sente que seu trabalho é útil para a comunidade.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	3	21,4
Ótimo	11	78,5

Desvio Padrão: 4,5

Quanto aos fatores negativos no ambiente de trabalho, o item menos favorável foi à dimensão do espaço físico (Tab. 13).

Tabela 13: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao que mais lhe desagrada.

	No.	%
Nada	8	57,1
O espaço físico muito pequeno	5	35,7
Falta de coleguismo	1	7,1

Desvio Padrão: 2,97

Tabela 14: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se sente prestigiado no serviço.

	No.	%
Sim	14	100
Não	0	0

Desvio Padrão: 7,0

Tabela 15: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se é estimulado para melhorar seu desempenho.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	4	28,6
Ótimo	10	71,4

Desvio Padrão: 4,09

Em relação ao sentimento de amor ao próximo e preocupação com os usuários, todos os funcionários declaram compreender o sofrimento dos pacientes (Tab. 16).

Tabela 16: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação à compreensão das dificuldades e sofrimento dos pacientes.

	No.	%
Muito	9	64,2
Sempre	5	35,7

Desvio Padrão: 2,0

Tabela 17: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação se acha que o atendimento está melhorando.

	No.	%
Sim	14	100
Não	0	0

Desvio Padrão: 7,0

Tabela 18: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao seu grau de relacionamento com os médicos.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	4	28,5
Ótimo	10	71,4

Desvio Padrão: 4,09

Todos os funcionários referiram bom ou ótimo relacionamento com a equipe médica (Tab. 19) e negando casos de desavenças graves com chefias, colegas e/ou médicos.

Tabela 19: Opinião dos funcionários em relação às desavenças graves com chefias, colegas e/ou médicos?

	No.	%
Sim	0	0
Não	14	100

Desvio Padrão: 7,0

Todos referiram ter bom ou ótimo nível de relacionamento com os usuários (Tab. 20 e 21).

Tabela 20: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação ao grau de relacionamento com os pacientes.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	2	14,2
Ótimo	12	85,7

Desvio Padrão: 3,46

Tabela 21: opinião do funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação a como você classifica o relacionamento do médico com o paciente.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	14	100
Ótimo	0	0

Desvio Padrão: 6,06

Tabela 22: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-José em relação a como você classifica o tratamento dos pacientes pelos outros funcionários da clínica.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	12	85,7
Ótimo	2	14,2

Desvio Padrão: 4,97

Em sua totalidade, os funcionários do Hospital Regional de Divinolândia classificaram como ótima a qualidade do serviço prestado pelo Hospital e recomendariam o hospital para parentes e amigos. (Tab. 23 e 24).

Tabela 23: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-Jose em relação se recomendaria o serviço para os seus parentes e amigos.

	No.	%
Sim	14	100
Não	0	0

Desvio Padrão: 7,0

Tabela 24: Opinião dos funcionários do Centro Oftalmológico Prof. Dr. Newton Kara-Jose em relação se você classifica o serviço quanto à eficácia.

	No.	%
Ruim	0	0
Regular	0	0
Bom	0	0
Ótimo	14	100

Desvio Padrão: 6,06

5. DISCUSSÃO

Esse estudo é pioneiro na avaliação de um estágio extramuros, quer na opinião dos ex- residentes, quer na sua validade e exequibilidade. Esse projeto funciona há 25 anos, já foi frequentado por 284 residentes e considerado necessário por todos os respondentes. O estudo avalia também a satisfação dos funcionários do Centro oftalmológico, pois essa informação é de importância fundamental para compreensão do grau de sucesso do atendimento de um hospital. Essa pesquisa também é pioneira na área de oftalmologia em nosso meio.

Estudos sobre a formação de médicos tem se tornado cada vez mais frequentes em nosso meio, e muitas propostas e mudanças têm sido introduzidas na graduação medica, coordenado pela Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM).⁽²⁵⁻²⁶⁾

Porém são poucas as pesquisas e ou estudos sobre a residência médica, esse fato talvez se explique pelo viés de interpretação de que o curso médico deveria ser terminal.⁽⁶⁾

A avaliação dos serviços de saúde é fundamental para se ter conhecimento do que está sendo feito e de como se processa sua aceitação por parte dos envolvidos. A coleta de informações oferece subsídios para mostrar a validade do serviço, a necessidade de continuidade ou modificação do mesmo, com vistas à obtenção de novos recursos para incrementação do atendimento. A avaliação dos serviços serve também para documentar e divulgar um modelo de atendimento.⁽¹⁾

O custo do ensino em hospital escola é alto o que acresce a necessidade de maior produtividade, assim, o estágio em Divinolândia, além de sua eficácia na complementação da formação do residente, representa, ainda, uma economia para o HC- Unicamp.

O Hospital de Divinolândia, por sua menor sofisticação, tem gastos menores do que um grande hospital de ensino assim, também do ponto de vista de economia na formação de recursos em saúde, este modelo é interessante, é

autossustentável com grande parte de seus recursos advindos do atendimento do SUS, e é ainda capaz de distribuir óculos.

No Brasil, a tabela de pagamento pelo SUS, por serviço prestado, está a muito defasada, o que leva os gestores de saúde a procura constante de maior produtividade. Por outro lado sabe-se que os residentes gastam mais tempo nos procedimentos e utilizam mais insumos por cirurgia, ocorre então uma natural pressão, para que diminuam o tempo cirúrgico, evitando assim a suspensão de cirurgias por ultrapassagem do horário do centro cirúrgico.⁽²⁷⁾

Outro aspecto positivo de satisfação, para o residente em seu estágio no Centro Oftalmológico, é o fato da equidade do atendimento, sendo os pacientes triados nos postos de saúde de seu município, obedecendo à ordem de chegada e gravidade do caso, assim o acesso ao hospital é equânime para a população necessitada. Esse princípios são obedecido desde a fundação do serviço, e deixa os residentes e todos os envolvidos no atendimento com a satisfação de estarem realizando um trabalho dirigido aos mais necessitados. Nesse sistema não existe lugar para protecionismos e ou perseguições.

Na consideração sobre a qualidade de um serviço de saúde, é muito importante a avaliação da satisfação dos usuários, dos gestores de saúde, dos envolvidos no atendimento (equipe de saúde e suporte).

A aceitação dos serviços também foi avaliada quanto às percepções dos gestores, considerado ótimo por 93,7% dos prefeitos, por 87,5% dos secretários de saúde e por 100% dos triadores.⁽¹⁾

O sistema implantado em Divinolândia disponibiliza ao médico além de avaliação do resultado de sua conduta terapêutica, a percepção do paciente sobre as condições de atendimento, dá ao estagiário, condições de conhecer a parte humana do paciente além da parte biológica e do resultado e aceitação de sua conduta.

A residência medica converteu-se no momento que mais fortemente marca o perfil profissional do jovem medico. Durante esse estagio dá-se a verdadeira

iniciação tanto que, para a inserção no mercado de trabalho, é mais importante e significativa a instituição onde os médicos fizeram seu processo de especialização do que a escola médica de origem.⁽²⁸⁾

Em todo o mundo, relata-se preocupação com o ensino médico e a posterior especialização e número de publicações sobre o tema vêm aumentando consistentemente nas últimas décadas⁽²⁹⁾. A prática profissional em um ambiente de assistência médico cada vez mais desafiador sensibilizou pesquisadores para assuntos educacionais críticos, buscando preparar o recém-formado da melhor maneira possível com os menores custos e com menor risco para o paciente.⁽²⁹⁾

Atualmente, a meta da educação médica é formar profissionais autodidatas, capazes de manter o aprendizado ao longo de toda vida, com habilidades de liderança e pensamento crítico, aptos a adaptar-se às necessidades do mercado⁽³⁰⁻³¹⁾. Nas Américas e no Continente Europeu, o modelo dominante de formação pós-graduada em medicina é a Residência Médica.⁽³²⁾

Todos os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, pois dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes, e, mesmo estando institucionalizados, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Assim, os deslocamentos para ambulatórios periféricos, a supervisão de internatos rurais, a participação em atividades comunitárias, entre outras atividades, sempre representaram um pesado ônus para aqueles que as assumiam e as levavam à frente.⁽³⁻³³⁾

O estágio extramuros em Divinolândia, que se iniciou em fevereiro de 1988, também teve uma resistência inicial dos residentes e dos preceptores para conduzir o serviço, localizado a 175 km de Campinas.

Esses obstáculos foram progressivamente sendo vencidos, inicialmente o estágio era voluntário para os residentes de 3º e 4º ano, porém rapidamente foi constatada pelos próprios residentes a importância e validade dessa experiência, e nesses 25 anos a aceitação do estágio não tem sofrido contestação, o estágio passou a ser oficializado como parte da residência de Oftalmologia a partir de

1997. Em 1997 a residência de Otorrinolaringologia também concretizou um estágio nos mesmos moldes, em Divinolândia. A tab. 7 mostra que 100% dos ex-residentes de oftalmologia opinaram pela continuidade do estágio.

Hoje esse estágio, seguramente é um diferencial positivo para a Residência de Oftalmologia da FCM-UNICAMP.

No ensino de Medicina busca-se a integralidade na formação e trabalha-se com um conceito ampliado de saúde. Desse modo, a diversificação dos cenários de aprendizagem é fundamental porque há diferentes tipos de complexidade envolvidos nos problemas de saúde, que exigem a mobilização de diferentes áreas de saber e de diferentes tecnologias e todos eles precisam ser endereçados durante a formação.⁽²¹⁾

Sem compreender o universo cultural dos usuários, sem dialogar com sua maneira de organizar a vida, muitas vezes são infrutíferas as tentativas de implementar as tecnologias duras e leve-duras na atenção. Essas situações são mais frequentes nas unidades ambulatoriais.⁽²¹⁾

Ver a doença como fenômeno social possibilita ações sobre o coletivo, mas atender a um doente também exige ações individuais. Como abordar o doente e qual o papel do médico no domínio do combate social à doença não são tampouco questões esgotadas.⁽³⁴⁾

A Oftalmologia é uma especialidade clínica e cirúrgica, e o treinamento do especialista deve atender igualmente essas duas vertentes. Dos residentes, 90,13% consideraram que o estágio de Divinolândia teve grande influência em sua formação cirúrgica, 90,13% (tabela 3) e quanto a influência na formação clínica em 76,86% (tabela 2).

A Unicamp aumentou de modo exponencial o número de residentes e de estágio complementar, tendo 14 novos residentes por ano, além de 42 residentes e ex-residentes. De modo geral os hospitais Escola do Estado de São Paulo, tem limitações no número de cirurgias realizadas, pois ficam na dependência de teto

de atendimento determinado pelo Governo e como consequência, tem capacidade ociosa.

A universidade de Campinas-UNICAMP, seguida pelas Universidades de São Paulo- USP (São Paulo e Ribeirão Preto), UNESP -Universidade Estadual de São Paulo e UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, entendendo a necessidade do País para formação de mais e melhores residentes aumentaram o número de residentes a partir de 1997.

Estudando a satisfação dos ex-residentes, vamos nos ater nas condições da cirurgia de catarata que é a que mais preocupa o estagiário durante a sua formação.

A cirurgia de catarata é a mais realizada em pessoas com mais de 50 anos, e apesar de grande aumento de seu número, continua a ser a principal causa de cegueira nos países pobres e em desenvolvimento.⁽³⁵⁾

No Brasil calculava-se em 1994 a necessidade de 600 mil cirurgias por ano, sendo realizadas apenas 420 mil. A formação de bons cirurgiões de catarata é uma das principais metas da Oftalmologia Brasileira.⁽³⁶⁾

O estagio cirúrgico em Divinolândia, proporciona além do aumento do número de cirurgias, uma nova experiência pela sua realização fora do Hospital Escola, e assim, mais próximos das condições de trabalho que terá em sua vida prática.

O desenvolvimento da capacitação cirúrgica é um dos itens mais importantes, problemáticos e dispendiosos na formação do oftalmologista. Sua consecução exige recursos humanos e materiais de excelência. Os recursos materiais necessitam de manutenção constante e trocas programadas, os insumos utilizados são igualmente dispendiosos. O corpo clínico deve ser dedicado e comprometido com o produto final. Os gastos com a formação dos residentes são mais elevados, pois o residente tem menor produtividade, gasta mais insumos e no seu período inicial tem mais complicações cirúrgicas.

Na maioria dos serviços que atendem o SUS, existe uma dependência econômica da produtividade e assim pode ocorrer pressão para que as cirurgias sejam realizadas em menos tempo, para que não haja suspensões de cirurgia.

O Hospital de Divinolândia tem um centro cirúrgico de alta qualidade, onde se realizam cirurgias de catarata, retina, vítreo, estrabismo, pterígio, glaucoma e plástica ocular, que funciona das 8 às 17 horas, porém esse horário é estendido sempre que necessário para cumprir totalmente a programação cirúrgica. Levantamento realizado nos meses de junho a novembro de 2012 mostrou uma média de cinco dias ao mês, em que houve extensão do horário de cirurgia. O resultado dessa conduta é evidenciado por recentes pesquisas que mostram que a falta de horário cirúrgico foi responsável por suspensões de cirurgia de catarata por apenas 1,07% no Centro Oftalmológico e 35,9% no HC da UNICAMP.⁽³⁷⁻³⁸⁾

Assim o residente não é pressionado para atuar acima de sua capacidade e segurança, e o paciente e sua família não tem o dissabor de cirurgias suspensas por fatores administrativos e a eficiência do serviço aumenta.

A prestação de serviços assumiu importância tão grande que comprometeria a caracterização da Residência Médica como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceria muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem.⁽³⁴⁾

Nos EUA 68% das Residências de Oftalmologia têm parte de seu programa realizado fora do Hospital Escola.⁽³⁹⁾ Na área de oftalmologia não foi localizada, no Brasil nenhuma residência que tenha em seu currículo estágio supervisionado fora de Hospital Escola, como ocorre em Divinolândia, em que o estágio é, inclusive, oficializado no curriculum da residência de Oftalmologia da Unicamp.

O volume de cirurgias de catarata continuará a aumentar, porém o número de casos para se submeter à cirurgia em Hospital Escola já está diminuindo nos países mais desenvolvidos, causado pela relutância dos indivíduos a serem submetidos a um procedimento por cirurgiões ainda em prática, quando tem disponível acesso a cirurgiões mais experientes.⁽⁴⁰⁾ O mesmo fenômeno deverá

ocorrer no Brasil em um futuro próximo, pois o número de cirurgias de catarata realizadas fora dos Hospitais escola está crescendo exponencialmente. No período de janeiro a novembro de 2012 foram realizadas, pelo SUS no Estado de São Paulo 73.084 cirurgias de catarata, (cirurgia de facoemulsificação 60.982, e facectomia 12.102) além de outras 150.433 cirurgias do aparelho da visão. ⁽⁴¹⁾. Considera-se que aproximadamente 25 mil (2.500 por mês) tenham sido realizadas por hospitais escola.

Não está determinado um número mínimo e ou ideal de cirurgias que necessitam ser realizadas pelo residente, mas sabe-se que o número de complicações cirúrgicas está diretamente relacionado com a experiência cirúrgica. ⁽⁴²⁻⁴³⁾

Benjamin assume que não existe um sistema de rotina usado para avaliar resultados da cirurgia versus experiência do residente. ⁽⁴⁴⁾ Carricondo et al, e Kara Junior et al mostraram a ocorrência de menor tempo cirúrgico e menor porcentagem de complicações com o aumento da experiência do residente. ⁽⁴⁵⁻²⁷⁾

Os residentes de terceiro ano da Unicamp durante seu estágio de quatro semanas no Hospital de Divinolândia realizam cerca de 45 cirurgias de facoemulsificação, que se somam as 100 cirurgias no HC-Unicamp e os R4 realizam outras 80 cirurgias Esse treinamento é um importante suplemento no treinamento cirúrgico, acrescente-se que é feito em local com maior responsabilidade dos estagiários. O aumento do número de cirurgias e as condições de sua realização, levaram os ex-residentes a percepção de uma melhora de 90,13% em sua performance. (tabela 3).

Na literatura, foram encontradas taxas de complicação entre 1,8% e 27,4% para cirurgiões em sua curva de aprendizado ⁽⁴²⁻⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁾. Em nosso meio, Kara-Junior et al (2004) encontraram taxas de complicação de 7,4% em cirurgias realizadas por cirurgiões experientes. A taxa média de complicações apresentada pelos residentes foi de 11,49%. ⁽²⁷⁾. Na facoemulsificação, esta curva é considerada íngreme ⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹⁻⁵²⁻⁵³⁾, ainda que para alguns autores a fase de

estabilização, quando o cirurgião atinge o máximo de seu potencial, tenha ocorrido após 400 ou mesmo 1.000 cirurgias.⁽⁵⁴⁾

A curva de aprendizado descreve a melhora decorrente da repetição de atividades motoras. Em geral, é descrita com uma fase de rápido aprendizado inicial de conhecimentos básicos, seguida de uma fase de evolução mais lenta quando se aproxima do platô. Este processo ocorre sempre que uma nova habilidade, técnica, procedimento ou operação é introduzido, havendo inicialmente um aumento do número de complicações e eventos adversos.⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾

Nos Estados Unidos da América, diretores de programas de residência estimam que 10% de seus alunos tenham dificuldade ao final de seu treinamento⁽⁴²⁻⁵⁶⁾. Vários autores destacam a importância de se considerar a variação individual da habilidade cirúrgica entre os residentes.⁽⁴²⁻⁴⁷⁾ No Brasil não existem pesquisas sobre a competência dos residentes ao final de seu treinamento e em geral não se estabelece limitações à prática cirúrgica aos futuros especialistas. São necessárias pesquisas sobre essa condição que deve também ocorrer entre nossos residentes e que os gestores das residências identifiquem aqueles estagiários que necessitem de um treinamento especial ou mesmo que devam ser

desestimulados a praticar as cirurgias para as quais não estejam suficientemente preparados.

O Residency Review Committee of the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), em 2007, elevou o mínimo de facectomias a serem realizadas durante a residência de 45 para 86 cirurgias.⁽⁴⁸⁾ Estudos Americanos e ingleses falam em 50 cirurgias o mínimo necessário como suficiente no final da residência⁽⁴²⁻⁴⁵⁻⁵⁶⁾, ainda que o ACGME considere como mínimo a realização de 86 procedimentos⁽⁴⁴⁾. Nos Estado Unidos, o residente em Oftalmologia realiza em média 120 cirurgias de catarata.⁽⁴⁶⁾

A avaliação dos ex-residentes sobre a influência do estágio na sua formação geral foi muito satisfatória, 92,44 %, na sua formação clinica 76,86% e na sua formação cirúrgica 90,13%. (tabelas 1,2,3)

O estágio influenciou 78,24% no desenvolvimento da relação médico-paciente. (tabela 4). Esses resultados são condizentes com o achados de Machado et al que encontraram 79,6% dos usuários do Centro Oftalmológico que consideraram ótimo o atendimento médico.⁽¹⁾

A relação médico-paciente além do efeito positivo na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde exerce influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes. Este aspecto exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos.⁽⁶⁾

Novas e sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no diagnóstico em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente. A tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação.⁽⁶⁾

Atualmente, existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade.⁽⁵⁷⁾

Assim como apresentado por Le Fanu (2000), uma série de paradoxos acompanha a história recente da Medicina. Por exemplo, espera-se que seus sucessos sejam acompanhados por um aumento do grau de satisfação dos médicos. Estudos recentes, no entanto, mostram que um número crescente deles está mais desiludido e insatisfeito. Um segundo paradoxo está ligado aos benefícios derivados da prática médica que poderiam reduzir os medos e ansiedades das pessoas. Mas, ao contrário, elas estão cada vez mais preocupadas por uma série de riscos atrelados ao estilo de vida, em um processo de procura obsessiva de um estado de perfeita saúde (*Healthism*). Outro paradoxo está associado ao fato de que a eficácia e os sucessos da medicina moderna teriam de ser acompanhados pelo desaparecimento das outras formas de medicina. O que acontece é o oposto observa-se um aumento impressionante em todo o mundo ocidental da utilização da medicina não convencional. Os custos da saúde continuam aumentando com verdadeiro processo de explosão dos gastos (58-59)

Entre os fatores determinantes desta situação, apresenta-se a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, o ponto de vista dos usuários, e da população que é considerado um elemento fundamental deste processo (Rosenthal *et al.*, 1997; Gattinara *et al.*, 1995; Machado *et al.* 2010). A partir dos estudos de Donabedian, nas décadas de 1970 e 1980, se conhece que a qualidade dos serviços de saúde, assim como percebida pelos pacientes, depende de 30% a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico, e de 40% a 50% da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários, em particular entre médico e paciente (Donabedian, 1990). Hoje não basta organizar serviços de saúde mais eficientes, sem considerar, como afirma Spinsanti, o respeito dos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia, a tutela das diversidades culturais.⁽⁶⁰⁻⁶¹⁻¹⁻⁶²⁻⁶³⁾

Divinolândia tem uma política de melhora, através de avaliações constantes do serviço, Machado *et al* encontraram satisfação de atendimento, sendo o atendimento médico foi considerado ótimo por 79,6% dos usuários, por 93,7% dos prefeitos, por 87,5% dos secretários de saúde e por 100% dos triadores. O pessoal de enfermagem foi considerado ótimo por 75,7% dos usuários, 93,8% dos prefeitos, 75,0% dos secretários de saúde e por 100% dos triadores. A recepção recebeu avaliação ótima de 73,8% dos usuários e 93,8% dos triadores.⁽¹⁾

Além dos aspectos culturais deve-se enfatizar que os atores envolvidos (médicos e pacientes) não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído. Enfim, propomos analisar que, no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica.⁽⁶⁴⁾

O médico não é ativamente estimulado a pensar o paciente em sua inteireza, como um ser biopsicossocial, e a perceber o significado do adoecer para o paciente. Diferentes autores expressam a necessidade de um processo de humanização da Medicina, em particular da relação entre médicos e pacientes, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento

pela doença. Os autores aspiram pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico. O desenvolvimento dessa sensibilidade e sua aplicação na prática médica constituem o mais importante desafio para a biomedicina do século XXI.⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾

No atendimento em Divinolândia, existe uma maior proximidade do paciente, equipe de saúde, médico e funcionários administrativos. Os usuários, assim como os funcionários do hospital são da mesma região e sempre tem parente e ou amigos em comum, o que dá certa liberdade de manifestações de reclamações ou de satisfação. O médico fica sabendo de como o paciente se sente, o paciente tem fácil acesso aos retornos, isto faz com que o médico sinta mais o resultado de sua conduta, tanto pelo exame de controle, como por conhecimento por vias formais e informais da equipe de saúde. Como o ponto de referência e contra referência da consulta, é o Posto de saúde local, o usuário tem possibilidade de comunicar com o triador.⁽¹⁾

A satisfação do paciente é interdependente do relacionamento com o médico e a equipe de saúde.

Várias pesquisas analisam o resultado da relação médico-paciente, durante a consulta, entre eles Simpson *et al*, 1991, Stewart *et al.*, 1979, Schuler *et al*, 1988; Freeling *et al.*, 1985, destacaram que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não são tomados em consideração pelos médicos durante as consultas bem como 50% dos problemas psiquiátricos e psicossociais. Em 50% das consultas, médicos e pacientes não concordam sobre a natureza do problema principal (Starfield *et al.*, 1981), e 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do seu problema. (Beckman *et al.*, 1984).⁽⁶⁶⁻⁶⁷⁻⁶⁸⁻⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹⁾

A Conferência Internacional sobre comunicação médica, em Toronto, Canadá, EM 1991 considerou que o ensino de habilidades de comunicação dos

médicos seja ensinado durante toda a preparação dos estudantes de medicina do Reino Unido, EUA e Canadá. ⁽⁶⁶⁾

No Brasil a desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos quanto nos contratados, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área de saúde. A inserção, apenas, parcial dos Hospitais Universitários na rede do SUS reforça esse distanciamento, agravando as distorções. ⁽³⁾

Estudando o relacionamento médico-paciente, Ley enfatiza que geralmente os médicos não reconhecem o paciente como sujeito capaz de assumir a responsabilidade com o cuidado pela sua própria saúde; e assim, não procuram desenvolver a autonomia e participação do paciente no seu processo de adesão ao tratamento. ⁽⁷²⁾

Caprara e Rodrigues, estudando o tempo da consulta de médicos do P.S.F. (Programa de Saúde da Família em Fortaleza), encontraram um tempo médio da consulta de 9 minutos com uma ampla variação de 2 até 24 minutos. Observaram que um maior tempo de consulta está associado a uma melhor qualidade do atendimento: com uma melhor anamnese, uma melhor explicação do problema e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assim como a verificação pelo médico da compreensão e a participação do paciente na consulta. O tempo de 9 minutos seguramente é insuficiente para um atendimento satisfatório quando o médico trabalha sem ajuda de auxiliares. Esses resultados são concordantes com outros trabalhos mostrando que a maioria das queixas dos pacientes faz referência a problemas comunicacionais com o médico e não a sua competência clínica, sendo estas queixas os efeitos de uma má relação. ⁽⁶⁾

Caprara e Rodrigues ainda detectaram que no começo da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso uma série de problemas surge de forma evidente: 39,1% dos

médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% dos casos, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas.⁽⁶⁾

Em Divinolândia, no ambulatório geral, o tempo de atendimento é de cerca 10 minutos por paciente, porém existem algumas condições que facilitam seu atendimento, condições essas raramente encontradas em serviços de atendimento ao SUS, cada médico atende em uma sala completamente equipada, com um suporte dado por técnicos de enfermagem que realizam sob sua supervisão uma pré anamnese, medem a acuidade visual, tonometria de sopro, preenchem as receitas ditadas pelos médicos, ajudam na locomoção e posicionamento dos pacientes instilam colírios, disponibilizam materiais para retirada de pontos, lentes para exames. Após o exame médico, o paciente passa pela pós consulta ocasião em que, a auxiliar reforça a conduta instituída e o uso da medicação. Nos casos em que o paciente e ou acompanhante, ainda manifestem dúvidas, ocorre nova intervenção do médico para complementar as explicações.

Nesse processo de atendimento, o residente tem acesso ao resultado de sua intervenção, verificando o quanto o paciente entendeu suas recomendações e o quanto ficou satisfeito com sua conduta. Assim responde ao questionamento de Caprara que considera necessária implementação de mudanças visando à aquisição de competências dos médicos, por enquanto presa ao modelo essencialmente biomédico.⁽⁶⁾

A rotina instituída para o exame melhora o entendimento dos pacientes, aumenta o relacionamento médico-paciente-funcionário e a aderência ao tratamento. A pós-consulta é de grande valia para a resolubilidade do sistema de saúde, pois aumenta a satisfação e aderência do usuário ao tratamento proposto, para o médico que vivencia o entendimento de sua orientação e para os funcionários que tem nessa tarefa um reconhecimento de sua capacidade e o reconhecimento de ser um importante integrante da equipe de saúde.

O serviço de enfermagem e recepção recebeu uma avaliação ótima e boa de 97% dos usuários e 99% relataram que receberam orientação sobre os procedimentos e aderência ao tratamento proposto.⁽¹⁾

A maioria dos estudiosos considera que a participação do paciente no processo de cura é fundamental, tanto na aderência ao tratamento quanto a aceitação dos resultados. Ong et al consideram que a comunicação pode ser considerada o mais importante ingrediente para o cuidado médico. Creditam ser a comunicação fundamental para estabelecer uma boa relação interpessoal, facilitar a troca de informações e influenciar nas decisões sobre aderência ao tratamento. Para Ley (1982) a insatisfação do paciente quanto à comunicação do médico continua generalizada e os principais motivos dessa situação seriam informação insuficiente, pouco entendimento das explicações fornecidas, com conseqüente desinteresse do paciente para pedir novas explicações.⁽⁷³⁻⁷²⁾

Para Teutsch há muito tempo é reconhecido que a efetividade do tratamento pode ser dificultada quando ocorrem problemas de comunicação entre o paciente e o cuidador. O não entendimento, não aderência e insatisfação com a consulta são muito mais frequentes do que falhas no aspecto técnico do cuidado médico assim, esse aspecto é tão importante quanto o tratamento proposto. Ressalta, ainda, que apesar do fator negativo dessa falha de comunicação, o treinamento de comunicação nas escolas de Medicina, ainda é dado informalmente como parte da observação do atendimento clínico, sem que haja um foco intenso na capacitação transmissão de informação e reconhecimento do entendimento do paciente.⁽⁷⁴⁾

Nas residências de Oftalmologia no Brasil, de modo geral, o cuidado com a habilidade do estagiário na anamnese e na orientação da conduta estabelecida é pouco enfatizada.

É muito difícil ao médico orientar um paciente, caso não tenha maior entendimento dos problemas pessoais e capacidade de entendimento. As dúvidas levantadas pelos pacientes são muito instrutivas para o aprimoramento do médico.

Outros estudos têm confirmado que uma melhor relação médico-paciente

Esse modelo, também aumenta a satisfação da equipe de saúde, que sente reconhecimento de participação ativa no processo de atendimento. (tabelas 4,18)

O relacionamento da equipe de saúde (médicos, enfermeiras, técnicos) também sofre influencia positiva no processo utilizado para orientação- educação do paciente e família no pré- operatório de catarata senil.

Outros estudos têm confirmado que uma relação médico-paciente interfere no sucesso do tratamento, como salientado por Dixon e Sweeney: A importância dessa relação terapêutica explica por que a adesão ao processo terapêutico depende mais do médico do que das características pessoais do paciente. O paciente é muito mais inclinado a atender a prescrição se ele reconhece interesse do médico com seu problema.⁽⁷⁵⁾

Uma contra prova da satisfação dos residentes já mostradas nas suas percepções é que 100% dos entrevistados recomendam a continuidade do estágio em Divinolândia (tabela 7).

A formação dos residentes visa preparar profissionais aptos para atender usuários do SUS, os quais representam cerca de 80% do atendimento de saúde brasileiro, e este percentual tende a aumentar ainda mais. A inserção dos hospitais escola no SUS foi um grande avanço para o atendimento da população e para a formação de recursos humanos para a saúde, porém essa inserção foi apenas parcial ⁽⁷⁶⁾, pois pacientes chegam ao hospital escola encaminhados tem o viés de terem passado por atendimento(s) prévio(s), terem algum diagnóstico e tratamento instituído e sem que seu problema tenha sido resolvido.

Esses pacientes representam os casos de mais difícil trato e com algum tempo de evolução da doença antes de serem vistos pelos residentes e pelo corpo clínico do hospital⁽¹⁸⁾. O treinamento do residente baseado no atendimento desses pacientes ditos hospitalo-cêntricos prejudica a capacidade de realizar diagnóstico, pois os estagiários ficam com pouco acesso a casos mais comuns e no começo da evolução da patologia.

O sistema de treinamento hospitalo-cêntrico, apresentou grande avanço quando instituído nos Estados Unidos, porém após mais de 100 anos, muita coisa mudou na prática médica. Hoje os pacientes em sua grande maioria são cuidados em nível ambulatorial em clínicas, e somente são encaminhados para o hospital casos especiais. Assim no hospital escola chegam usuários com casos graves, que necessitam de mais pesquisa diagnóstica ou tratamento sofisticado, não disponível na rede de Saúde Pública. Nesse ambiente o residente atende sob supervisão de uma equipe de docentes e pode encaminhar o paciente para ser visto por uma secção de sub especialidade.

Em Divinolândia o residente recebe o paciente, geralmente sem diagnóstico definitivo e/ou com conduta terapêutica que não deram o resultado esperado. Tem a responsabilidade de solucionar o caso, podendo recorrer ao auxílio de um único preceptor. A prática nessas circunstâncias exige maior capacitação e responsabilidade do estagiário, contribuindo para seu aprimoramento clínico. Na percepção dos ex-residentes esse estágio influenciou em 96,22% em sua autoconfiança, no trato com o paciente e sua doença e 77,8% na sua capacidade de diagnóstico. (tabelas 6 ,5)

Esse tipo de paciente e esse ambiente estão muito mais próximos do que ele vai enfrentar assim que terminar a residência. Na organização do serviço de Divinolândia, sempre se objetivou completar a formação do especialista em aspectos que não são totalmente disponíveis no hospital escola.

Os resultados dessa pesquisa em ex-residentes, que já exercem a Medicina e tiveram a oportunidade de avaliar sua formação, mostram a assertiva da existência do estágio de Divinolândia, o qual foi considerado para 100% dos respondentes.

Esse ponto vem confirmar a discussão sobre o treinamento do residente em pacientes hospitalo-centriscos e com assistência de preceptores e residentes mais experientes.

Ambrósio Junior relata que o jovem médico tem que levar em conta também que ao iniciar a nova fase da vida profissional, a ocorrência de insegurança é

natural causada pela perda da retaguarda da instituição e apoio dos orientadores, na conduta dos casos.⁽⁷⁷⁾

Durante esses 25 anos o atendimento de Divinolândia não sofreu paralização, mesmo nos casos de greve no HC-Unicamp realizados por melhorias de salários. O aumento do valor da bolsa, em Divinolândia, sempre foi discutido e harmonizado, entre a direção do Conderg, os preceptores e os residentes. Essa política de atendimento é outro fator de satisfação dos residentes.

A especialização médica deve estar sintonizada com as necessidades da população. Assim os recursos podem ser direcionados para a formação de especialistas capazes de oferecer à população o melhor tratamento possível, de acordo com a realidade das políticas de saúde pública.⁽³⁾

A Residência Médica parece ter se convertido no momento que mais fortemente marca o perfil profissional dos jovens médicos.⁽²⁹⁾

Elias relata que (1987) a prestação de serviços teria assumido importância tão grande que comprometeria a caracterização da Residência Médica como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceria muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem.⁽²⁹⁾

Em Divinolândia os pacientes chegam triados dos postos de saúde, e em que o índice de resolubilidade atinge mais de 98%, não existe rejeição de casos. O Hospital tem recursos humanos e materiais para o tratamento de quase todos os problemas oftalmológicos, e assim propicia um treinamento holístico para o residente.

O Hospital de Divinolândia atende praticamente todas as sub especialidades de Oftalmologia, incluindo serviço de visão subnormal e reabilitação, com distribuição gratuita de óculos, auxílios ópticos e medicamentos para glaucoma.

A proposta de ensino deve possibilitar que aluno adquira competências nas dimensões do saber (domínio teórico-conceitual das bases da Medicina), do saber fazer (habilidades básicas para o exercício da prática profissional), do saber ser

(desenvolvimento de atitudes necessárias para o relacionamento humano e ético da prática) e do saber conviver, com os avanços tecnológicos e com as mudanças do mundo do trabalho.⁽⁷⁸⁾

Na graduação ainda prevalece na maioria dos cursos a ideia de que a escola deve se preocupar somente em formar um profissional tecnicamente competente, fato verdadeiro, mas não único do processo de formação universitária. Os aspectos de educação humanística devem perdurar no ensino superior como um todo.⁽²⁹⁾

Uma das prováveis causas da satisfação com o estágio de Divinolândia é a confiança de que o paciente terá condições de seguir a conduta instituída, a aquisição dos óculos está garantida, o que não ocorre geralmente com as prescrições dispensadas em hospitais públicos, assim na Unicamp 30% dos pacientes volta à consulta sem aviar a correção óptica, Senne et al encontraram a falta de correção óptica como a principal causa de deficiência visual em pacientes operados de catarata⁽⁷⁹⁾. O acesso à consulta está assegurado e pode ser feita no posto de saúde da própria cidade do paciente sendo oferecido transporte gratuito. Os pacientes com glaucoma recebem os colírios gratuitamente, essas facilidades oferecidas servem para conscientizar os residentes de que a oferta de saúde somente é gratuita quando essas condições são disponibilizadas.

O Estágio no Hospital de Divinolândia faz parte do ensino da residência de Oftalmologia da FCM-UNICAMP, desde 1988 e já foi frequentado por 284 (1988 a 2012) residentes e tem a duração de quatro semanas sendo duas semanas no primeiro semestre e duas no segundo semestre.

Recebem moradia e alimentação além de receber por semana uma bolsa de 1.000, mais 150 reais de transporte. Os estagiários tem grande comunicação com os funcionários do Centro Oftalmológico e com a comunidade local, compartilham de reuniões sociais, e muitos fazem um sólido círculo de amizades. Encontram seus pacientes, ouvem opiniões sobre o serviço, e assim adquirem experiência sobre a vida e problemas da população.

Na expectativa dos residentes a experiência no estágio fora do hospital escola, foi muito valiosa para sua formação como um todo. Essa iniciativa que já dura 25 anos é um caso único da oftalmologia brasileira e que serve de parâmetro para outros serviços.

Para Feuerwerker, na reflexão pedagógica da área da saúde a necessidade de planejar e organizar o processo de ensino-aprendizagem levando em conta as necessidades de aprendizagem dos estudantes. Por todas essas razões, é muito importante para uma formação de qualidade que os estudantes e especializando vivenciem inserção efetiva no trabalho em saúde em múltiplos cenários de produção de atenção à saúde.⁽⁸⁰⁾

Não encontramos na literatura pesquisas sobre a satisfação de residentes com estágios extra-hospitalares de oftalmologia.

Por muito tempo o significado de trabalho foi associado a sacrifício. A concepção de trabalho como fonte de auto realização humana surgiu com o Renascimento, quando a razão para se trabalhar foi percebido como estando no próprio trabalho e não apenas em suas consequências⁽⁸¹⁾. O trabalho passou então a ser uma oportunidade de criação, realização, crescimento pessoal, possibilidade de o homem construir a si mesmo e marcar sua existência no mundo.⁽⁸²⁾

O trabalho precisa estar integrado à vida, ter um sentido, não pode se restringir a ser um meio de sobrevivência. O indivíduo precisa vislumbrar a possibilidade de realização dos seus planos e projetos. Assim, a satisfação e o sentimento de auto realização com o trabalho otimizarão o desempenho individual e contribuirá para a melhoria nas relações pessoais no ambiente laboral.⁽⁸³⁾

Em instituições públicas promotoras de saúde, especialmente em países em desenvolvimento, a identificação e o engajamento dos profissionais com o trabalho e seu significado, é particularmente importante, uma vez que os usuários destes serviços, em geral, são pessoas de baixa renda, baixa escolaridade, que superaram obstáculos logísticos para conseguir acesso ao tratamento, e vulneráveis pela doença a ser tratada ⁽⁸³⁾.

No caso de Serviços oftalmológicos, a vulnerabilidade do paciente muitas vezes é potencializada pela idade avançada, pelo medo de perder a visão e pela dependência de acompanhantes para comparecer à consulta ⁽³⁷⁻⁸⁴⁻⁸⁵⁾.

Neste contexto, acredita-se que a existência de um ambiente em que profissionais de saúde, administrativo, médicos, satisfeitos com as condições de trabalho, estejam motivados e se identifiquem com o real sentido de seu trabalho, possam contribuir positivamente para o sucesso na aceitação, e na adesão ao tratamento.

A fase áurea da realização individual com o trabalho foi na época da produção artesanal, quando o trabalhador acompanhava e interferia em todas as etapas da produção, existindo grande identificação com o produto final. Com a revolução industrial e a disposição dos consumidores por aceitar produtos fabricados em série sem nenhuma diferenciação, a emoção foi retirada do local de trabalho. Foram estabelecidos horários para chegar e sair da fábrica, tempo pré-determinado para executar tarefas, monitoramento do tempo livre e controle das formas de lazer para que não interferissem na disposição do operário. Na década de 1980, muitas empresas dividiram-se em pequenos grupos por diferentes partes do mundo, em uma relação de terceirização ou subcontratação, foi à fase do capitalismo flexível, em que desapareceram os empregos permanentes e cresceu a precarização e instabilidade do trabalho.⁽⁸²⁾

Apesar de o trabalho ser o centro da vida da grande maioria das pessoas, é crescente o número de trabalhadores que não reconhecem a esfera profissional como um espaço de realização, de reconhecimento, de poder ser útil à sociedade. Embora exista uma minoria de trabalhadores atuando em funções que permitem envolvimento e identificação, há um grande grupo que trabalha apenas por necessidade financeira, que trocaria facilmente de atividade profissional. Para estes, o trabalho não é um fim em si mesmo, é exclusivamente um meio para alcançar outros objetivos.⁽⁸⁶⁻⁸⁷⁻⁸²⁾

Se a pessoa passa a maior parte do tempo trabalhando, suas relações pessoais fora de casa deveriam ter um valor afetivo importante. No entanto, as

relações de companheirismo e de amizade no trabalho não se concretizam, pois elas são passageiras, imediatas, competitivas, impedindo que se estabeleçam vínculos, já que com cada alteração rompem-se os laços, perdem-se as pessoas, além do castigo do desemprego.⁽⁸⁸⁾

As incertezas do capitalismo flexível causam sofrimento mental no desempregado por não ver perspectivas e no empregado pelo medo de perder o emprego ⁽⁸⁴⁾. Atualmente os novos contornos do mundo do trabalho dificultam uma relação de maior envolvimento e identificação da classe trabalhadora com a vida profissional.⁽⁸⁹⁾

Frederick Herzberg (1975) desenvolveu uma teoria, que identifica quais as consequências de determinados tipos de acontecimentos na vida do profissional, visando determinar os fatores que os levam a se sentirem satisfeitos ou não no trabalho. O autor concluiu que a satisfação e a insatisfação no trabalho decorrem de dois conjuntos separados de fatores:

1 - Fatores extrínsecos (de insatisfação), que se localizam no ambiente que rodeia as pessoas e abrangem as condições de trabalho. Esses fatores são: salário, sociais, tipo de chefia ou supervisão, condições físicas e ambientais de trabalho, políticas e diretrizes da empresa, clima de relações entre a empresa e as pessoas que nela trabalham regulamentos internos, etc. De acordo com essa teoria, quando os fatores extrínsecos são ótimos, eles apenas evitam a insatisfação e, quando a elevam, não conseguem sustentá-la elevada por muito tempo.

2 - Fatores intrínsecos (de satisfação) estão relacionados com o conteúdo do cargo, com a natureza das tarefas que o indivíduo executa e as recompensas ao desempenho profissional. Os fatores motivacionais estão sobre controle do indivíduo, pois estão relacionados com aquilo que ele faz e desempenha. Os fatores motivacionais envolvem os sentimentos de crescimento individual, de responsabilidade, de reconhecimento profissional e as necessidades de auto avaliação e dependem das tarefas que o indivíduo realiza no seu trabalho. Assim, os fatores que causavam satisfação estão relacionados à própria tarefa, relações

com o que ele faz, reconhecimento pela realização da tarefa, natureza da tarefa, responsabilidade, promoção profissional e capacidade de melhor executá-la.⁽⁹⁰⁾

Na área da Saúde, o Brasil passa por uma fase de transformação de exigências dos consumidores, os quais não se contentam apenas o fato de serem atendidos por médico, exigindo que o Sistema de Saúde se responsabilize também pelos resultados da intervenção e pela orientação sobre o problema, à conduta e o prognóstico, além de criar condições para aderência ao tratamento. Considera-se que o principal objetivo das unidades prestadoras de saúde é o de oferecer serviços da melhor qualidade possível, sendo que para avaliação do desempenho existem alguns indicadores baseados na avaliação do reconhecimento do que está sendo feito e da aceitação por parte do usuário.

Considera-se que informações sobre motivação dos trabalhadores, clima e cultura organizacional, possibilitam a correção de possíveis desvios e falhas do serviço, permitindo atender melhor a demanda interna e externa da organização e assegurar a satisfação dos trabalhadores por meio de uma melhor qualidade de vida no trabalho.⁽⁹¹⁾

Em vista do valor do Centro Oftalmológico do Hospital Regional de Divinolândia para a promoção da saúde oftalmológica na região de São João da Boa Vista, esta pesquisa estimou a percepção com o valor positivo do trabalho entre seus profissionais, com vistas à saúde mental do trabalhador e seu possível impacto na prestação de serviços, baseando as variáveis estudadas na teoria de Frederick Herzberg (1975).⁽⁹¹⁾

Entre os funcionários do hospital de Divinolândia 64,5% estão há mais de 10 anos no serviço, sendo que este é o primeiro emprego para 42,8% (tabelas 8,9). A estabilidade no trabalho favorece a identificação com a missão da instituição. Segundo Kramer et al ⁽⁹²⁾, a longa permanência no emprego permite o desenvolvimento de relações mais sólidas e duradouras com a empresa, criando comprometimento e respeito mútuos.

A avaliação sugere haver espírito de solidariedade entre os funcionários, identificados pela ausência de desavenças graves, e a existência de relações de

amizade fora do ambiente de trabalho (tabela 19). Todos os funcionários se consideraram satisfeitos com o trabalho executado e seu resultado final (tabela 10).

O fato do individuo ter uma atividade laboral não lhe garante por si só realização profissional e pessoal. O trabalho jamais é neutro, ou joga a favor da saúde do trabalhador ou, pelo contrário, contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para a descompensação ⁽⁹³⁾. Portanto, a organização do trabalho e os modos de gestão a que estão submetidos o trabalhador, exercem influência nos modos de trabalhar e de ser do sujeito, afetando-o física e psiquicamente.⁽⁹⁴⁾

A sensação de poder ajudar ao próximo com seu labor revela comprometimento com a qualidade do atendimento ao publico. Todos os funcionários consideraram o produto da instituição bom ou muito bom para a comunidade (tabelas12,17,22,23,24). Os relatos dos funcionários sobre os motivos de satisfação estão entre os principais encontrados por Herzberg, na sua classificação de motivos internos, o sentimento de equipe, o bom relacionamento e ambiente de trabalho saudável.⁽⁹⁰⁾

As características organizacionais influenciam no comportamento dos indivíduos e por sua vez são influenciadas pelas maneiras de pensar e sentir dos seus participantes. Sugerindo assim, a motivação dos funcionários tem sobre a qualidade da prestação de serviços e conseqüentemente na percepção favorável dos usuários.⁽⁹⁵⁻⁹⁶⁾

Para um terço dos funcionários o espaço físico muito pequeno foi a principal fator de insatisfação (tabela 13). Em sua teoria de fatores de satisfação e insatisfação de trabalhadores, Herzberg salienta a importância das condições físicas e ambientais do trabalho ⁽⁹⁰⁾. O reconhecimento deste fator negativo foi determinante para a construção do novo Centro Oftalmológico, que funcionava em uma casa improvisada e pequena, já evidenciados pelas sugestões dos usuários, com área total de 200 metros quadrados, foi transferido para um novo hospital com planta arquitetônica apropriada e com área total de 1.100 metros, sendo que

atualmente a satisfação com as instalações é considerada como excelente pelos envolvidos⁽¹⁾ (tabela 13).

Nenhum dos respondentes citou a remuneração como fator de descontentamento, apesar da restrição que os serviços públicos apresentam nesta questão. Herzberg situa o salário como fator extrínseco na avaliação de contentamento do trabalhador e ressalta os fatores intrínsecos como os mais determinantes na manutenção de satisfação.

Todos os funcionários se consideraram prestigiados no serviço, o bom relacionamento, o sentimento de equipe (de pertencer ao grupo), a auto satisfação e da chefia sobre o desempenho de suas funções, a facilitação de acesso à chefia, a consideração dada a suas propostas de melhoria do serviço, seguramente são os principais fatores do sentimento de ser prestigiado pela instituição. Estas ações oferecem condições para que os trabalhadores criem vínculos organizacionais. (tabelas 11,14).

Os funcionários consideram como bom e ótimo o estímulo do serviço para que melhorem seu desempenho individual. O serviço tem um programa de aulas de educação continuada e cursos, os funcionários participam de congressos de oftalmologia e administração, e de reunião coletiva mensal com a chefia. (tabela 15).

Conhecer o grau de satisfação dos funcionários é fundamental para a produtividade e qualidade do produto de uma empresa. Para Siqueira, as empresas modernas, para seu sucesso, buscam valorizar os recursos humanos, que constituem seu principal patrimônio. Também estão desenvolvendo a consciência da necessidade de investir em treinamento e qualidade de vida no trabalho, pois, para se inserir de forma vantajosa no mundo globalizado, faz-se necessário manter funcionários saudáveis, motivados e qualificados.⁽⁹⁷⁾

O estudo evidenciou que os funcionários do CONDERG consideram-se preparados para atender os pacientes e para compreender e se solidarizar com o sofrimento dos pacientes, o que leva a maior humanização do atendimento.

Consideram também que o atendimento ao paciente tem melhorado continuamente (tabelas 16,17).

Para a satisfação numa tarefa, existe a necessidade natural de reconhecimento e valorização, o que por sua vez, demonstra o quanto às pessoas precisa estabelecer e manter vínculos interpessoais.

Zimerman (1997) cita a existência do vínculo do reconhecimento, que denota a necessidade que cada indivíduo tem de ser reconhecido pelos outros como pertencente ao mesmo grupo social.⁽⁹⁸⁾

Um elemento central da atual crise da saúde é a necessidade de transformar as relações entre os médicos e os demais profissionais da saúde, entre os profissionais da saúde e a população, entre a população e sua própria saúde. A mudança dessas relações envolve transferência de poderes e a redefinição da autonomia de todos esses sujeitos no processo da saúde e da doença.⁽²⁸⁾

Uma organização que oferece oportunidades para qualificar e aperfeiçoar seu quadro de pessoal, que valoriza o conhecimento e que incentiva as pessoas a participarem de atividades que lhes propiciem crescimento e desenvolvimento, está oferecendo condições para que seus funcionários criem vínculos organizacionais. Além disso, tais condições podem reforçar ou favorecer a formação da identificação, da idealização, e dos sentimentos de pertencer ao grupo e de reconhecimento e valorização (tabela 14).

No Centro Oftalmológico, a ótima relação entre os funcionários e a equipe médica, é particularmente importante, pois o médico trabalha com uma equipe de técnicos de enfermagem com treinamento específico durante todas as etapas do atendimento. (tabela 18)

No atendimento em Divinolândia, existe um maior relacionamento do paciente, funcionários do hospital e médico. Os usuários, assim como os funcionários do hospital são da mesma região e com frequência são conhecidos ou conhecidos de conhecidos, o que dá certa liberdade de reclamações e um

atendimento mais personalizado. O médico fica sabendo de como o paciente se sente, o paciente tem fácil acesso aos retornos, isto faz com que o médico e a equipe do Centro Oftalmológico percebam o resultado de sua conduta, tanto pelo exame de controle, como pelo posicionamento do pessoal de saúde.

Este funcionamento do Centro Oftalmológico, permite um relacionamento maior dos funcionários e dos médicos com os pacientes, considerado como muito bom e ótimo por 100% dos funcionários. (tabelas 18,20,21)

Herzberg considera importantes aspectos para a satisfação dos trabalhadores, o sentirem-se úteis, perceber a importância de seu trabalho, considerar-se parte do grupo, e ver o resultado de sua participação.⁽⁹⁰⁾

A aceitação e atuação eficiente no cumprimento das funções pelos funcionários são evidenciadas pela percepção de que estão melhorando no atendimento aos pacientes e que tem um bom relacionamento com os médicos e pacientes, em 100% dos casos. Já Machado et al tenham encontrado um relacionamento ótimo entre médicos, gestores e usuários.⁽¹⁾

A percepção dos funcionários quanto ao tratamento dos pacientes pelos outros funcionários, classificado como bom e ótimo por 85,7% revela além do bom atendimento a aceitação e respeito ao desempenho dos colegas de serviço. (tabela 22)

A relação médico-paciente além do efeito positivo na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde exerce influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes. Este aspecto exige a implementação de mudanças visando à aquisição de competências na formação dos médicos. A postura do médico e seu relacionamento com todos envolvidos exercem poderosa influencia sobre o ambiente de trabalho.

A unanimidade dos funcionários considera a eficácia do serviço como ótima e confirmam essa afirmação ao indica-lo para seus amigos e parentes (tabelas 23,24)

A avaliação da percepção dos funcionários administrativos e de saúde do Centro Oftalmológico revelou alto grau de satisfação com os diferentes aspectos do serviço. O hospital de Divinolândia desenvolveu um modelo funcional que procura o aperfeiçoamento continuado, visando alcançar a qualidade total. Como serviço com a missão de atendimento de alto padrão para usuários do SUS e complementação do estágio dos residentes da Unicamp não poderia alcançar suas metas sem obter a satisfação de todos os envolvidos, desde prefeitos municipais, gestores e secretários de saúde até os usuários, médicos, e toda a equipe de saúde e administrativa.⁽¹⁾

A avaliação pelos usuários de serviços é cada vez mais reconhecida, sobretudo quando enfoca a busca da qualidade nos hospitais. Afinal, o atendimento aos usuários constitui finalidade de todo hospital. Entretanto, é difícil de serem aferidas por se tratar de mensuração de opiniões, influenciadas por diferentes situações, expectativas e antecedentes.⁽⁹⁹⁾

Evidentemente, o homem é o elemento chave no processo de gestão da qualidade: da motivação e do comprometimento das pessoas vai depender o sucesso da sua aplicação prática.⁽⁹⁴⁾

A teoria da hierarquia da necessidade de Abraham Maslow é um dos modelos mais divulgados no estudo da ciência do comportamento humano. Segundo ele, à medida que as necessidades mais primitivas (fisiológicas e de segurança), tais como alimento, abrigo e proteção, vão sendo satisfeitas, outras mais complexas vão tomando o seu lugar: necessidades sociais de proximidade, de relacionamento com as outras pessoas. E, num nível superior, a necessidade de estima, de reconhecimento por aquilo que fazemos. Finalmente, existe dentro de cada um de nós a necessidade de auto realização: um sentimento interior de realização do seu próprio potencial.⁽¹⁰⁰⁾

A partir dos trabalhos de Donabedian a satisfação dos usuários passou a ter grande importância na avaliação de qualidade de um serviço de atendimento ao público ⁽¹⁰¹⁾, Machado et al mostraram a importância da percepção de gestores de saúde e de triadores localizados nos postos de saúde⁽¹⁾. A literatura brasileira

enfoca muito pouco a importância dos funcionários de saúde na qualidade do atendimento.

Principalmente no sistema de saúde vigente no Brasil, com consultas realizadas em pouco tempo, a presença do auxiliar durante a consulta e na pós-consulta é de muita valia para orientação e avaliação do entendimento do usuário sobre sua doença e a conduta recomendada.

O local de trabalho deve ser um fator de realização, e de prazer pessoal dos trabalhadores, para ter uma influencia positiva sobre a saúde do trabalhador.

A avaliação muito satisfatória do Centro Oftalmológico, quanto às expectativas de gestores municipais, usuários, ex-residentes e funcionários mostra a viabilidade de se manter e criar novos centros de atendimento credenciados pelo SUS e associados a hospitais escola, com a finalidade de atender à demanda reprimida da região, aprimorar a qualidade do atendimento, servir de complementação da residência médica. O modelo de ensino/prática extramuros deve ser considerado no sistema de ensino de Residência Médica.

Considerando que o objetivo do sistema de Residência Médica é a formação de especialista apto ao seu exercício profissional, esta pesquisa encontrou que os ex-residentes consideraram válido o estágio em Divinolândia nos aspectos da formação clínica, capacidade de fazer diagnóstico, relacionamento com paciente, autoconfiança e todos consideraram a importância da continuidade do estágio.

O serviço oftalmológico de Divinolândia apresenta avaliação muito positiva na opinião dos ex-residentes, funcionários, gestores de saúde e usuários. Esse resultado somente pode ser obtido quando existe uma infraestrutura adequada, funcionários e residentes satisfeitos com o ambiente de trabalho, gestores e docentes reconhecendo o valor dos resultados obtidos e os usuários sentindo-se respeitados e tendo suas necessidades de saúde atendidas.

6. CONCLUSÃO

Na percepção de ex-residentes e funcionários, o Centro de Oftalmologia mostrou:

A) Ex-residentes quanto ao impacto do estágio em sua formação profissional:

- Consideraram o estágio em Divinolândia de grande valia para uma formação profissional holística;
- Aprimoraram com o estágio, sua formação clínica, sua autoconfiança, a relação médico-paciente e a capacidade de realizar diagnóstico e
- Aprovaram a continuidade do estágio, como necessária.

B) Funcionários quanto á sua satisfação:

- Aprovaram o trabalho desempenhado, melhoraram o relacionamento e o sentimento de equipe, procuram melhorar cada vez mais o atendimento aos pacientes, por sentirem prestigiados e compreensivos com as dificuldades dos pacientes; e recomendaram o serviço a parentes e amigos.

Hoje, esse estágio é seguramente, um diferencial positivo para a Residência de Oftalmologia da FCM-UNICAMP, um modelo de sucesso para satisfação dos funcionários.

Sugestões

A realização periódica, de pesquisas sobre a qualidade de serviços públicos de atendimento de saúde que sirvam para a sua avaliação e para embasar a avaliação de outros serviços.

A realização periódica de pesquisas sobre a percepção de residentes sobre o ensino ministrado.

7. REFERÊNCIAS

1. Machado MC, 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: 276-81.
2. Koontez e O'Donnell. *Princípio de administração: uma análise das funções administrativas.* São Paulo: Pioneira; 1974.
3. Marsiglia RG. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração. Docente assistencial (IDA) no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1995.
4. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Archives of Pathology and Laboratory Medicine.*1997; 121: 1145-50.
5. Vuori H. Research needs in quality assurance. *Qual Assur Health Care.* 1989; 1(2-3):147-59.
6. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico- paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência&saúde Coletiva*, 9:139-146, 2004
7. Scott DJ, Goova MT, Tesfay ST. A cost-effective proficiency-based knot-tying and suturing curriculum for residency programs. *JSurg Res.*2007; 141(1):7-15.
8. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde-conferência nacional de saúde on-line. Disponível em [http://,datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosaude.htm](http://datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosaude.htm) (acesso em 11/04/2010).
9. Convênio celebrado entre Unicamp e Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de São João da Boa Vista – Conderg. Processo nº 9311/87. Dez.1988

10. Kara-José N, Arieta CEL. Criação de serviços oftalmológicos de referência. In Kara-José N, Delgado AMN, Arieta CEL, Rodrigues MLV, Alves MR. Prevenção da cegueira por catarata. Campinas: Editora da Unicamp, 1996; 71-76.
11. Machado MC, Kara-José N, Arieta CEL, Lourenço JLG, Carvalho RS. A study of pent-up demand in ophthalmology: Divinolândia Hospital/Unicamp. São Paulo. Rev Bras Oftalmol.2012; 71:390-3
12. Resnikoff, S; Pascolini, D; Mariotti, SP and Pokharel, G P. Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. Bull World Health Organ [online]. 2008, vol.86, n.1, pp. 63-70.
13. Kara-José N, Rodrigues MLV, Carvalho RS. Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira. Rio de Janeiro, Cultura Médica; 2009:289-321.
14. Machado MC, Lourenço JLG, Figueiredo W, Kara-José N. Óculos a baixo custo: experiência em Divinolândia (SP). São Paulo. Arq Bras Oftalmol.2010; 73:57-9
15. Conderg. Hospital Regional de Divinolândia é eleito o 7º melhor do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.conderg.org.br/not46.asp>. Acesso dia: 14/08/2012
16. Conderg. Hospital Regional de Divinolândia é eleito o 7º melhor do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.conderg.org.br/not70.asp> Acesso dia: 14/08/2012
17. Conderg. Hospital Regional de Divinolândia é premiado por gestão com qualidade. Disponível em: <http://www.conderg.org.br/not78.asp>. Acesso dia: 14/08/2012

18. Gullo RM, Costa VP, Kara-José N. Condições visuais de pacientes glaucomatosos em um hospital universitário. *Arq Bras Oftalmol.* 1996; 59: 147-150.
19. Flexner, A. *Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching.* New York, 1910.
20. Flexner A. *I remember.* New York, 1940. Simon and Schuster Edit.
21. Feuerwerker LCM, Cecílio ICO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc Saúde Coletiva* vol.12 no. 4 Rio de Janeiro.2007
22. Coll C. *Psicologia e currículo - uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar.* São Paulo: Ática; 2003.
23. Leach DC. Evaluation of competency: an ACGME perspective. *Accreditation Council for Graduate Medical Education. Am J Phys Med Rehabil.* 2000 Sep-Oct; 79(5):487-9.
24. McDonnell P J; Kirwan, TJ; Brinton, GS; Golnik, KC; Melendez, RF; Parke, DW; Renucci, A; Smith, JH; Smith, RE. Perceptions of Recent Ophthalmology Residency Graduates Regarding Preparation for Practice. *Ophthalmology.* Vol 114, Issue 2, Pages 387-391.e3, February 2007.
25. Goulart, LMHF, Alves, CRL, Belisário SA, Abreu DMX de, Lemos JMC, Massote AW, França MB, Mendes KF, Silva TAF. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009, vol.33, n.4, pp. 605-614.
26. Briani, MC. O ensino médico no Brasil está mudando? *Rev. Bras.Ed. Méd.* Rio de Janeiro, v .25, nº 3. 2001.
27. Kara-José JN, Avakian A, Lower LMT, Rocha AM, Cursino M, Alves MR. Facoemulsificação versus extração estracapsular manual do cristalino: análises de custos. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67:9.

28. Feuerwerker LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, n.3, 1998.
29. Elias PEM. Residência Médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência. São Paulo, 1987. Dissertação (Mestrado). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP.
30. Derossis AM, Da Rosa DA, Dutta S, Dunnington GL. A ten-year analysis of surgical education research. *Am J Surg*. 2000 Jul; 180 (1): 58-61.
31. Bowen JL. Adapting residency training adaptable residents. *West J Med*. 1998 May; 168(5):371-7.
32. Sampaio SAP, Mazza T. A formação de médicos especialistas e a demanda por assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *São Paulo em perspectiva*. 2008; 22(2): 16.
33. Teixeira CF, Paim JS. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulgação em saúde para debate*. 1996; (12): p.19-23
34. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface* ;vol.2 nº3 Botucatu. 1998
35. Kara Junior N, Arieta CEL. Catarata senil. In: Kara-José, Almeida GV, (ed). *Senilidade ocular*. São Paulo: Roca, 2001. P. 99-107.
36. Kara-José N, Delgado AM, Arieta CEL. Exequibilidade da cirurgia de catarata em hospital-escola: em busca de um modelo econômico. *Rev Assoc Med Bras*. 1994; 40:3.
37. Magri MPF; Espíndola RF de; Santhiago MR de; Mercadante E F; Kara Júnior N. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. *Arq. Bras. Oftalmol*. [online]. 2012, vol.75, n.5, pp. 333-336. ISSN 0004-2749;

38. Lira RPC, Nascimento MA, Temporini ER, Kara-José N, Arieta CEL. Suspensão de cirurgia de catarata e suas causas. Rev Saúde Pública 2001;35(5):487-9
39. Rowden A, Rohitkrishna MD. Resident Cataract Surgical Training in United States. J. Cataract Refract Surg. 28:2202-2205. 2002.
40. Bonnie AH, Ali R. Current Opinion in Ophthalmol. 18; 27-31, 2007.
41. Número de cirurgias de catarata realizadas no Estado de São pelo SUS em 2012. <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>. Acesso em: 07/05/2013.
42. Lee JS, Hou CH, Yang ML, and Kuo JZ, Lin KK. A different approach to assess resident phacoemulsification learning curve: analysis of both completion and complication rates. Eye. 2009 Mar; 23(3):683-7.
43. Hatch W, Singer S, Hooper P. Surgeon volumes and adverse event rates in cataract surgery. Can J Ophthalmol 2008; 43:524-527.
44. Benjamin L. Selection, Teaching and Training in Ophthalmology. Clin Experiment Ophthalmology. 2005, 33:524-530.
45. Carricondo, PC. Análise dos custos e complicações da cirurgia de catarata realizada por residentes. Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
46. Randleman JB, Woodward M, Lynn MJ, Cherwek DH, Srivastava SK. The surgeon phacoemulsification learning curve. Arch Ophthalmol. 2007 Sep; 125(9):11215-9.
47. Allinson RM, Metrikin DC, Fante RG. Incidence of vitreous loss among third-year residents performing phacoemulsification. Ophthalmology. 1992 May; 99:726-30

48. Corey RP, Olson RJ. Surgical outcomes of extractions performed by residents using phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg.* 1998 Jan; 24:66-72.
49. Badoza DA, Jure T, Zunino LA, Argento CJ. State-of-the-art phacoemulsification performed by residents in Buenos Aires, Argentina. *J Cataract Refract Surg.* 1999 Dec; 25:1651-5
50. Blomquist PH, Rugwani RM. Visual outcomes after vitreous loss during cataract surgery performed by residents. *J Cataract Refract Surg.* 2002 May; 28:847-52
51. Prasad S. Phacoemulsification learning curve: experience of two junior trainee ophthalmologists. *J Cataract Refract Surg.* 1998 Jan; 24:73-7
52. Thomas R, Naveen S, Jacob A, Braganza A. Visual outcome and complications of residents learning phacoemulsification. *Indian J Ophthalmol.* 1997 Dec; 45:215-9
53. Robin AL, Smith SD, Natchiar G, Ramakrishnan R, Srinivasan M, Raheem R. The initial complication rate of phacoemulsification in India. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1997 Oct; 38:2331-7
54. Laurell CG, Soderberg P, Nordh L, Skarman E, Nordqvist P. Computer-simulated phacoemulsification. *Ophthalmology.* 2004 Apr; 111:93-8
55. Feldman LS, Cao J, Andalib A, Fraser S, Fried GM. A method to characterize the learning curve for performance of a fundamental laparoscopic simulator task: defining "learning plateau" and "learning rate". *Surgery.* 2009 Aug; 146:381-6.
56. Gibson A, Boulton MG, Watson MP, Moseley MJ, Murray PI, Fielder AR. The first cut is the deepest: basic surgical training in ophthalmology. *Eye (Lond).* 2005 Dec; 19:1264-70

57. Jaspers K 1991. Il medico nell'età della tecnica. Raffaello. Cortina Editore Milão
58. Le Fanu J 2000. The rise and fall of modern medicine. Carroll & Graf, Londres
59. Carvalho RS. Conduta leiga e assistência médica em pacientes do Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
60. Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. Medical Care. November 1997 - Volume 35 - Issue 11. 1997.
61. Gattinara CB, Ibacache J, Puente TC, Giaconi J & Caprara A 1995. Percepción de la comunidad acerca de localización de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. Cadernos de Saúde Pública 11: 425-438
62. Donabedian A 1990. La qualità dell'assistenza sanitaria. NIS, Roma.
63. Spinsanti S 1999. Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente. Edizioni Paoline, Roma
64. Arrow K 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review 53: 89-121.
65. Gadamer H.-G 1994. Dove si Nasconde la Salute. Raffaello Cortina Editore, Milão.
66. Simpson M, Buckman R , Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, and Till J. 1991. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ 303:1385-7

67. Stewart MA, McWhinney IR & Buck CW 1979. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Practitioners* 29:77-82
68. Schulberg HC & Burns BJ. Mental disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* 10:79-87. 1988
69. Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI & Burton RH. Unrecognise depression in general practice. *BMJ* 290:1880-3. 1985.
70. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk P S, and D'Lugoff B C..The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *AJPH* 71:127-131. 1981
71. Beckman HB & Frankel RM The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine* 101:692-696. 1984.
72. Ley P. *Communication with patients: improving satisfaction and compliance.* Croom Helm, Londres. 1988.
73. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995 Apr; 40:903-18
74. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am.* 2003 Sep; 87:1115-45
75. Dixon M & Sweeney K *The human effect in medicine: theory, research and practice.* Radcliffe Medical Press, Oxford. 2000.
76. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, Jr LC. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev Bras Ed Med.* Rio de Janeiro, v.25, nº 2, 2001.
77. *Revista Universo Visual: A residência acabou! E agora.* Fevereiro de 2008.

78. Iochida LC, Batista NA. O ensino da clínica médica: situação Atual, perspectiva e desafios. Ver Bras Clin Terap; 28: 142-. 5. 2002
79. De Senne FMB, Marcondes JC, Ambrósio LE, Moreno RO, Kara-José. Estudo de aderência a prescrição de óculos de uma amostra da população adulta atendida pelo serviço do HC-UNICAMP. Arq Bras Oftalmol. 1996; 59:354
80. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica. São Paulo: Hucitec; 2002.
81. Albornoz, S. O que é trabalho. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
82. Ribeiro CVS, Bessa DL. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. Estud. pesqui. psicol. [online]. 2004, vol.4, n.2, pp. 0-0.
83. Kara-Junior N; Dellapi JR, 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. [online]. 2011, vol.74, n.5, pp. 323-325. ISSN 0004-2749
84. Marback RF; Espíndola RF de; Santhiago MR de; Temporini ER; Kara-Junior. N. Cataract surgery: emotional reactions of patients with monocular versus binocular vision. Rev. bras.oftalmol. [online]. 2012, vol.71, n.6, pp. 385-389. ISSN 0034-7280;
85. Marback R, Temporini E, Kara-Junior N. Emotional factors prior to cataract surgery. Clinics [online]. 2007, vol.62, n.4, pp. 433-438. ISSN 1807-5932).
86. Mascarenha F. Lazer e Trabalho: Liberdade ainda que tardia. 2000.
87. Campos, VF. TQC Controle da Qualidade Total - No Estilo Japonês. Fundação Cristiano Ottoni. 3ª Edição. Minas Gerais. 1993.

88. Heloani, R. Violência invisível. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, a. 2, n. 3. 2003, p.57-61.
89. Antunes, R. Adeus ao Trabalho? ensaio sobre as Metamorfoses e a centralidade do Mundo do Trabalho. 9. ed., São Paulo: Cortez, 2003.
90. erzberg F. Novamente como se faz para motivar funcionários? Biblioteca Harvad, v 1, n13, 1975.
91. Regis Filho GI, Lopes MC. Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública da Secretaria de Saúde de Itajaí – (SC). Segunda parte: perfil dos servidores e nível de satisfação. R.Ci. Saúde, Florianópolis, v. 15, n. 1,2, p.163-190. 1996.
92. Kramer, GG, Faria JH. "Vínculos organizacionais." Revista de Administração Pública RAP, Rio de Janeiro 41.1 (2007): 83-104.
93. Dejours C. Entre o sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar L.(Orgs.) Christophe Dejours: da psicologia á psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro; Editora Paralelo 15/Editora Fiocruz 2004b. p.303-316.
94. Estefano EVV. Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção). Universidade de Santa Catarina. Florianópolis,1996.
95. Chiavaneto I. Recursos humanos. São Paulo: Atlas, 1990.
96. Affonso LMF, Rocha HM. Fatores organizacionais que geram insatisfação no servidor público e comprometem a qualidade dos serviços prestados. VII SEGeT-Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – 2010.

97. Siqueira VTA, Kurcgan P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no. 1 São Paulo. 2012.
98. Zimerman D. Fundamentos teóricos. In: Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 a.
99. .Mezomo JC. Hospital humanizado. Fortaleza (CE): Premius ED. 2001
100. Maslow A.H. Maslow no Gerenciamento. Rio de Janeiro, Qualitymark, 2000.
101. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. Salud Pública Méx. 1990; 32: 113-17.

7.1 Bibliografia de Normatização

Normas e Procedimentos e Orientação para Publicação de Dissertação e Teses da Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008. pp 8-54.

ANEXOS

ANEXO 1



QUESTIONÁRIO SOBRE ESTÁGIO EM DIVINOLÂNDIA-MÉDICOS

Questionário: Percepção de ex-residentes sobre o serviço oftalmológico de Divinolândia-SP

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção dos ex-residentes quanto à validade do estágio no Centro Oftalmológico “Prof.Dr.Newton Kara-José”, na sua formação profissional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário, atribuindo uma nota de 0 a 10 para cada questão.

1. Quanto o estágio influenciou na sua formação geral?
2. Quanto o estágio influenciou na sua formação clínica?
3. Quanto o estágio influenciou na sua formação cirúrgica?
4. Quanto o estagio influenciou na sua formação no relacionamento médico-paciente?
5. Quanto o estagio influenciou no desenvolvimento de sua capacidade de realizar diagnóstico?
6. Quanto o estagio influenciou no desenvolvimento da sua autoconfiança?
7. Recomenda a continuidade do estagio Sim Não
8. Há quanto tempo terminou a residência?
9. Exerce oftalmo Sim Não
Consultório próprio Sim Não
Ou associado Sim Não
Rede Pública Sim Não
Trabalha para outros oftalmologistas Sim Não

ATENÇÃO NA QUESTÃO 09 AS RESPOSTAS PODEM SER MÚLTIPLAS.

ANEXO 2



QUESTIONÁRIO FUNCIONÁRIOS

Questionário: Percepção dos funcionários sobre o serviço oftalmológico de Divinolândia-SP

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a percepção dos funcionários do Centro Oftalmológico “Prof.Dr.Newton Kara-José”, quanto a sua satisfação com o serviço. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário sobre suas percepções com o serviço.

1. Há quanto tempo está no serviço?
2. Quantos empregos tiveram antes? Quanto tempo ficou em cada?
Nenhum Sim tempo
3. Qual sua satisfação com o serviço
4. O que mais lhe agrada em relação ao ambiente de trabalho?
Ruim Regular Bom muito bom
5. Quanto você sente que seu trabalho é útil para a comunidade?
Ruim Regular Bom Muito Bom
6. O que mais lhe desagrada?
7. Você se sente prestigiado no serviço?
Sim Não
8. Quanto você é estimulado para melhorar seu desempenho?
Ruim Regular Bom Muito Bom
9. Quanto você compreende as dificuldades e sofrimento dos pacientes?
Ruim Regular Bom Muito Bom
10. Você acha que o atendimento está melhorando?
 Sim Não
11. Qual seu grau de relacionamento com os médicos
Ruim Regular Bom Muito Bom

12. 12-Já teve desavenças graves com chefias, colegas e ou médicos
 Sim Não
13. Qual seu grau de relacionamento com os pacientes?
Ruim Regular Bom Muito Bom
14. Como você classifica o relacionamento do médico com o paciente?
Ruim Regular Bom Muito Bom
15. Como você classifica o tratamento dos pacientes pelos funcionários?
Ruim Regular Bom Muito Bom
16. Você recomendaria o serviço para os seus parentes e amigos?
17. Como você classifica a eficácia do serviço?
Ruim Regular Bom Muito Bom

ANEXO 3



ESCLARECIMENTOS

Esclarecemos, para devidos fins, que a pesquisa em questão será utilizada para realização de tese de Doutorado, que visa à avaliação da percepção de ex-residentes e funcionários sobre serviço Oftalmológico de Divinolândia-SP.

O questionário é autoaplicável, com questões fechadas, e será entregue pessoalmente para os funcionários, junto com o termo de consentimento esclarecido.

Aos médicos pesquisados será enviado por e-mail, junto com o termo de consentimento esclarecido. Nestes casos, ele deverá ser respondido e enviado também por correio eletrônico para a pesquisadora no endereço eletrônico oftalmologia@conderg.org.br.

Solicitamos, no caso acima, que se tome cuidado com o manuseio do arquivo para manutenção da integridade do questionário.

Qualquer dúvida sobre o preenchimento do questionário poderá ser encaminhada a pesquisadora. Caso haja problemas no recebimento ou envio do arquivo, solicito entrar em contato no telefone (19) 36638000.

Gostaríamos de enfatizar que a simples resposta ao questionário, no caso enviado por correio eletrônico, já presume o aceite da participação da pesquisa e dispensa a assinatura do termo de consentimento.

Caso haja vontade dos médicos pesquisados e funcionários, estes poderão solicitar a cópia do projeto de pesquisa ou da tese, neste caso após a conclusão da mesma.

Desde já agradecemos a colaboração.

Pesquisador

Maria Cecília Machado
Contato (19)36638000
cecilia@conderg.org.br

ANEXO 4



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Eu. _____

Declaro ter lido e compreendido o presente termo de consentimento para a participação na pesquisa sobre a avaliação da Percepção dos ex-residentes e funcionários sobre o serviço de Oftalmológico de Divinolândia que informa o seguinte:

1. Estou permitindo a participação, de livre e espontânea vontade, de uma pesquisa que tem como objetivo a avaliação da percepção dos ex-residentes e funcionários sobre o serviço de Oftalmológico de Divinolândia.
2. Será respondido um questionário autoaplicável, com duração de aproximada de 10 minutos.
3. Quaisquer informações obtidas com o questionário serão mantidas em sigilo, a descrição das mesmas em publicações científicas não identificará a pessoa examinada.
4. Estou ciente de que os questionários a serem aplicados me foram explicados com clareza.
5. Tenho a liberdade de desistir da participação a qualquer momento e sem prejuízos, se assim desejar, bastando para isso comunicar minha decisão aos pesquisadores.
6. Tenho também a garantia de esclarecimentos oportunos, quando julgar necessário.
7. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Caixa Postal 6111.CEP 13083-887.Campinas-SP.Fone(19) 3521-8836, Fax (19)3521-7187 ou e-mail:cep@fcm.unicamp.br

Data _____ de _____ de _____

Pesquisador

Pesquisado

Pesquisador

Maria Cecília Machado
Contato (19)3663.8000
cecilia@conderg.org.br

ANEXO 5



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☎ www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 23/03/10.
(PARECER CEP: Nº 520/2006)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E DA PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE O SERVIÇO SATÉLITE DE OFTALMOLOGIA DA UNICAMP EM DIVINOLÂNDIA".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Cecília Machado

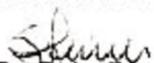
II - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto "PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS OFTALMOLOGISTAS E FUNCIONÁRIOS SOBRE O SERVIÇO OFTALMOLÓGICO DE DIVINOLÂNDIA – SÃO PAULO", referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III - DATA DA REUNIÃO.

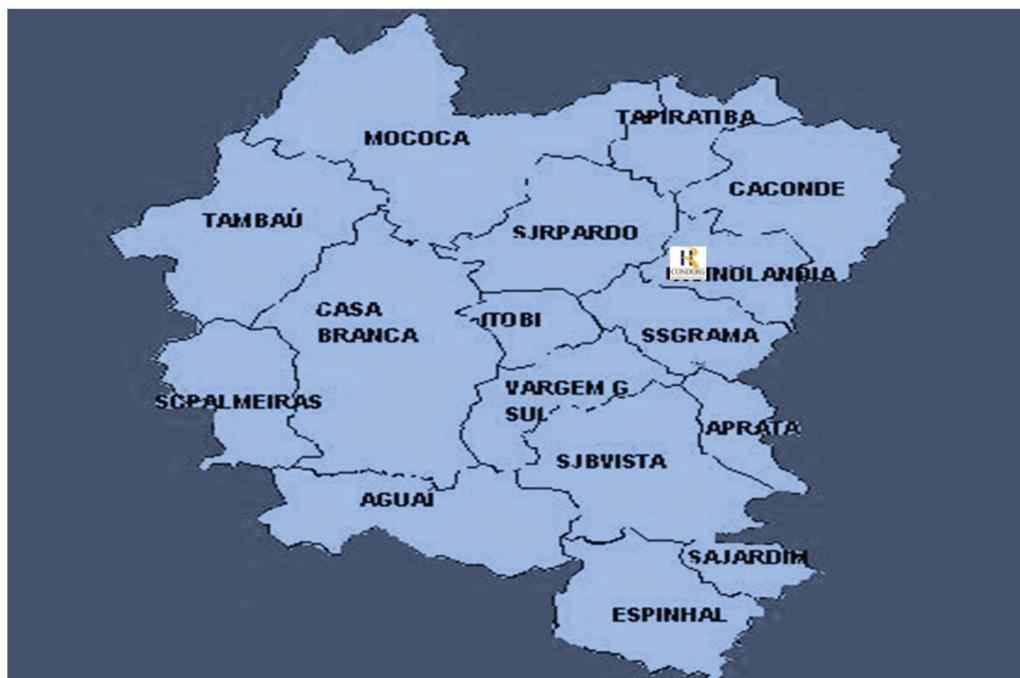
Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de março de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13063-970 Campinas, SP

FONE (019) 3521-8934
FAX (019) 3521-7187

ANEXO 6



ANEXO 7

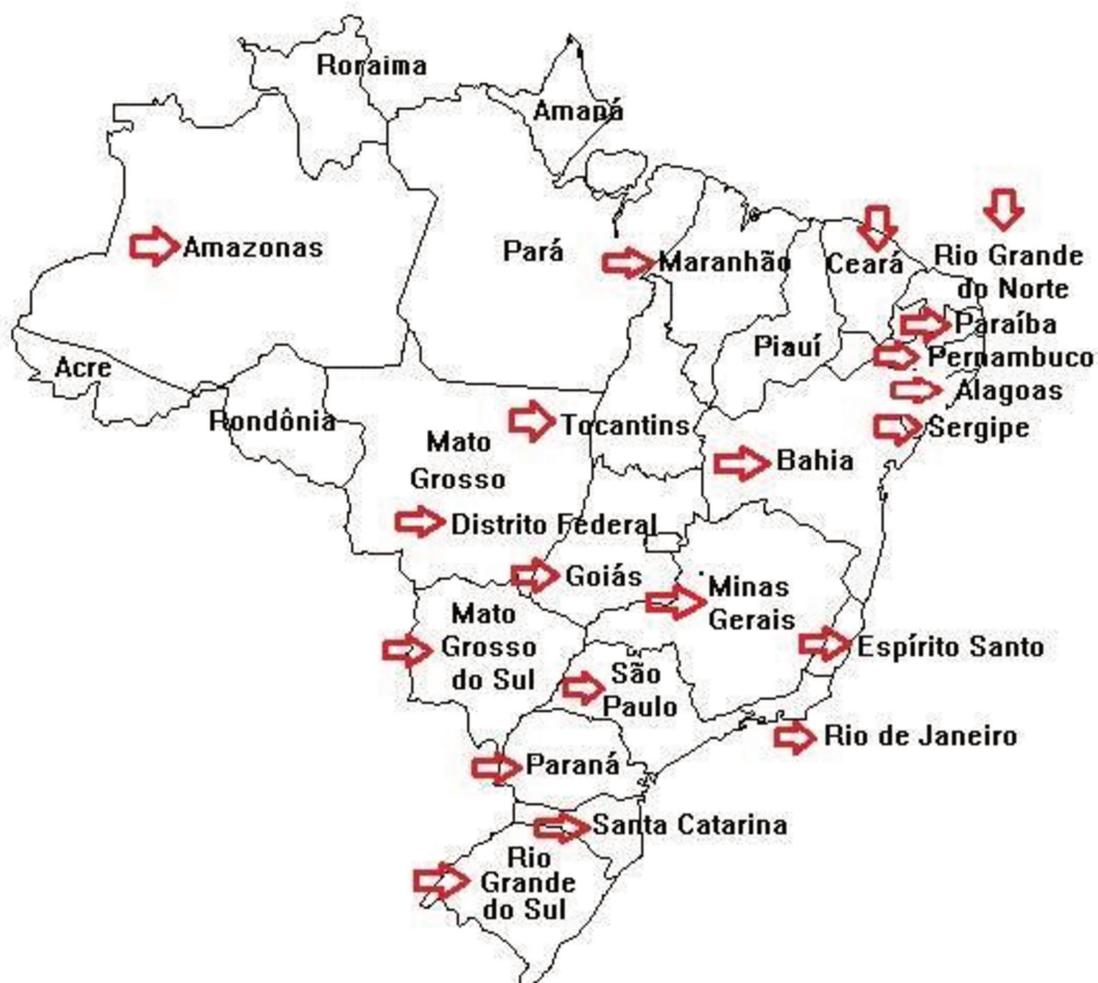


CENTRO OFTALMOLÓGICO PROF. DR. NEWTON KARA-JOSÉ



ANEXO 8

MAPA DOS ESTADOS BRASILEIROS COM ATUAÇÃO DOS EX-RESIDENTES



ARTIGO PUBLICADO

A study of pent-up demand in ophthalmology: Divinolândia Hospital/Unicamp

Estudo da demanda reprimida em Oftalmologia: Hospital de Divinolândia/Unicamp

Maria Cecília Machado¹, Newton Kara-José², Carlos Eduardo Leite Arieta³, José Leonardo Garcia Lourenço⁴, Regina de Souza Carvalho⁵

ABSTRACT

Objective: To assess the waiting time for eye care identifying the number of patients with each complaint; to investigate how the waiting time may worsen the patient's condition; to check the screening of urgent cases for effectiveness; and to devise means of increasing the medical-surgical care capacity. **Methods:** A retrospective descriptive survey was conducted using data obtained on 12 occasions during collaborative team visits to provide eyecare services. These initiatives were designed to decrease the waiting time and to treat urgent cases that occurred on each occasion; eyecare services were provided every Saturday, in the period from June to August 2006, in 16 cities of the region covered by Conderg (Consortium for the Development of the São João da Boa Vista Administrative Region). **Results:** Referrals used 1,743 (87.1%) of the 2,000 places available. The most frequent diagnoses were refractive errors, with 683 cases, corresponding to 39.1% of the total, followed by cataracts, with 296 cases, corresponding to 20.9%. Of the 238 surgeries indicated, 54.6% were phakectomies. Thirty-five (2.0%) cases were considered urgent. **Conclusion:** The most common diagnoses made during the team visits to manage the excess demand for eyecare were refractive errors and cataracts, which, together, accounted for the majority of the cases. The Divinolândia Hospital has the necessary human and material resources to meet the demand left unattended by the local SUS network. Immediate referral of urgent cases by the primary units' screeners proved effective.

Keywords: Health services needs and demand; Waiting lists; Medical care; Eyehealth; Primary health care

RESUMO

Objetivo: Avaliar a fila de espera pelo atendimento oftalmológico detectando os problemas oculares; estudar o agravamento que esta espera pode acarretar ao paciente; verificar a eficácia na triagem dos casos de urgência e averiguar a possibilidade de aumento da capacidade de atendimento clínico e cirúrgico. **Metódos:** Foi realizada pesquisa retrospectiva e descritiva dos dados obtidos durante 12 mutirões de atendimento oftalmológico. Os mutirões foram realizados com a intenção de diminuir a fila de espera e atender as urgências que surgiram nos dias de atendimento; ocorreram aos sábados durante os meses de junho a agosto no ano de 2006, em 16 municípios da região do Conderg (Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de São João da Boa Vista). **Resultados:** Das 2.000 vagas disponibilizadas, foram utilizadas 1.743 (87,1%) dos encaminhados. Nos diagnósticos realizados se destacam os vícios de refração com 683 casos, correspondendo a 39,1 % seguido de catarata com 296, correspondendo a 20,9. Das 238 cirurgias indicadas, 54,6% foram de facectomia. Foram detectados 35 casos (2,0%) considerados como urgência. **Conclusão:** Nos diagnósticos realizados durante os mutirões de atendimento à demanda reprimida, destacaram-se os vícios de refração e catarata; que somados representaram a maioria dos problemas detectados. O Hospital de Divinolândia tem recursos humanos e materiais para atender a demanda gerada, e não absorvida pelo SUS local. O encaminhamento imediato das urgências pelos triadores dos postos de saúde mostrou-se eficaz.

Descritores: Necessidades e demandas de serviços de saúde; Listas de espera; Atendimento médico; Saúde ocular; Atenção primária à saúde

¹ Master in Medical Sciences from the Faculty of Medical Sciences, Universidade de Campinas (UNICAMP) and Head Nurse of the Eye Clinic of Divinolândia – Divinolândia (SP), Brazil;

² Professor Emeritus of Ophthalmology, Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP); Medical College, Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brazil;

³ Lecturing professor from the Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brazil;

⁴ Clinical Ophthalmologist certified by the Brazilian Ophthalmology Board and member of the Clinical Ophthalmology staff at the Divinolândia Regional Hospital – Divinolândia (SP), Brazil;

⁵ Qualified Educationist specializing in rehabilitation of visually impaired and PhD in Medical Sciences from the Medical College, Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP) Brasil.

Research conducted at the Eye Clinic of Divinolândia, CONDERG Regional Hospital / UNICAMP. Partially funded by the CONDERG - Divinolândia Regional Hospital

The authors declare no conflicts of interest

Recebido para publicação em: 27/2/2012 - Aceito para publicação em: 30/5/2012

INTRODUCTION

The Brazilian public healthcare system is characterized by long waiting lists for appointments, tests and surgeries, a shortage of hospital beds, and insufficient human resources⁽¹⁾. At most units, the demand exceeds the capacity to provide services, resulting in pent-up demand.

The long wait for eyecare may cause patients to suffer vision loss, which decreases their quality of life. It is worth mentioning that urgent ophthalmological conditions are at risk of worsening and, therefore, should be diagnosed and treated as soon as possible. Factors influencing the visual prognosis include the access to medical care, the waiting time and the procedure performed⁽²⁾.

In 1985, an attempt was made to improve public healthcare services in a region of the state of São Paulo through the implementation of the CONDERG Consortium (Consortium for the Development of the São João da Boa Vista Administrative Region). In the field of healthcare, an intercity consortium is an association of city governments to implement joint activities related to their populations' health promotion, protection and recovery. This is a very valuable tool to maximize the efforts developed, avoiding dispersion of financial, human, and material resources and optimizing the use of locally available means⁽³⁾.

In order to cover the demand for eyecare services in the region of CONDERG, in addition to other purposes, the Eyecare Clinic of the Divinolândia Regional Hospital was created in 1987, supported by a partnership with the Ophthalmology Department of the University of Campinas-Unicamp⁽⁴⁾. Currently, the clinic provides secondary and tertiary care to the population of the sixteen cities participating in the Consortium. It also contributes positively to the education of resident physicians from Unicamp, proving that it is feasible to extend the reach of the teaching hospital services⁽⁵⁾.

To achieve these goals, the clinic has invested, over the past few years, in human and material resources, using funds from various sources, namely⁽⁶⁾:

- financial resources reallocated by CONDERG cities' government from the public healthcare system (SUS) budget;
- resources managed by the São Paulo State Healthcare Agency;
- resources from partnership agreements with the mayors of some cities in Minas Gerais.

However, demand remains greater than service capacity, and the main reason for this difference is the limitation on funding imposed by the government⁽¹⁾. A major public health challenge is to assess the damage caused by this situation and plan for providing comprehensive care to the population.

The objectives of this survey were to assess the waiting time for eye care, identifying the individual complaints; to check the screening of urgent cases for effectiveness; and to investigate the potential for increasing the medical-surgical care capacity.

METHODS

A retrospective descriptive survey was conducted using data obtained on 12 occasions during collaborative team visits to provide eye care services. These initiatives were designed to decrease the waiting time and to treat urgent cases; eyecare services were provided every Saturday, in the period from June to August 2006, in 16 cities of the region covered by CONDERG. There were, in total, 12 efforts over the 3-month period, totaling 2,000 possible consultations.

The project did not interfere with routine care, which is made from Mondays to Fridays.

The routine eye care in the 16 cities involved usually starts at the primary care units. After screening by properly trained nurses (12-hour theoretical course plus 16-hour practical training)⁽⁶⁾, urgent cases are immediately referred to the Eye Clinic of Divinolândia. Non-urgent cases are scheduled for evaluation according to the daily capacity of each unit. The sample for this survey includes patients in the waiting queue (unmet demand) and the urgent cases emerging on the task force days.

Diagnoses were recorded by doctors on the patients' medical files, together with the surgical indication and/or corrective lenses prescription.

The study was approved by the Ethics Committee of the Divinolândia Regional Hospital under the number 002/2010.

The information obtained was entered into a database using a Windows (Vista) application. The results were presented in tables and graphs (Excel-Windows).

RESULTS

Of the 2,000 appointments available for ophthalmic care, 1,743 (87.1%) patient consultations were effectively performed.

The most common diagnoses were refractive errors, with 683 (39.1%) cases, and cataracts, with 309 (17.7%) cases; together, these accounted for 56.8% of the problems detected (Table 1).

Table 1
Number of patients with each condition during the 2006 task force period at the Divinolândia Regional Hospital (n=1,743)

Diagnosis	n	%
Refractive errors	683	39.1
Cataracts	309	17.6
Glaucoma	113	6.4
Pterygium	112	6.3
Blepharitis / meibomitis	98	5.6
Diabetic retinopathy	86	4.9
Dermatochalasis	52	2.9
Strabismus	39	2.2
Hypertensive retinopathy	15	0.8
Ectropion	14	0.7
Obstruction of lacrimal passages	11	0.6
Trichiasis	11	0.6
Other *	97	6.2
No changes	46	2.6
Total	1,743	100.0

* Fewer than 10 cases: allergic conjunctivitis, macular degeneration, conjunctivitis, chronic sequelae of trauma, uveitis, xanthelasma, corneal foreign body, pingueculitis, non-perforating injury, amblyopia, ptosis, blepharospasm, keratitis, keratoconus, macular scarring, entropion, subconjunctival hemorrhage, optic neuritis, occlusion of central retinal vein, central waxy retinopathy, congenital cataracts, orbital cellulitis, retinal detachment, macular edema, vitreous hemorrhage, leucoma, molluscum contagiosum, ocular perforation, ocular proptosis, retinoschisis, corneal ulcer.

Table 2
Types of surgeries performed during the 2006 task force period at the Divinolândia Regional Hospital (n = 238)

Indicated and performed surgeries	n	%
Cataract surgery	130	54.6
Excision of pterygium	70	29.4
Eye plastic surgery	38	16.0
Total	238	100.0

Of the 238 surgical procedures indicated, 54.6% were cataract surgery, followed by excision of pterygium (29.4%) and plastic surgery of the eyes (16.0%). The surgeries were performed within three months. In total, 810 (46.5%) corrective glasses were prescribed, from which 683 (39.1%) patients had an initial diagnosis of refractive error and 127 (7.9%) underwent prior clinical treatment.

Table 3
Diagnoses of the 35 urgent cases seen during the 2006 task force period at the Divinolândia Regional Hospital

Diagnosis	n	%
Dacryocystitis	11	31.5
Corneal foreign body	6	17.0
Trauma, non perforating	5	14.5
Keratitis	2	5.5
Optic neuritis	2	5.5
Central retinal vein occlusion	2	5.5
Corneal ulcer	2	6.0
Retinal detachment	1	3.0
Vitreous hemorrhage	1	3.0
Ocular perforation	1	3.0
Retinoschisis	1	3.0
Orbital cellulitis	1	3.0
Total	35	100.0

Urgent cases requiring immediate care included: Corneal foreign body, non perforating trauma, keratitis, optic neuritis, central retinal vein occlusion, orbital cellulitis, retinal detachment, vitreous hemorrhage, ocular perforation, retinoschisis, corneal ulcer and dacryocystitis, n = 35 (2.0%).

DISCUSSION

The most frequent diagnoses made during the task force efforts to meet the pent-up demand in the region of CONDERG were refractive errors (39.1%) and cataracts (17.7%) (Table 1). It should be mentioned that, worldwide, uncorrected refractive errors are among the main causes of low vision and blindness, despite the fact that they require very simple medical interventions, almost always completely effective^(7,8).

However, for their effective resolution the patient must be aware of his/her low visual acuity. Individuals will not seek medical help until they clearly perceive their vision is unsatisfactory. The next step is to facilitate access to an ophthalmologist and also to purchase glasses. One of the most important barriers is the lack of access to healthcare and to corrective interventions⁽⁹⁾. Fighting these barriers depends on

healthcare policies that provide patients in need with access to ophthalmologic exams and corrective lenses, either free or at affordable prices⁽¹⁰⁾. Such barriers are found even in developed countries and are a reason for concern both of the World Health Organization (WHO) and the Vision 2020 program⁽¹¹⁾. In the U.S. it is estimated that 11 million individuals who need to correct refractive errors use no optical correction⁽¹²⁾. In Brazil this number is expected to be much higher because about 80.0% of the population depends solely on the SUS, which, despite much progress, still suffers from a chronic lack of resources⁽¹³⁾.

Reports show that about 30.0% of the patients seen at Unicamp do not follow their prescription for economic reasons⁽¹⁴⁾. In the region of CONDERG the barrier to the acquisition of glasses has been overcome since 1987, when patients started to have access to free or affordable eyeglasses. As of 2007, 46,000 pairs of glasses had been delivered⁽¹⁵⁾.

The number of eyeglasses prescribed, i.e. 810 (46.5%), was higher than the number of cases diagnosed as refractive errors (39.1%), due to the need for glasses in patients treated for other eye disorders. Repeated visual acuity tests should be performed in patients treated for any other condition.

These findings are similar to those from other studies conducted in our country in three different periods: Kara-Jose et al. in 1990⁽¹⁶⁾; Arieta et al. in 2003⁽¹⁷⁾ and Arieta et al. in 2009⁽¹⁸⁾ - and show that uncorrected refractive errors and non operated cataracts are still the most common eye problems.

The fact that these problems persist, in the region of CONDERG, despite the assistance provided by the ophthalmologic clinic of Divinolândia leads to the hypothesis that part of this demand could come from areas outside the Consortium, where people have been attracted by the special conditions offered by the clinic.

However, increased demand for eye care may also be related to the high degree of satisfaction of users, managers and staff with the level of healthcare provided in partnership with UNICAMP⁽⁵⁾.

A survey conducted in 2010 on users' perception of the care provided at the Eye Clinic of Divinolândia showed that user satisfaction is directly related to how well the needs of the population are met, universal access capabilities, and high rates of problem resolution and free distribution of eyeglasses⁽⁵⁾. It should be noted that the Divinolândia Hospital has received several awards from the Ministry of Health for the services rendered. The first was in 2001, when CONDERG ranked #7 among 1421 hospitals in the Hospital Quality category. In 2010, CONDERG again ranked #7 among 630 hospitals assessed by the state Healthcare Agency for the same category⁽¹⁹⁾.

In Divinolândia, the need for the collaborative task forces was driven primarily by the limited number of daily consultations offered by the SUS. The 12 task force initiatives were able to eliminate the pent-up demand and to treat, over the 3-month period, all the medical and surgical cases, without interfering with the usual routine. While the service capacity is not increased, these initiatives will remain mandatory to avoid any worsening of eye condition due to excessive waiting time.

In this study, 309 (17.6%) patients were diagnosed with cataracts - 179 had no surgical indication and 130 underwent phakectomy (Table 2). Over the past several years, Brazil has maintained a very low, flat rate of cataract surgery, which leads to the assumption that many patients remain unassisted. The country has the necessary resources and capacity in place to immediately increase the number of surgeries⁽²⁰⁾. The achievement of this goal requires funding and the contribution of partners, such as professional associations and universities, not only

to increase the number of surgical procedures, but also to control their quality and the post-operative care⁽²¹⁾.

Among the 1,743 cases treated by the task forces, 35 cases (2.0%) were considered as requiring urgent management (Table 3). This result matches the screening performed by nurses in primary care units of CONDERG, where there were 2.8% urgent cases per day over a 2-month period, suggesting that the screening system was efficient.

Understanding the major complaints and eye problems in a given area helps to plan for the appropriate use of public resources and to design strategies directed to decrease and control of visual loss and blindness⁽²²⁾.

The provision of eye care should be planned and organized as part of a system, where problems are identified allowing the creation of plans to solve them as well as the definition of the necessary resources to carry out its activities and the scheduling of tasks of different levels of complexity to be performed⁽²³⁾.

The data provided by this survey were useful in restructuring the Divinolândia Hospital, where the new facilities are almost ready and will allow an increase of approximately 20.0% in the service capacity.

CONCLUSION

Within the conditions of this survey, we conclude that: the most common diagnoses made during the task force efforts to manage the excess demand for eyecare were refractive errors and cataracts, which accounted, together, for the majority of the cases. And, immediate referral of urgent cases by the primary units' screeners proved effective.

Suggestions: 1) organize a network of primary care units to manage cases of refractive errors and perform cataract surgery, and 2) increase funding to the Divinolândia Hospital to cover the regional demand.

REFERENCES

- Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SL, Ferraz CA, Dallora ME, Sá MF. 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 (Ribeirão Preto)*. 2003;36(2/4):498-515.
- Kara Júnior N, Zanatto MC, Villaça VT, Nagamati LT, Kara-José N. Aspectos médicos e sociais no atendimento oftalmológico de urgência. *Arq Bras Oftalmol*. 2001;64(1):39-43.
- Conferência Nacional de Saúde On-Line. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde [Internet]. [citado 2010 Abr 11]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosauade.htm>
- Convênio celebrado entre Unicamp e Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de São João da Boa Vista – CONDERG. Processo nº 9311/87. Divinolândia: CONDERG; 1988.
- Machado MC, Medina FM, 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.
- Kara-José N, Arieta CE. Criação de serviços oftalmológicos de referência. In: Kara-José N, Delgado AM, Arieta CE, Rodrigues ML, Alves MR. Prevenção da cegueira por catarata. Campinas: Unicamp; 1996. p. 71-6.
- Dineen BP, Bourne RR, Ali SM, Huq DM, Johnson GJ. Prevalence and causes of blindness and visual impairment in Bangladeshi adults: results of the National Blindness and Low Vision Survey of Bangladesh. *Br J Ophthalmol*. 2003;87(7):820-8.
- Kempner JH, Mitchell P, Lee KE, Tielsch JM, Broman AT, Taylor HR, Ikram MK, Congdon NG, O'Colmain BJ; Eye Diseases Prevalence Research Group. The prevalence of refractive errors among adults in the United States, Western Europe, and Australia. *Arch Ophthalmol*. 2004;122(4):495-505. Erratum in: *Arch Ophthalmol*. 2005;123 (10):1314.
- Carricondo PC, Kara-José N. Barreiras à correção óptica: cultural, mitos, educacional. In: Kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. p. 296-8.
- Machado MC, Kara-José N. Acesso à correção óptica: experiência de óptica em hospital público de Divinolândia – SP. In: Kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. p. 304-5.
- Thylefors BA. A global initiative for the elimination of avoidable blindness. *Community Eye Health*. 1998;11(25):1-3.
- Vitale S, Cotch MF, Sperduto RD. Prevalence of visual impairment in the United States. *JAMA*. 2006;295(18):2158-63.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar [Internet]. [citado 2009 Fev 6]. Disponível em: www.ans.gov.br.
- Kara-José N, Senne FM, Arieta CE, Delgado AM. Banco de óculos e laboratório óptico. *Arq Bras Oftalmol*. 1996;59(3):316-8.
- Machado MC, Lourenço JL, Figueiredo W, Kara-José N. Óculos de baixo custo: experiência em Divinolândia (SP). *Arq Bras Oftalmol*. 2010;73(1):57-9.
- Kara-José N, Contreras F, Campos MA, Delgado AM, Mowery RL, Ellwein LB. Screening and surgical intervention results from cataract-free-zone projects in Campinas, Brazil and Chimbote, Peru. *Int Ophthalmol*. 1990;14(3):155-64.
- Arieta CEL, Nicolini Delgado AM, José NK, Temporini ER, Alves MR, de Carvalho Moreira Filho D. Refractive errors and cataract as causes of visual impairment in Brazil. *Ophthalmic Epidemiol*. 2003;10(1):15-22.
- Arieta CEL, de Oliveira DF, Lupinacci AP, 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.
- Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde [Internet]. [citado 2010 Maio 5]. Disponível em www.saude.sp.gov.br.
- Kara-José N, Bicas HE, Carvalho RS. Cirurgia de catarata: necessidade social. São Paulo: C&D; 2008. p. 131-7.
- Kara-José N, Rodrigues ML, Carvalho RS. Considerações finais. In: Kara-José N, Rodrigues ML. Saúde ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009. p. 429-34.
- Vargas MA, Rodrigues ML. Perfil da demanda em um serviço de oftalmologia de atenção primária. *Rev Bras Oftalmol*. 2010;69(2):77-83.
- Carazo V, Rico Velasco J, Beltránena F, Quesada T. Evaluating the conditions of efficiency. In: Carazo V, Rico Velasco J, Beltránena F, Quesada T. Guías para gerencia de servicios de atención ocular. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1986.

Autor correspondente:

Maria Cecília Machado
Rua Leonor Mendes de Barros, 501
CEP13780-000 - Divinolândia (SP), Brasil
Fax: (11) 3816-2287
E-mail: cecilymachado@yahoo.com.br

Sociedade Brasileira de Oftalmologia

Rua São Salvador, 107
22231-170 Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (55 21) 3235-9220
Fax: (55 21) 2205-2240



sbo@sboportal.org.br