



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Marcelo Abrão Rezende

IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Medicina.

Orientadora: Profa. Titular Silvana Artioli Schellini

Botucatu
2017/2018

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO”**

Marcelo Abrão Rezende

**IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA ATENDIMENTO
OFTALMOLÓGICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Medicina.

Orientadora: Profa. Titular Silvana Artioli Schellini

Botucatu
2017/2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TEC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO - CRB 8/7500

Rezende, Marcelo Abrão.

Identificação de barreiras para atendimento oftalmológico dentro do Sistema
Único de Saúde / Marcelo Abrão Rezende. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita
Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvana Artioli Schellini

Capes: 40101177

1. Serviços de saúde ocular. 2. Cegueira. 3. Acesso aos serviços de saúde.
4. Sistema Único de Saúde (Brasil).

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Barreiras aos serviços
oftalmológicos; Cegueira; Serviços de Saúde Ocular; Sistema Único de Saúde.

Marcelo Abrão Rezende

**IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA ATENDIMENTO
OFTALMOLÓGICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Associado à Residência Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Artioli Schellini

Comissão examinadora

Profa. Dra. Silvana Artioli Schellini
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Dr. Mitsuo Hashimoto
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Dra. Denise Fornazari de Oliveira
Universidade Estadual de Campinas

Dr. Edson Nacib Jorge
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Dr. Jayter Silva de Paula
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Botucatu, 04 de Junho de 2018

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Marcos e Marta, e à minha irmã Marília, que sempre estiveram ao meu lado para superar os desafios que a vida proporciona.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos que de alguma maneira me ajudaram a concluir esse trabalho.

À Professora Titular Silvana Artioli Schellini, que mesmo distante fisicamente, estava tão perto, me ensinando e incentivando em cada etapa do projeto. Ensinando não só a melhor forma de redigir e argumentar cada parágrafo, mas também a essência de uma grande professora apaixonada pelo que faz.

À Juliana Martins Bento de Souza, minha namorada, por me dar amor, força e me apoiar diariamente.

Ao Professor Carlos Roberto Padovani pelo seus ensinamentos e ajuda no tratamento estatístico dos dados desse projeto.

À Flávia Gonçalves de Oliveira pelo auxílio em várias etapas desse projeto e por ajudar a zelar e manter nossa Unidade Móvel Oftalmológica.

Aos meus professores e chefes do departamento de Oftalmologia que me ensinam a gostar cada dia mais da profissão que escolhi.

Aos meus colegas de residência pelo companheirismo e pelos momentos vividos durante esses anos de aprendizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

RESUMO

Rezende, M.A. Identificação de Barreiras para Atendimento Oftalmológico dentro do Sistema Único de Saúde. 2018.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

Introdução: O atendimento oftalmológico prestado pelas diferentes cidades no território nacional difere na oferta de serviços e complexidade. Além disso, a oftalmologia é uma especialidade altamente dependente de equipamentos para a prestação da assistência. Assim, os municípios menores e com menos recursos, muitas vezes, ficam desassistidos. Nesse sentido, a atuação de unidades móveis oftalmológicas (UMO) equipadas para a realização de exames refracionais poderiam reduzir a demanda para serviços terciários e reduzir algumas das barreiras para o atendimento oftalmológico dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, mesmo com o atendimento prestado pela UMO e encaminhamento dos casos mais complexos ao serviço terciário, alguns pacientes não comparecem ao serviço de referência.

Objetivo: Verificar as causas para a não adesão ao encaminhamento ao serviço de referência para tratamento das possíveis causas de cegueira/deficiência visual, detectadas na comunidade por meio de triagem oftalmológica realizada pela UMO.

Material e Métodos: Estudo prospectivo e observacional realizado com pacientes atendidos pela UMO em 10 municípios do centro-oeste paulista no ano de 2015. Após atendimento realizado pela UMO nos municípios, os pacientes que necessitaram de cuidados no nível terciário foram encaminhados para o centro de referência da região, o Hospital das Clínicas de Botucatu (HC-FMB). Porém, alguns pacientes não aderiram ao encaminhamento e estes foram o objeto deste estudo. Procurou-se identificar os motivos de não adesão e as barreiras para o atendimento oftalmológico através de duas diretrizes: (1) análise comparativa dos dados dos pacientes encaminhados e dos pacientes que não compareceram ao serviço de referência; (2) aplicação de um questionário aos indivíduos faltosos, localizados através de busca ativa. A busca ativa foi realizada com auxílio das Secretarias de Saúde dos respectivos municípios e do serviço social do HC-FMB ou por meio de contato telefônico direto com o indivíduo faltoso. Além disso, foram utilizados dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para avaliação das condições de assistência oftalmológica de cada um dos municípios participantes. Análise estatística realizada no SPSS 22.0, considerado significativo $p < 0,05$.

Resultados: Foram atendidos 1928 indivíduos pela UMO, sendo encaminhados 714 (37,0%) ao serviço especializado. Dos pacientes encaminhados, 227 (31,8%) não compareceram ao serviço referenciado.

A média de idade dos pacientes encaminhados foi de $57,12 \pm 19,53$ anos, sendo 59,9% do sexo feminino, com acuidade visual (AV) corrigida no melhor olho de $0,37 \pm 0,36$ logMAR, sendo 47 (6,6%) cegos e 185 (26,5%) deficientes visuais. Entre os pacientes que não compareceram, a média de idade foi de $56,08 \pm 16,23$, sendo 62,9% do sexo feminino, com a AV com correção no melhor olho, de $0,36 \pm 0,22$ logMAR, sendo 12 (5,4%) cegos e 48 (21,6%) deficientes visuais. Entre os 12 pacientes que preenchiam os critérios para cegueira e que não compareceram ao encaminhamento, 10 (83,3%) apresentavam causas reversíveis de cegueira. A não adesão ao encaminhamento variou de 16,8% a 46,8% conforme o município de origem. Dos 227 pacientes que não compareceram ao serviço, 101 (44,5%) deveriam comparecer ao ambulatório de catarata; 67, (29,5%) ao ambulatório de plástica ocular/doenças externas; 34, (14,9%) ao ambulatório de glaucoma; 9, (3,9%) ao ambulatório de estrabismo; 8, (3,5%) ao ambulatório de retina; e 8 (3,5%) ao ambulatório de córnea. A busca ativa dos 227 pacientes que não compareceram ao atendimento referenciado localizou 140 (62%) pacientes. Os motivos de não comparecimento mais referidos pelos pacientes foram: 31 (22,1%) procuraram outro serviço (particular ou terciário), 17 (12,1%) outros motivos, 16 (11,4%) por doença/motivo que incapacita viajar, 15 (10,7%) faleceram ou mudaram de endereço ou cidade e 14 (10,0%), por não entenderem as explicações do médico.

Conclusão: A adesão ao tratamento oftalmológico, após o diagnóstico da condição ocular feito utilizando uma unidade móvel, é dependente de fatores relacionados ao próprio paciente ou relacionada a falta de conhecimento das afecções oftalmológicas que podem levar a cegueira. Há necessidade de campanhas de conscientização para que a adesão aos tratamentos propostos possa ser mais satisfatória.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Ocular; Cegueira; Acesso aos Serviços de Saúde; Barreiras aos serviços oftalmológicos, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Rezende, M.A. Identification of Barriers to Ophthalmologic Care in the Unified Health System. 2018.

Thesis (Master) – Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

Introduction: Different cities differ according to the offering of ophthalmic care services and complexity in the national territory. Ophthalmology is a specialty highly dependent on equipment for the provision of healthcare. Thus, smaller and less resourceful cities often remain unattended. In this sense, the operation of mobile ophthalmologic units (MOU) equipped for refractive exams could reduce the demand for tertiary services and reduce some of the barriers to ophthalmologic care within the Unified Health System (in Brazil, SUS). However, even with the assistance provided by the mobile units and the referral of the more complex cases to the tertiary service some patients do not attend the referral service.

Objective: To verify the causes of non-attendance to the referral service at the tertiary facility to treat possible causes of blindness / visual impairment detected in the community through ophthalmologic screening performed by the MOU.

Material and Method: Prospective and observational study was carried out with patients assisted by the MOU in 10 municipalities in the center-west of São Paulo in the year 2015. After care given by the MOU in the cities, the patients who needed care at the tertiary level were directed to the referral center of the region, the Hospital das Clínicas de Botucatu (HC-FMB). However, some patients did not adhere to the referral and these were the object of this study which was developed to identify the reasons for non-adhesion and the barriers to ophthalmologic care through two guidelines: (1) comparative analysis of data from patients referred and patients who did not attend the referral service; (2) application of a questionnaire to the faulty individuals, located through active search. The active search was carried out using the Health Secretariats of the respective municipalities and the HC-FMB social service and through direct telephone contact with the missing individual. In addition, demographic data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics were used to evaluate the ophthalmological assistance conditions of each of the participating municipalities. Statistical analysis was performed using SPSS 22.0, considering significant $p < 0.05$.

Results: One-thousand-nine hundred and twenty eight individuals were attended by the MOU being 714 (37.0%) referred to the specialized service. From the patients referred, 227 (31.8%) did not attend the referral. The mean age of the referred patients was 57.12 ± 19.53 years, 59.9% of which were female, with best correct visual acuity (BCVA) in the good eye of 0.37 ± 0.36 logMAR, of which 47 (6.6%) were blind and 185 (26.5%),

visual impaired. Among the patients who did not attend, the average age was 56.08 ± 16.23 , being 62.9% female, with BCVA in the good eye, of 0.36 ± 0.22 logMAR, being 12 (5.4%) blind and 48 (21.6%), visual impaired. Among the 12 patients who met the criteria for blindness and who did not attend to the referral, 10 (83,3%) presented reversible causes of blindness. Non-adherence to the referral ranged from 16.8% to 46.8% according to the municipality. Of the 227 patients who did not attend the service, 101 (44.5%) should attend the cataract outpatient clinic; 67, (29.5%) to the ocular plastic surgery clinic / external diseases; 34, (14.9%) to the glaucoma outpatient clinic; 9, (3.9%) to the strabismus clinic; 8, (3.5%) to the retina clinic; and 8 (3.5%) to the cornea clinic. With active search of the 227 patients who did not attend the service it was possible to identify 140 (62%) patients. The reason for non-attendance were: 31 (22.1%) decided to go to another service (private or tertiary), 17 (12.1%) other reasons, 16 (11.4%) for illness / reason that disables of travel, 15 (10.7%) died or changed their address or city and 14 (10.0%), because they did not understand the doctor's explanations.

Conclusion: The adherence to ophthalmologic treatment, after diagnosis of the ocular condition made using a MOU, is dependent on factors related to the patient or related to the lack of knowledge of the ophthalmological conditions that can lead to blindness. There is a need for awareness campaigns so that adherence to the proposed treatments may be more satisfactory.

Key words: Ocular Health Services; Blindness; Access to Health Services; Barriers to ophthalmological services, Unified Health System

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de
São Paulo.

18

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Pacientes atendidos, encaminhados pela UMO e que não compareceram ao HC-FMB no ano de 2015. 32
- Gráfico 2** – Relação “não comparecimento/encaminhamento” por cidade. 32
- Gráfico 3** – Relação “não comparecimento/encaminhamento” por cidade e distância até o centro de referência. 33
- Gráfico 4** – Relação “não comparecimento/encaminhamento” e renda familiar média por cidade. 34
- Gráfico 5** – Distribuição das causas de Cegueira e Deficiência Visual entre os pacientes encaminhados para o serviço terciário. 36
- Gráfico 6** – Pacientes encaminhados e pacientes que não compareceram ao serviço de referência. 37
- Gráfico 7** – Taxa de pacientes que não aderiram ao encaminhamento segundo subespecialidade oftalmológica. 37
- Gráfico 8** – Motivos de não adesão ao encaminhamento para o centro de referência. 40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Característica das cidades assistidas pela Unidade Móvel de Oftalmologia no ano de 2015.	31
Tabela 2 - Diagnósticos que levaram ao encaminhamento de pacientes atendidos pela unidade móvel oftalmológica ao HC-FMB no ano de 2015.	38

LISTA DE ABREVIATURAS

°	Grau
%	Porcentagem
=	Igual
>	maior
<	menor
±	maior ou menor
AV	Acuidade Visual
AVCC	Acuidade Visual com correlação
AVSC	Acuidade Visual sem correlação
BCVA	Best corrected visual acuity
DMRI	degeneração macular relacionada à idade
DOE	Diário Oficial do Estado de São Paulo
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
FAPESP	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo
HC-FMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machines
logMAR	Logarithm of the Minimum Angle of Resolution
MOU	Mobile Ophthalmic Units
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
SAS	Secretário de Atenção à Saúde
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UMO	Unidades Móveis Oftalmológicas
UNESP	Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
O Sistema Único de Saúde no Brasil	16
O atendimento oftalmológico e o sistema SUS	20
JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	25
OBJETIVOS	26
MATERIAL E MÉTODOS	27
Critérios de Inclusão	29
Critérios de Exclusão	29
Definições	29
Análise estatística	30
RESULTADOS	31
Pesquisa das barreiras para o não comparecimento ao serviço de referência	39
DISCUSSÃO	42
Dificuldade de contato e localização dos pacientes	42
Causas para a não adesão	43
Barreiras inferidas a partir da não adesão	45
Limitações e fatores que fortaleceram o estudo	46
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
ANEXOS	53
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP	53
Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	56
Anexo 3 – Carta de justificativa para realização do projeto entre as unidades de saúde.	57
Anexo 4 – Questionário aplicado aos indivíduos que não Compareceram	58

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde no Brasil

Com a promulgação da atual Constituição Federal, a saúde pública passou a ser direito de todo cidadão brasileiro e dever do Estado em promovê-la, como dispõe seu artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Assim, com a lei 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica de Saúde, reguladora do SUS e posteriormente regulamentada pela Lei nº 8.142/90, ficou estabelecida a transferência dos recursos para a saúde entre as esferas do governo e participação de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e parlamentares para avaliação e estabelecimento de diretrizes para a Política de saúde nos municípios, Estados e União (BRASIL, 1990).

O artigo 2º da lei 8.080/90 ratifica a ideia que o SUS é regido pelo princípio da universalização, sendo a saúde um direito de todos os brasileiros, a ser promovida como dever do Estado (BRASIL, 1990). Ainda, em seu artigo 7º, a referida lei dispõe:

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo [...]"

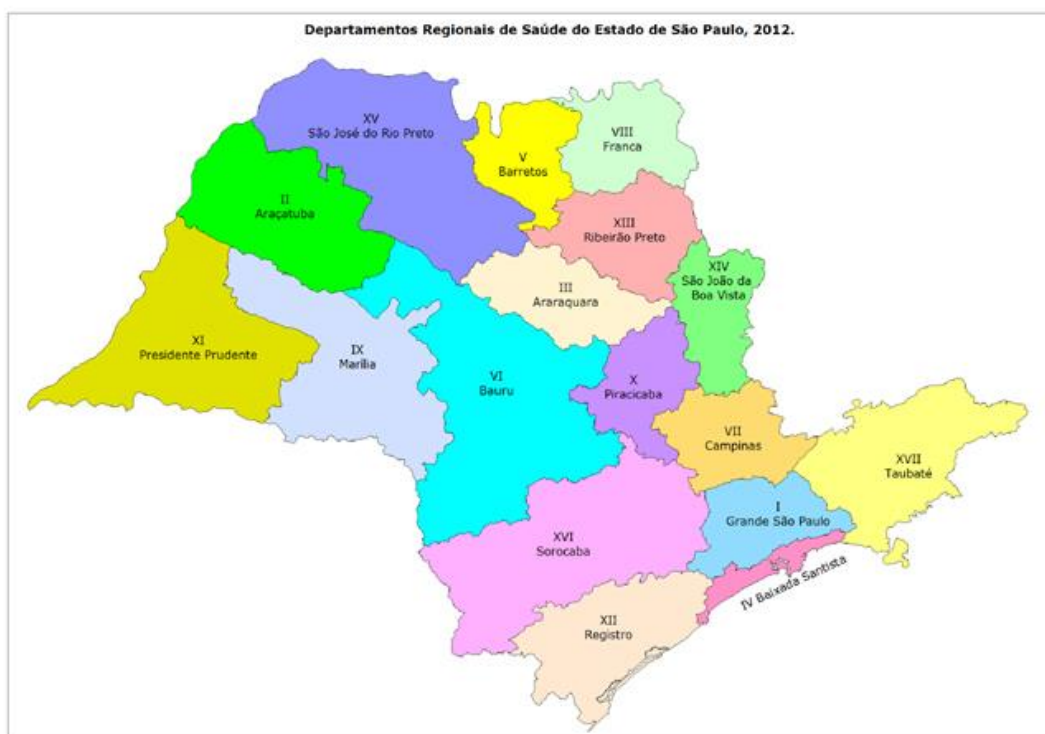
Com o estabelecimento da descentralização da saúde pública no Brasil, a Constituição, em seu artigo 195, definiu que o financiamento do SUS é realizado pelo orçamento da União, Estados, Distrito Federal e municípios. Com a aprovação da emenda Constitucional 29, em setembro de 2000, posteriormente regulamentada pela Lei Complementar nº 141 de 2012 ficaram definidas porcentagens mínimas de recursos investidos na saúde pública, pela União, Estados e Municípios, vinculando as receitas e estabelecendo normas de fiscalização e controle das despesas nas três esferas.

Sendo o Brasil, um país com área geográfica aproximada de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e, segundo pesquisa do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), com uma população de 207,7 milhões, a descentralização torna-se essencial para viabilizar a execução das políticas públicas relativas à saúde. Assim, a regionalização faz-se necessária, dada a dificuldade de impor-se normas gerais em um país tão extenso e desigual como o Brasil.

Por meio do Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 o Estado de São Paulo foi dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), para melhor articulação com os municípios e sociedade civil conforme demonstrado em mapa abaixo.

Figura 1 - Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo



Fonte: Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude> [Acessado em 18/04/2018] (SÃO PAULO, 2018).

A região de Botucatu pertence ao DRS VI, com central em Bauru e compreende os municípios de Águas de Santa Bárbara, Agudos, Anhembi, Arandu, Arealva, Areiópolis, Avaí, Avaré, Balbinos, Barão de

Antonina, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Bofete, Boracéia, Borebi, Botucatu, Brotas, Cabrália Paulista, Cafelândia, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Dois Córregos, Duartina, Fartura, Getulina, Guaíçara, Iacanga, Iaras, Igaraçu do Tietê, Itaí, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Lins, Lucianópolis, Macatuba, Manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Paulistânia, Pederneiras, Pereiras, Piraju, Pirajuí, Piratininga, Pongaí, Porangaba, Pratânia, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejupá, Torre de Pedra, Torrinha e Uru (Secretaria de Estado da Saúde. Regionais de Saúde).

Nos municípios pertencentes ao DRS VI, o atendimento oftalmológico difere na oferta de serviços e complexidade, principalmente por ser esta especialidade altamente dependente de equipamentos para a prestação da assistência. Para a identificação das principais doenças potencialmente causadoras de cegueira e deficiência visual, ou seja, os erros refracionais e a catarata, são necessários equipamentos oftalmológicos específicos, agregando custo a este atendimento (LIMA et al., 2015).

Ainda, após a identificação dos problemas, há necessidade de tratamento ambulatorial ou cirúrgico para uma parcela de problemas oculares.

O competitivo mundo moderno exige correção dos problemas visuais e boa acuidade visual (AV) para manutenção das atividades diárias, assim como para ocupar postos de trabalho. Acresce-se ainda o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, com maior participação no mercado de trabalho.

Desta forma, as necessidades de assistência médica e oftalmológica se ampliam.

O atendimento oftalmológico e o sistema SUS

Apesar da importância e de que a grande maioria das causas de cegueira e deficiência visual são preveníveis ou evitáveis, o atendimento oftalmológico ainda não está bem definido dentro do SUS.

Há necessidade de se ter profissionais treinados e oftalmologistas dentro das unidades básicas de saúde para que se possa melhorar os resultados no tocante ao atendimento oftalmológico no SUS. Ademais, o atendimento oftalmológico se faz com equipamentos especiais, muitas vezes indisponíveis em unidades de saúde de pequeno e médio porte.

Assim, os pequenos municípios ficam desassistidos. E a demanda por atendimento básico em Oftalmologia acaba por onerar os serviços secundários e terciários.

As queixas de baixa complexidade deveriam ser resolvidas dentro dos próprios municípios. Um estudo realizado em uma unidade de atenção primária oftalmológica mostrou que os principais motivos das consultas eram por baixa AV (37,4%), seguida por revisão dos óculos (19,0%), cefaleia (15,8%), prurido (10,4%), ardência/irritação (7,8%) e olhos vermelhos (7,2%). Destes pacientes atendidos, 70% apresentavam erro refracional que poderia ser resolvido na atenção primária, sendo necessário o encaminhamento de apenas 8,9% para um serviço terciário oftalmológico, número que poderia ser ainda menor, caso houvesse naquela unidade a disponibilidade de um tonômetro no atendimento (VARGAS et al., 2010).

Visando à melhora no atendimento oftalmológico do SUS, em 2008 foi instituída a “Política Nacional de Atenção em Oftalmologia” que teve como metas desenvolver estratégias de promoção de saúde e educação, organizar linhas de cuidados integrais, identificar determinantes para doenças oftalmológicas, definir critérios para funcionamento de unidades oftalmológicas, ampliar a cobertura de atendimentos oftalmológicos e

qualificar os profissionais. Além disso foi definido o que deveria ser realizado em cada nível de atendimento. A atenção básica se incumbiria de ações educativas, teste de AV, consultas médicas, consultas de enfermagem, ações no combate ao diabetes e hipertensão e acompanhamento dos usuários referenciados para Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia. Tais unidades seriam as responsáveis pela consulta oftalmológica com verificação de AV, refração, biomicroscopia, fundoscopia, definição de diagnóstico e instituição de terapêutica, além de seguimento ambulatorial pré e pós-operatório (Portaria nº 288 SAS, de 19 de maio de 2008) (BRASIL, 2008).

Devido às dificuldades inerentes à falta de equipamentos especiais nos postos de atendimento SUS, a atuação de unidades móveis oftalmológicas (UMO) equipadas para a realização de exames refracionais poderia reduzir a demanda para serviços terciários. Assim, restariam aos serviços terciários apenas os casos para os quais seriam necessárias cirurgias ou tratamento especializado. Além do acesso ao serviço oftalmológico capaz de fornecer o exame refracional ou o atendimento de afecções oftalmológicas mais simples, é fundamental possibilitar o acesso aos tratamentos mais complexos e/ou cirúrgicos para a sua correção, visto que grande parte das causas de baixa visão, como a catarata, necessitam de abordagem cirúrgica.

Uma equipe da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP) tem atuado na comunidade do DRS VI há cerca de 12 anos utilizando uma UMO. Com esta UMO, foram reconhecidos dados que podem ser utilizados para determinação de políticas de saúde que atendam as demandas regionais. Foram determinadas a prevalência e causas de deficiência visual na região de Botucatu/SP (SCHELLINI et al., 2009), as características dos portadores e a prevalência do ectrópio (SILVA et al., 2007), a frequência de ocorrência de desvios oculares e as características dos portadores (SHIMAUTI et al., 2012), a frequência de ocorrência de cavidade anoftálmica na região

centro-oeste paulista (SOUSA et al., 2013), a prevalência de retinopatia diabética em portadores de diabetes mellitus tipo 2 (SCHELLINI et al., 2014), a prevalência de erros refrativos e sua distribuição segundo sexo e idade (FERRAZ et al., 2015).

Este tipo de atendimento, além de fornecer dados a respeito da população da região, é aprovado pelos usuários do SUS. Pesquisa sobre satisfação do usuário quanto ao atendimento prestado pela unidade móvel de Botucatu mostrou que 96% ficou totalmente satisfeita, 84% tiveram suas queixas resolvidas, 27% dos usuários nunca haviam realizado exame oftalmológico e 36% não teriam condições de realizá-lo de outra forma (ESPINDOLA et al., 2007).

No entanto, apesar da ideologia do SUS pregar a universalidade, dentro do Sistema Único de Saúde há diferentes barreiras para o atendimento oftalmológico nas diversas regiões do Brasil (KARA-JÚNIOR et al., 2015). As barreiras podem estar “relacionadas ao paciente” ou “relacionadas ao serviço”, estando no primeiro grupo “não percepção da baixa de visão, falta de acompanhante e medo da consulta ou cirurgia” e no segundo grupo, “falta de condições financeiras e falta de acessibilidade” (MARMAMULA et al., 2014).

A catarata continua sendo uma importante causa de cegueira no Brasil (ARIETA et al., 2003). Estudo na população brasileira triada para cirurgia de catarata mostrou que onde o custo da cirurgia não era um fator determinante, as principais barreiras à cirurgia foram a presença de comorbidades, medo da cirurgia, medo de perder a visão pela cirurgia, falta de acompanhantes, distância até o local para realização da cirurgia e desconhecimento sobre a doença (MITSUHIRO et al., 2015).

Além disso, a catarata corresponde a uma das maiores demandas para o serviço terciário. Estudo realizado pela UMO da FMB, mostrou que 46,8% dos pacientes que necessitaram de encaminhamento para serviço terciário foram encaminhados por conta de catarata e destes, 29,11% não compareceram para atendimento (FERREIRA, 2017).

A determinação das barreiras é fundamental para se traçar estratégias para combater a cegueira e tornar mais efetivo o atendimento SUS. Alguns estudos foram desenvolvidos pela equipe de oftalmologistas da FMB para se detectar onde ocorre o problema que impede a concretização do tratamento na nossa regional. Utilizando a UMO e uma amostra de conveniência, com exame oftalmológico completo, prescrição de correção óptica, tratamento de afecções oftalmológicas e direcionando os casos mais complexos diretamente ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB) que é o centro de referência para os municípios pertencentes ao DRS VI, SATTO (2015) evidenciou que a UMO realmente facilita a acessibilidade e a resolubilidade dos casos oftalmológicos dentro do SUS.

Cerca de 81% dos casos atendidos pela unidade móvel foram resolvidos no próprio município e a maioria necessitava apenas de exame refracional (SATTO, 2015). Esta pesquisa foi apresentada ao Edital Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), Convênio FAPESP – CNPq SUS - Processo: 2009/53281-1- Acessibilidade e resolutividade em assistência oftalmológica para o SUS, com divulgação dos resultados e propondo que o Ministério da Saúde brasileiro adote esta política, dado a sua efetividade. A distribuição dos indivíduos que foram encaminhados para o HC-FMB eram, na sua grande maioria, os que necessitavam de tratamento cirúrgico, de exames propedêuticos não disponíveis na unidade móvel ou de acompanhamento clínico, como no caso dos glaucomas e uveítes (SATTO, 2015).

A partir dos dados de Satto (2015), outra pesquisa procurou identificar o fluxo dos pacientes que foram encaminhados para o serviço terciário, avaliando se os problemas detectados na comunidade foram ou não resolvidos (FERREIRA, 2017).

Este último estudo mostrou que a taxa de comparecimento de pacientes encaminhados para o serviço terciário, provenientes diretamente da UMO foi de 68,2%. A catarata foi a primeira causa dos

encaminhamentos e a avaliação da AV após as cirurgias mostrou excelentes resultados. A resolubilidade dos casos foi completa em 65,5% dos casos, com perda de seguimento em 50,7% dos casos, considerados como casos sem resolubilidade completa (FERREIRA, 2017).

O estudo de Ferreira (2017) mostrou que, mesmo com a triagem realizada nos municípios e a identificação de que há problemas visuais a serem resolvidos, um alto percentual de indivíduos, correspondendo a 31,8% dos pacientes encaminhados, não compareceu ao serviço especializado para tratamento.

JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Estudos anteriores mostraram que uma parcela de indivíduos necessitam de encaminhamento para serviços oftalmológicos especializados após a triagem feita pela UMO (SATTO, 2015). O estudo de Satto (2015) foi realizado utilizando uma amostra de conveniência e identificou os sujeitos que necessitavam de atendimento especializado, sendo feito o encaminhamento dos mesmos para o HC-FMB. Estes indivíduos tiveram agendamento de suas consultas no serviço de oftalmologia do HC-FMB, feito pelos próprios médicos no dia do atendimento da UMO ou pessoal das equipes de saúde dos respectivos municípios participantes. Apesar de todos os municípios visitados pela UMO possuírem facilitadores como suporte e transporte para os pacientes comparecerem ao centro de referência da região em que residem, 31,8% dos encaminhados não compareceram ao serviço de referência (SATTO, 2015).

Ferreira (2017) confirmou que cerca de 30% dos pacientes que foram encaminhados ao serviço terciário não compareceram para iniciar o tratamento e por volta de 50% dos pacientes não retornaram ao serviço terciário para a continuidade do tratamento.

Desta forma, se faz muito importante reconhecer quais seriam as barreiras para o não comparecimento ou não adesão ao tratamento proposto.

OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo foi verificar as causas para a não adesão ao encaminhamento ao serviço de referência para tratamento das possíveis causas de cegueira/deficiência visual, detectadas na comunidade por meio de triagem oftalmológica realizada por uma unidade móvel.

MATERIAL E MÉTODOS

Este foi um estudo que teve uma parte analítica e outra prospectiva e observacional, desenvolvido nos anos de 2017 e 2018, utilizando dados e informações obtidas de indivíduos atendidos pela UMO da FMB-UNESP, respeitando os princípios da Declaração de Helsinki. O projeto foi aprovado para execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP, São Paulo – Brasil. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação nessa pesquisa.

O trabalho atual envolveu a população atendida no estudo de Satto (2015) e Ferreira (2017) e buscou conhecer os motivos do não comparecimento ao serviço de oftalmologia do HC-FMB, utilizando duas ferramentas:

1) Análise comparativa entre os dados de todos os pacientes que foram encaminhados e compareceram ao serviço terciário e os dados dos pacientes que foram encaminhados e não compareceram ao serviço de referência. As variáveis estudadas e o modo de obtenção dos dados para esta parte da pesquisa foram as que seguem:

- Dados demográficos dos sujeitos que não aderiram ao encaminhamento feito para o serviço de referência foram obtidos avaliando-se as fichas do atendimento realizado pela UMO nos municípios de origem, no ano de 2015, tendo sido coletados nome completo, sexo, idade, cidade de residência, número do telefone, estado de saúde geral, acuidade visual (AV) sem correção (SC) e com correção (CC) e diagnóstico que levou ao encaminhamento;
- Dados a respeito da estrutura física para atendimento oftalmológico e facilitadores para deslocamento existentes no município de origem dos indivíduos triados para atendimento oftalmológico e que não o realizaram. Estes dados foram obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde dos municípios;
- Dados a respeito da infraestrutura de recursos humanos no

município de origem, tais como número de oftalmologistas atuantes no município. Estes dados foram fornecidos pelo Departamento de Informática do SUS.

2) Análise das causas de não comparecimento ao serviço de oftalmologia do HC-FMB após o referenciamento feito na UMO. Esta parte da pesquisa envolveu busca ativa dos sujeitos e aplicação de questionário. A busca ativa foi realizada das seguintes formas:

- Por meio do contato com núcleos de atendimento de Saúde da Família dos municípios de origem ou as Secretarias de Saúde dos respectivos municípios. A essas unidades foi entregue uma justificativa que explicava a necessidade de realização do projeto (Anexo 2);

- Por meio de contato telefônico, utilizando o número de telefone informado pelo indivíduo quando do primeiro atendimento pela UMO. Para os indivíduos cujo número de telefone de contato era inexistente ou divergente do informado, foi realizada a busca de novos números de contato telefônico, usando o sistema de registro de pacientes do HC-FMB.

- Por meio do auxílio do serviço social do HC-FMB buscou-se identificar os faltosos nos municípios de origem.

Com os números dos telefones obtidos, foram realizadas até três chamadas telefônicas em horários e dias distintos, para cada um dos sujeitos da pesquisa. Após a identificação dos sujeitos, foi feita a aplicação de um questionário (Anexo 3), desenvolvido pelos autores, dirigido aos pacientes que não aderiram ao encaminhamento, procurando-se detectar as causas para a não adesão. O questionário continha algumas das possíveis causas de não comparecimento ao centro de referência, entre elas: falta de acompanhante, medo da cirurgia, doença no corpo que incapacitava de viajar, doença no corpo que impossibilitava a cirurgia, falta de dinheiro para despesas do deslocamento, necessidade de olhar pessoa sob sua responsabilidade na casa, achar que a visão do

jeito que estava possibilitava suas funções diárias, não sentir necessidade de tratamento, não entender as explicações do médico sobre a necessidade do encaminhamento, a cidade de origem ser muito distante do centro de referência, a prefeitura não disponibilizar transporte gratuito, ter responsabilidade de cuidado de familiar, ter procurado outro serviço de oftalmologia (particular ou outro serviço terciário) ou outro motivo. A aplicação do questionário foi feita por telefone sempre pelo autor (MR) ou usando registro em papel, neste caso, aplicado pelos membros do setor de saúde de cada um dos municípios.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os sujeitos atendidos pela UMO e que participaram do estudo de Satto (2015), residentes em municípios da região centro-oeste paulista. Os sujeitos da pesquisa apresentavam queixas oftalmológicas, tendo sido detectados como portadores de afecções que necessitavam de mais exames propedêuticos, acompanhamento ou cirurgias que poderiam ser oferecidos pelo serviço de referência, local para onde foram encaminhados e não compareceram ao atendimento previamente agendado.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os sujeitos que participaram do estudo de Ferreira (2017), tendo em vista que estes responderam positivamente aos encaminhamentos feitos, os indivíduos que não puderam ser localizados ou os que não quiseram participar da pesquisa.

Definições

Considerou-se a definição de cegueira e deficiência visual de acordo com a OMS, sendo cegueira definida como $AV < 20/400$ e deficiência visual como $20/400 < AV < 20/60$, no melhor olho e com a melhor correção óptica.

Análise estatística

A análise do tamanho amostral tendo como base o universo de 227 pacientes que foram encaminhados para o serviço de referência foi de 143 pacientes, atendendo as especificações de uma participação casual, com 95% de confiança e erro de estimação na ordem de 10%.

Todos os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel 2016* e analisados pelo *software IBM SPSS 22.0*, considerando-se significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

O atendimento pela unidade móvel oftalmológica foi realizado nos dez municípios citados na Tabela 1, pertencentes ao centro-oeste paulista.

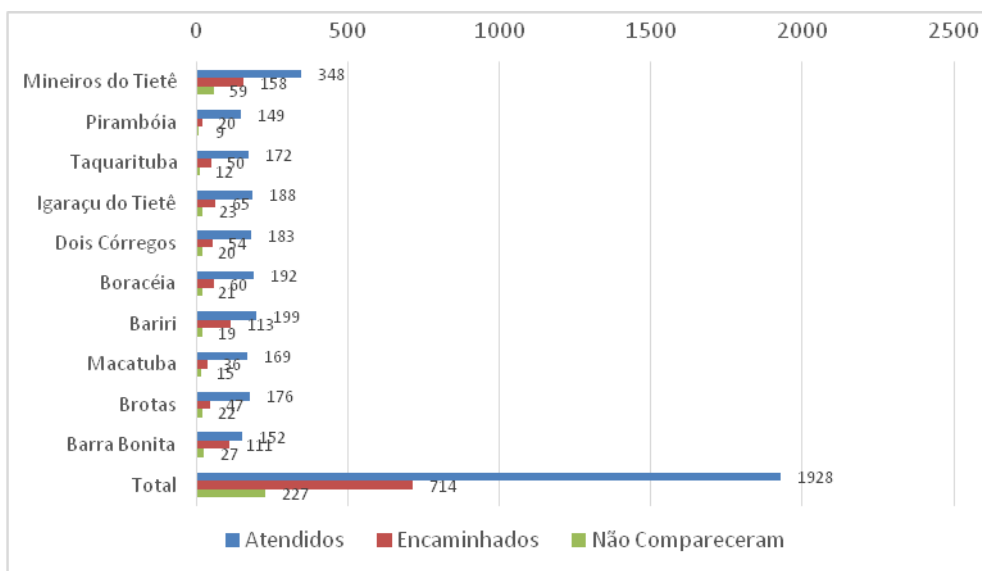
Tabela 1 - Característica das cidades assistidas pela Unidade Móvel de Oftalmologia no ano de 2015.

	Data da Triagem	Habitantes - n	Renda <i>per capita</i> (R\$)	PIB <i>per capita</i> (R\$)	IDH- M	Distância até o Hospital (km)	Número de Oftalmologistas – n
Mineiros do Tietê	02/02/2015 e 24/08/2015	12038	694,22	10795,16	0,730	67,1	0
Piramboia	09/02/2015	5653	549,16	17558,27	0,721	44,2	0
Taquarituba	25/05/2015	22291	613,84	19516,97	0,701	139,0	1
Igarapu do Tietê	01/06/2015	23362	587,44	10229,66	0,727	50,6	0
Dois Córregos	15/06/2015	24761	720,28	20050,38	0,725	76,8	2
Boracéia	29/06/2015	4268	708,05	30521,77	0,754	102,0	0
Bariri	20/07/2015	31593	771,49	24914,02	0,750	110,0	2
Macatuba	27/07/2015	16259	918,61	26688,61	0,770	65,3	0
Brotas	03/08/2015	21580	711,01	22964,88	0,740	98,4	0
Barra Bonita	09/11/2015	35246	903,18	16523,66	0,788	53,8	4

* Dados oficiais brasileiros, sendo o PIB *per capita*, renda familiar média *per capita* e número de habitantes fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o número de oftalmologistas pelo Departamento de Informática do SUS (BRASIL, 2007).

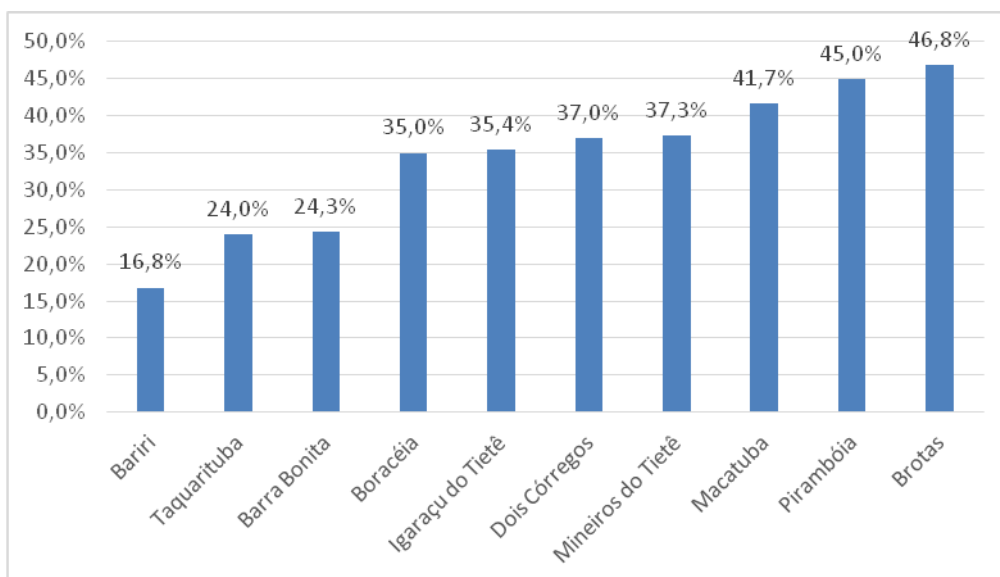
Foram atendidos 1928 indivíduos no estudo de Satto (2015), dos quais 714 necessitaram encaminhamento ao serviço de referência, o HC-FMB. Dos pacientes encaminhados, 227 não compareceram ao serviço referenciado. A média das necessidades de encaminhamento foi de 37%, com variação de 13,4% a 73% e a média de não comparecimento ao serviço referenciado foi de 31,8%, com variação de 16,8% a 46,8%, de acordo com o município de origem (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Pacientes atendidos, encaminhados pela UMO e que não compareceram ao HC-FMB no ano de 2015.



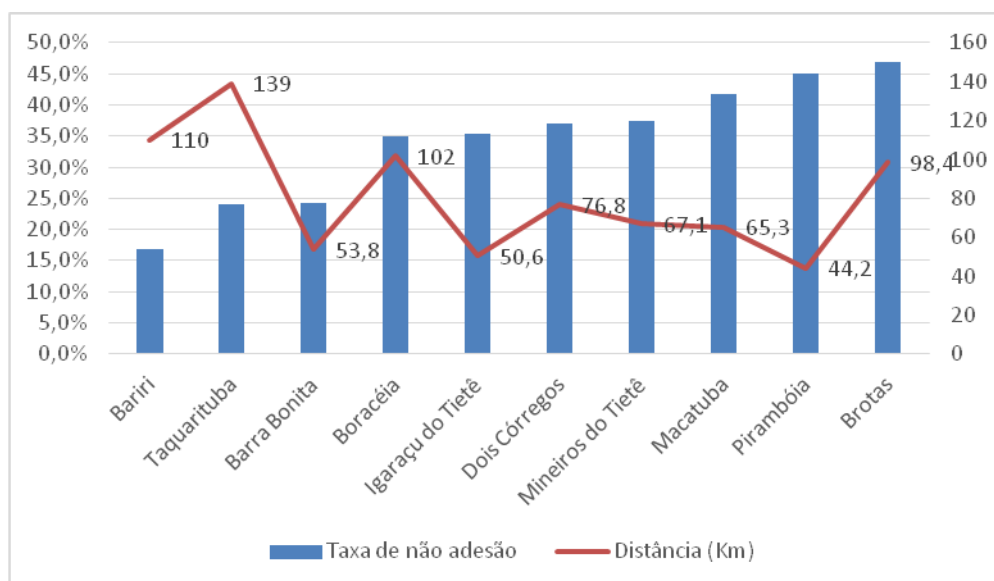
A cidade cujos pacientes apresentaram menor adesão ao encaminhamento ao serviço de referência foi Brotas, com relação “não comparecimento/encaminhamento” de 46,8%, e a de maior aderência foi Bariri, com 16,8% de não comparecimento (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Relação “não comparecimento/encaminhamento” por cidade.



Avaliando-se a taxa de não adesão ao encaminhamento em cada cidade atendida pela UMO e a sua distância até o centro de referência observou-se que Bariri com a melhor adesão ao encaminhamento é a segunda mais distante; Taquarituba cuja distância é a maior, foi a segunda com melhor adesão ao encaminhamento; Barra Bonita é a terceira cidade mais próxima e foi a terceira com melhor adesão; Boracéia, a terceira mais distante, foi a quarta em adesão; Igarapu do Tietê, a segunda mais próxima e a quinta em adesão; Dois Córregos, a quinta mais distante do centro de referência, foi a sexta em adesão; Mineiros do Tietê, a quinta mais próxima, foi a sétima em adesão; Macatuba, a quarta mais próxima, foi a oitava em adesão; Piramboia, a cidade mais próxima, foi a penúltima em adesão, seguida de Brotas, que ocupa o quarto lugar entre as mais distantes (Gráfico 3).

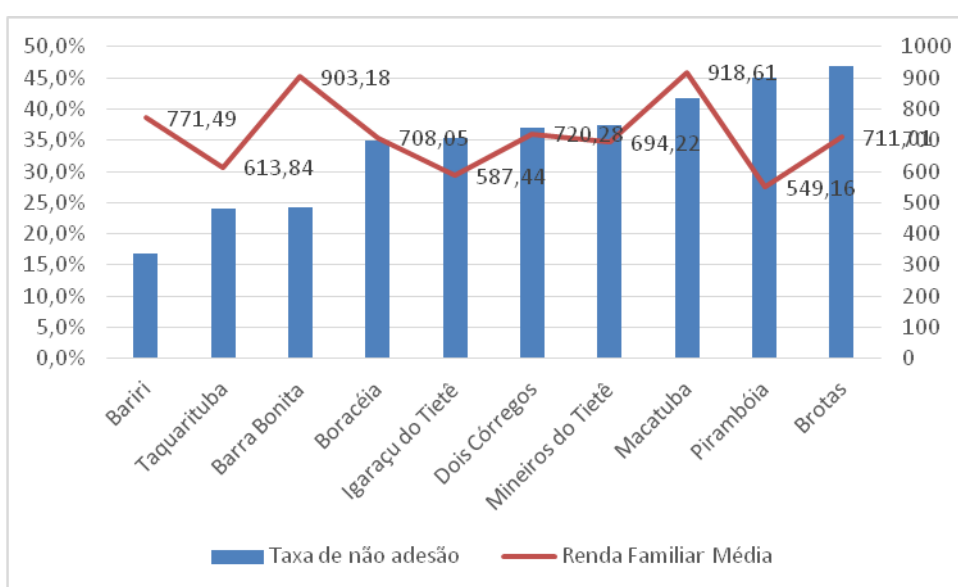
Gráfico 3 – Relação “não comparecimento/encaminhamento” por cidade e distância até o centro de referência.



Ao analisar a taxa de adesão ao encaminhamento e o número de oftalmologistas em atividade por cidade atendida, nota-se que a cidade com maior número de oftalmologistas registrado é Barra Bonita (terceira em melhor adesão), com 4 profissionais; seguida por Bariri (segunda em adesão e Dois Córregos (sexta em adesão), ambas com dois profissionais; seguidas por Taquarituba (segunda em adesão), com um profissional. As demais cidades não têm oftalmologistas registrados.

Em relação a renda familiar média, Macatuba ocupa o primeiro lugar (oitava em adesão); Barra Bonita, segundo lugar (terceira em adesão); Bariri, terceiro lugar (primeira em adesão); Dois Córregos, quarto lugar (sexta em adesão); Brotas, quinto lugar (última em adesão); Boracéia, sexto lugar (quarta em adesão); Mineiros do Tietê, sétimo lugar (sétima em adesão); Taquarituba, oitavo lugar (segunda em adesão); Igarapu do Tietê, nono lugar (quinto em adesão); e a cidade que apresenta menor renda familiar média é Piramboia (penúltima em adesão) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Relação “não comparecimento/encaminhamento” e renda familiar média por cidade.

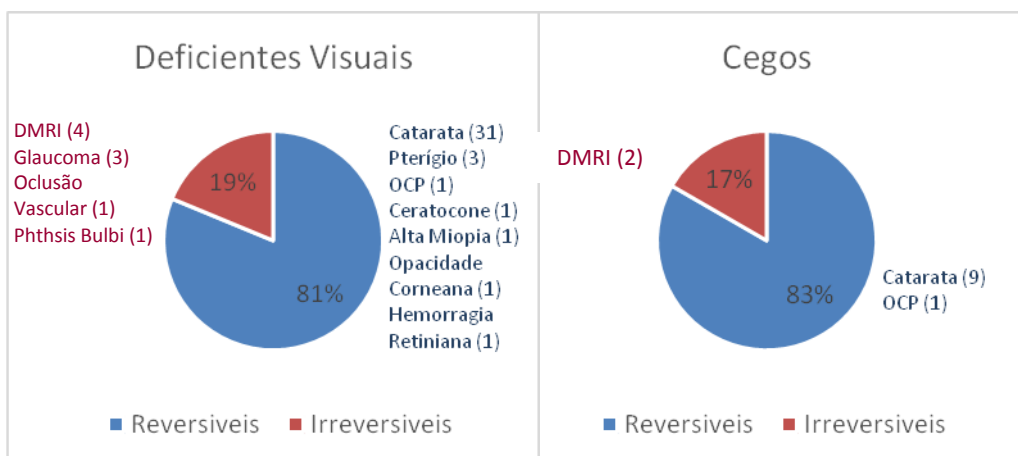


A mediana de idade dos pacientes encaminhados foi de 62,0 (média de $57,12 \pm 19,53$ anos, variando de 1 a 90 anos), sendo 428 (59,9%) do sexo feminino. Entre os pacientes que não compareceram, a foi a mesma (62,0 anos) (média de $56,08 \pm 16,23$ anos, variando de 1 a 88 anos), sendo 143 (62,9%) do sexo feminino.

Entre os pacientes que não compareceram ao serviço terciário, considerando-se a AV determinada no dia do atendimento realizado no município de origem, dado conhecido para 222 (97,8%) pacientes, a AVSC no melhor olho foi de $0,49 \pm 0,34$ logMAR (correspondente à aproximadamente 20/60 na tabela de Snellen). Já a AVCC no melhor olho, foi de $0,36 \pm 0,22$ logMAR (correspondente à aproximadamente 20/50 na tabela de Snellen). Destes, 12 (5,4%) pacientes eram cegos e 48 (21,6%) eram deficientes visuais.

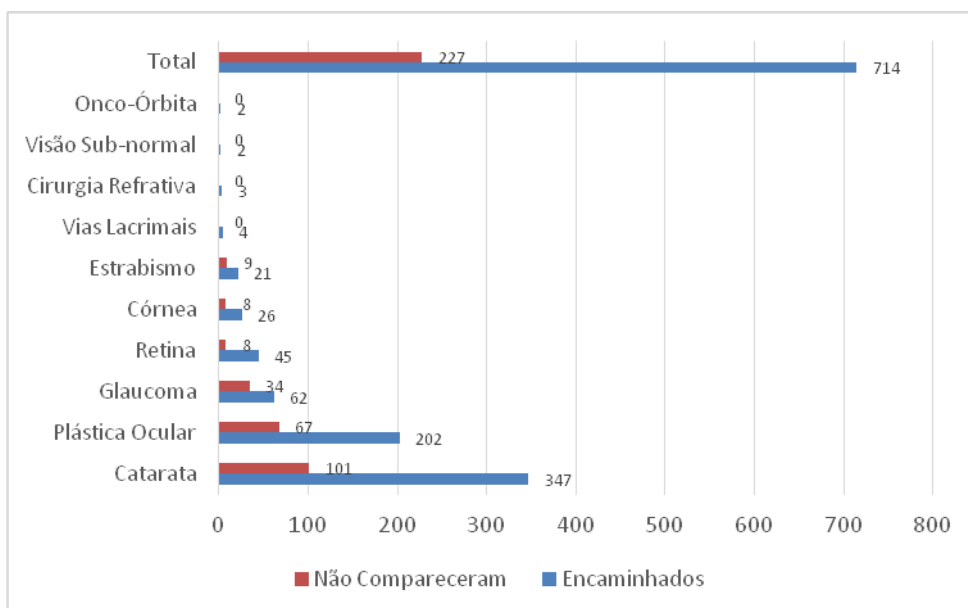
Entre os 12 pacientes que preenchiam os critérios para cegueira, 10 (83%) apresentavam causas reversíveis de cegueira (nove pacientes com diagnóstico de catarata e um com diagnóstico de opacidade de cápsula posterior) e somente dois (17%) deles diagnosticados com causas irreversíveis de cegueira (DMRI cicatricial). Já entre os 48 pacientes que preenchiam os critérios de deficiência visual, 39 (81%) apresentavam causas reversíveis de deficiência visual (31 pacientes com diagnóstico de catarata, três pterígio, um opacidade de capsula posterior, um ceratocone, um alta miopia, um opacidade corneana e um hemorragia retiniana) e nove (19%) deles diagnosticados com causas irreversíveis de deficiência visual (quatro DMRI cicatricial, três glaucoma avançado, um oclusão vascular e um *Phthisis bulbi*) (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição das causas de cegueira e deficiência visual entre os pacientes encaminhados para o serviço terciário.



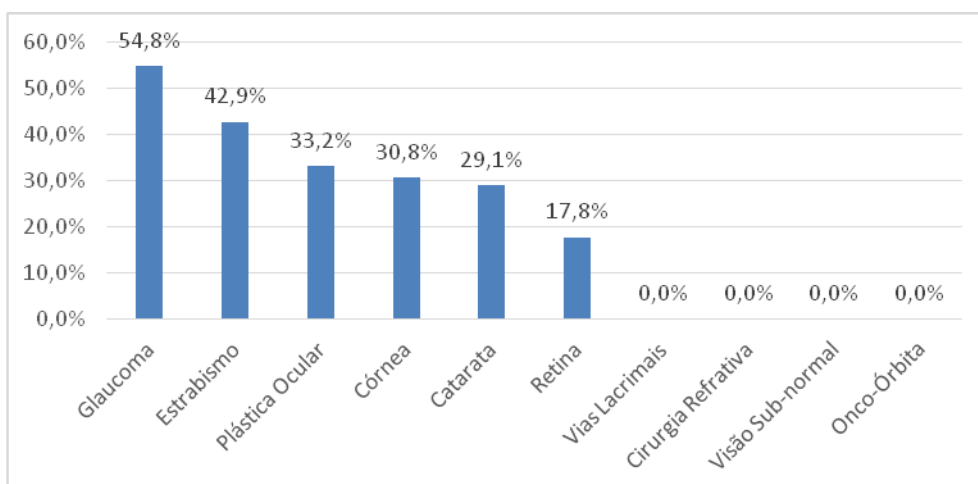
Dos 227 pacientes que não compareceram ao serviço, 101 pacientes (44,5%) deveriam comparecer ao ambulatório de catarata; 67, (29,5%) ao ambulatório de plástica ocular/doenças externas; 34, (14,9%) ao ambulatório de glaucoma; nove, (3,9%) ao ambulatório de estrabismo; oito, (3,5%) ao ambulatório de retina; e oito (3,5%) ao ambulatório de córnea (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Pacientes encaminhados e pacientes que não compareceram ao serviço de referência.



Os pacientes que foram encaminhados ao ambulatório de glaucoma foram os que tiveram menor adesão ao encaminhamento para o serviço de referência, com taxa de não adesão de 54,8%, seguido de estrabismo (42,9%), plástica ocular/doenças externas (33,2%), córnea (30,8%), catarata (29,1%) e retina (17,8%) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Taxa de pacientes que não aderiram ao encaminhamento segundo subespecialidade oftalmológica.



Avaliando-se a totalidade de indivíduos encaminhados ao serviço de referência, tendo por base o diagnóstico oftalmológico, observou-se que a catarata foi a principal causa de encaminhamento, com 319 (44,7%) pacientes, pterígio com 107 (15,0%) pacientes e suspeita de glaucoma com 49 (6,9%) pacientes. Entre os pacientes que não compareceram, catarata com 100 (44,0%) pacientes, pterígio 38 (16,7%), suspeita de glaucoma 30 (13,2%) foram os diagnósticos mais frequentes. A relação entre pacientes encaminhados e pacientes que não compareceram, de acordo com diagnóstico principal, foi superior à média de não comparecimento (31,8%), nos seguintes diagnósticos: pterígio (35,5%), suspeita de glaucoma (61,2%), estrabismo (45,0%), DMRI (33,3%), triquíase (35,7%), meibomite/blefarite (100%), opacidade corneana (66,7%), oclusão vascular (33,3%), cavidade anoftálmica (100%), Phthisis bulbi (33,3%) e endoftalmite (100%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Diagnósticos que levaram ao encaminhamento de pacientes atendidos pela unidade móvel oftalmológica ao HC-FMB no ano de 2015.

Afecção oftalmológica	Encaminhados n (%)	Não Compareceram n (%)	Percentual %
Catarata	319 (44,7)	100 (44)	31,3
Pterígio	107 (15,0)	38 (16,7)	35,5
Suspeita de Glaucoma	49 (6,9)	30 (13,2)	61,2
Opacidade de Capsula Posterior	30 (4,2)	2 (<1)	6,7
Lesão Palpebral	27 (3,8)	5 (2,2)	18,5
Ptose Palpebral	20 (2,8)	6 (2,6)	30,0
Estrabismo	20 (2,8)	9 (4)	45,0
Doença Macular Relacionada à Idade	18 (2,5)	6 (2,6)	33,3
Ceratocone	15 (2,1)	4 (1,8)	26,7
Triquíase	14 (2,0)	5 (2,2)	35,7
Glaucoma	12 (1,7)	3 (1,3)	25,0
Dermatocalase	12 (1,7)	2 (<1)	16,7
Retinopatia Diabética	10 (1,4)	0	0
Hemorragia Retiniana	6 (0,8)	1 (<1)	16,7
Meibomite / Blefarite	5 (0,7)	5 (2,2)	100
Alto Míope	5 (0,7)	1 (<1)	20
Obstrução das Vias Lacrimais	4 (0,6)	1	25

Ectrópio	4 (0,6)	1 (<1)	25
Neoplasia de Superfície Ocular	4 (0,6)	0	0
Cicatriz de Coriorretinite	4 (0,6)	0	0
Opacidade Corneana	3 (0,4)	2 (<1)	66,7
Ametropia	3 (0,4)	0	0
Oclusão Vascular	3 (0,4)	1 (<1)	33,3
Cavidade Anoftálmica	3 (0,4)	3 (1,3)	100
<i>Phthisis bulbi</i>	3 (0,4)	1 (<1)	33,3
Entrópio	2 (0,3)	0	0
Buraco Macular	2 (0,3)	0	0
Retinopatia Degenerativa	2 (0,3)	0	0
Lagoftalmo	2 (0,3)	0	0
Tracoma	2 (0,3)	0	0
Ceratopatia Bolhosa	1 (0,1)	0	0
Blefaroespasma	1 (0,1)	0	0
Ceratite	1 (0,1)	0	0
Endoftalmite	1 (0,1)	1 (<1)	100
<i>Nevus</i>	1 (0,1)	0	0
Orbitopatia de Graves	1 (0,1)	0	0

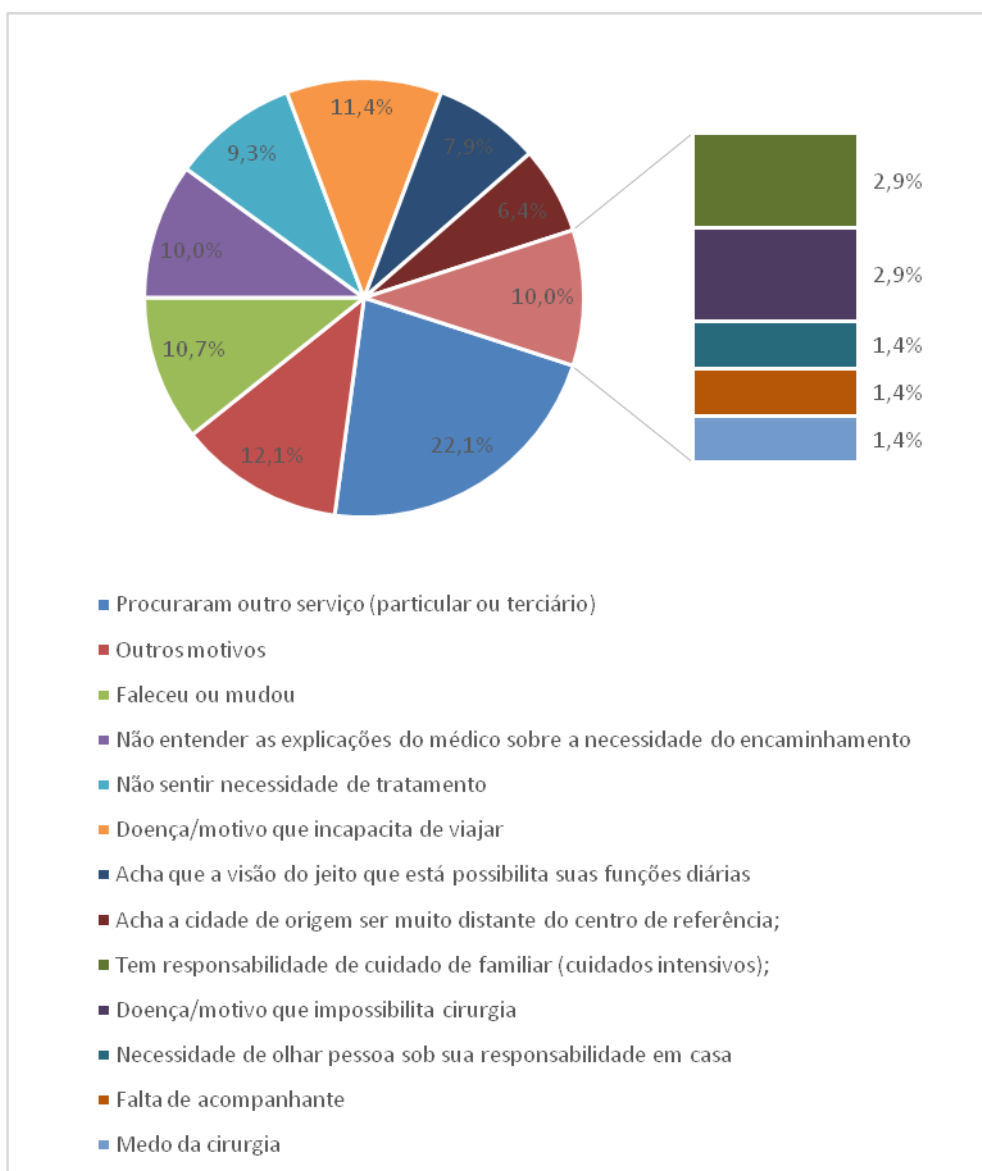
Pesquisa das barreiras para o não comparecimento ao serviço de referência

Dentre os 227 pacientes que não compareceram ao atendimento referenciado, foram localizados, utilizando de busca ativa, 140 (62%). O percentual de pacientes localizados atende as especificações de uma participação casual, com 95% de confiança e erro de estimação na ordem de 10%.

Os motivos de não comparecimento referidos foram: 31 (22,1%) procuraram outro serviço (particular ou terciário), 17 (12,1%) outros motivos, 16 (11,4%) por doença/motivo que incapacita de viajar, 15 (10,7%) faleceram ou mudaram de endereço ou cidade, 14 (10,0%), por não entender as explicações do médico, 13 (9,3%) por não sentir necessidade de tratamento, 11 (7,9%) por achar que a visão do jeito que está possibilita as tarefas diárias, nove (6,4%) por achar a cidade de origem muito distante do centro de referência, quatro (2,9%) por ter responsabilidade de cuidado de familiar (cuidados intensivos), quatro

(2,9%) por doença/motivo que impossibilita cirurgia, dois (1,4%) por necessidade de olhar pessoa sob sua responsabilidade, dois (1,4%) por falta de acompanhante e dois (1,4%) por medo da cirurgia (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Motivos de não adesão ao encaminhamento para o centro de referência.



Entre doenças ou motivos mencionados pelos pacientes que não compareceram ao serviço de referência por incapacidade de viajar observou-se: asma, atividade laboral, atividade escolar, sequela de

acidente vascular encefálico (2), fratura de fêmur, restrição ao leito, Alzheimer, necessidade de realização de hemodiálise, câncer, coceiras no corpo, problemas respiratórios e insuficiência venosa com úlcera maleolar.

As doenças ou motivos mencionados pelos pacientes para o não comparecimento por impossibilidade de serem submetidos a cirurgia, foram: câncer (2), problemas cardíacos e gravidez.

Os pacientes que não compareceram por achar que a visão do jeito que estava possibilitava suas funções diárias, apresentavam a AVSC no melhor olho de $0,38 \pm 0,19$ logMAR (correspondente à aproximadamente 20/50 na tabela de Snellen). Já a AVCC no melhor olho, foi de $0,22 \pm 0,10$ logMAR (correspondente à aproximadamente 20/30 na tabela de Snellen). Ambos os valores de AV em logMAR foram menores do que os encontrados entre o total de pacientes que não compareceram, porém essa diferença só foi significativa quando comparados os valores de AVCC nos dois grupos ($p=0,006$).

Os pacientes que referiram não sentir necessidade de tratamento tiveram diagnóstico após avaliação na UMO de: suspeita de glaucoma (4), catarata (3), pterígio (1), ptose palpebral (1), pós-endoftalmite (1), cavidade anoftálmica (1), meibomite/blefarite (1) e *Phthisis bulbi* (1).

A média da distância entre as cidades atendidas pela UMO e a cidade para a qual foi feito o encaminhamento era de $80,72 \pm 25,30$ quilômetros. Já a média da distância das cidades dos pacientes que referiram não aderir ao encaminhado devido a cidade de origem ser muito distante do centro de referência foi $71,48 \pm 11,94$ quilômetros e nenhum desses pacientes era residente de Taquarituba cuja distância até o centro de referência era a maior (139 quilômetros).

DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenvolvido com o intuito de analisar quais seriam as barreiras que impedem que um indivíduo detectado na comunidade como portador de afecção oftalmológica com potencial de causar cegueira ou deficiência visual não compareça a consulta agendada.

O percentual de indivíduos detectados nestas condições foi alto, cerca de 31,8% do total dos atendimentos (SATTO, 2015).

Dificuldade de contato e localização dos pacientes

A parte mais difícil do presente estudo foi justamente obter o contato com os indivíduos faltosos. Foi possível localizar e aplicar o questionário a 140 deles, apesar de terem sido realizadas até três chamadas telefônicas para cada indivíduo, em horários e dias distintos.

Como os telefones informados pelos pacientes foram registrados na ficha cadastral no ano de 2015, muitos dos números chamados eram inexistentes ou já não pertenciam mais aos mesmos.

Tampouco os núcleos de atendimento de Saúde da Família dos municípios de origem ou as Secretarias de Saúde dos respectivos municípios tiveram facilidade em localizar os pacientes que não compareceram ao serviço. Como não há em muitas dessas cidades registro ou prontuário eletrônico e na ficha cadastral da UMO não consta o endereço, mas somente o telefone, também houve dificuldade de encontrá-los por outros meios, a exemplo de visita domiciliar.

No entanto, o cálculo do tamanho amostral valida nossos resultados à medida que foram contatados 62% dos pacientes faltosos, havendo que se considerar causas não controláveis como óbitos que ocorreram em oito indivíduos, mudança de endereço em sete indivíduos ou porque procuraram outro serviço (particular ou público), 31 indivíduos. Assim, dos 140 pacientes localizados por busca ativa, se

desconsiderarmos os que procuraram outro serviço (31) e aqueles que faleceram ou mudaram de endereço (15) somente 94 (67,1%) ficaram realmente desassistidos e apresentavam potencial para comparecimento.

Causas para a não adesão

Houve variação importante entre os municípios de origem com relação a taxa de não adesão ao encaminhamento, variando de 46,8% (Brotas) a 16,8% (Bariri). Brotas foi a cidade com menor adesão ao encaminhamento e é a quarta mais distante do centro de referência, já Bariri a cidade com maior adesão ao encaminhamento é a segunda mais distante. Portanto, não houve relação direta entre taxa de adesão ao encaminhamento e a distância da cidade atendida até o centro de referência. No entanto, a associação entre a distância do município de origem ao centro de referência embora não seja significativa ($p>0,05$), há um indicativo de associação negativa, ou seja, o número maior de não comparecimentos em números absolutos pode estar ligado às maiores distâncias em relação a Botucatu.

Todos os municípios participantes providenciam transporte gratuito para os indivíduos que necessitam atendimento no serviço terciário, não sendo este um fator limitante.

Os dados disponíveis em relação ao número de oftalmologistas por cidade podem não ser reais, devido ao fato de que algumas cidades recebem oftalmologistas itinerantes. No entanto, a disponibilidade ou não de oftalmologista no município parece não ter influência sobre a taxa de adesão ao encaminhamento.

A média de idade dos sujeitos que compareceram (57,61 anos) e dos que não compareceram (56,08 anos) ao serviço de referência foi semelhante ($p=0,332$), mostrando que este também não foi um fator relevante ou decisivo para a não adesão.

A maioria dos indivíduos que não compareceram eram do sexo feminino (62,9%). Porém, este dado deve ser visto com ressalvas, uma

vez que o maior número de participantes do “estudo-mãe” também eram do sexo feminino (SATTO, 2015). Os autores acreditam que não exista disparidade entre a oferta e o acesso aos serviços de saúde com relação ao sexo feminino ou masculino que possam ser encaradas como barreira. Estudo mostrou não haver diferenças de sexo significantes entre as taxas de uso curativo dos serviços ofertados pelo SUS, e quando se compara as taxas de uso preventivo há uma superioridade entre as mulheres (PINHEIRO, 2002).

Avaliando-se os não comparecimentos com relação a AV, verificou-se também não haver diferença estatística entre os que compareceram ou não com relação a presença de cegueira ou deficiência visual, novamente mostrando que este fator não foi determinante como causa de não adesão.

Com relação a subespecialidade oftalmológica para a qual os sujeitos foram encaminhados, a maioria dos indivíduos que não compareceram foram endereçados ao serviço de catarata (44,5%) e 14,9% foram endereçados ao glaucoma. O glaucoma é uma afecção que não provoca sintomas evidentes, salvo no caso do glaucoma agudo. Muitas vezes, a visão central é conservada até a fase final da doença. Estes fatores podem ter sido responsáveis pela menor adesão a necessidade de encaminhamento nos portadores de glaucoma, já que 54,8% não aderiram ao encaminhamento. Esse valor é ainda mais expressivo em relação aos pacientes encaminhados com diagnóstico de suspeita de glaucoma, em que 61,2% dos pacientes encaminhados não compareceram ao centro de referência. Os suspeitos de glaucoma, de forma mais expressiva, não sentem necessidade de tratamento, além de 20% dos indivíduos terem referido “achar que a visão do jeito que está possibilita suas funções diárias”, o que realmente ocorreu frente a análise dos valores observados. Além disso, mesmo que o paciente apresente alguma redução na AV, ele pode ter ainda uma AV que possibilite a realização de suas atividades diárias, já que muitas dessas atividades

podem não exigir visão máxima.

Barreiras inferidas a partir da não adesão

Importantes observações podem ser inferidas a partir da análise dos dados relativos aos faltosos. Fatores como idade, sexo, AV, número de oftalmologistas no município, renda familiar média e distância entre a cidade atendida pela UMO e o centro de referência sugerem que estes não influenciaram diretamente na adesão ou não ao encaminhamento.

Por outro lado, pacientes com determinados diagnósticos (suspeita de glaucoma, pterígio, meibomite/blefarite, estrabismo, opacidade corneana, cavidade anoftálmica, endoftalmite e *Phthisis bulbi*) e encaminhados para certas subespecialidades (glaucoma e estrabismo), têm notadamente menor adesão ao encaminhamento.

Os portadores de catarata estão conscientes de que podem ser operados e ter o restabelecimento da visão, muito provavelmente devido à grande frequência de catarata no nosso meio e no mundo (WHO, 2003). No entanto, para outras causas que podem levar a cegueira irreversível, como o glaucoma, provavelmente o paciente não tem conhecimento suficiente sobre a doença, o que fez com que cerca de 50% deles não comparecesse ao serviço de referência. Este é um ponto muito importante, mostrando que há necessidade urgente de se ter programas de educação em saúde, a fim de evitar a deficiência visual e a cegueira por glaucoma.

O principal motivo referido pelos pacientes para o não comparecimento foi ter procurado outro serviço (22,1%), seja ele particular ou público, o que pode ter significado positivo, já que a consulta realizada na UMO pode ter funcionado como um alerta para a necessidade de tratamento. Outro fator poderia ser que o paciente que procurou a UMO tencionava ter suas queixas solucionadas na própria unidade, e em 63% dos casos elas o foram (FERREIRA, 2017). Talvez eles não esperassem diagnósticos que necessitassem de terapêutica cirúrgica e ao receberem

tais diagnósticos e o encaminhamento ao centro de referência para o tratamento adequado, infere-se que possam ter procurado atendimento mais próximo ou uma segunda opinião com outro oftalmologista. Por último, a UMO também pode ser sido procurada para uma segunda opinião e apenas para isso.

A impossibilidade de adesão por um número significativo de pacientes pode ser reflexo da limitação da própria estrutura familiar, da condição física do paciente ou da falta de informações. Poucas causas estão diretamente relacionadas à prestação do serviço, visto que não há relação precisa entre a adesão e a distância entre a cidade onde foi realizado o atendimento pela UMO e o centro de referência. Nenhum paciente relatou como barreira ao não comparecimento a falta de disponibilidade de transporte pela prefeitura local ou a incapacidade do serviço em comportar a demanda referenciada.

Um fator que pode estar relacionado ao serviço e ter influenciado a adesão ou não ao encaminhamento mas é de difícil mensuração por ser de natureza subjetiva, é a relação médico/paciente estabelecida durante o atendimento. Cada atendimento prestado pela UMO é realizado por diferentes profissionais, residentes de Oftalmologia na quase totalidade dos atendimentos, que podem ter mais ou menos empatia, paciência e atenção com o paciente. Esse é o primeiro contato do paciente com o serviço de referência e pode influenciá-lo na decisão de comparecer ou não ao encaminhamento.

Limitações e fatores que fortaleceram o estudo

Fatores que fortaleceram o estudo foram a oportunidade de detecção das barreiras ao atendimento oftalmológico dentro do SUS e fornecimento de subsídio a ações futuras que possam melhorar a adesão ao encaminhamento realizado aos serviços de referência. Consequentemente, aumentando a resolubilidade do atendimento oftalmológico no SUS, com possibilidade de redução da taxa de

deficiência visual e cegueira na região atendida.

Um ponto positivo apontado pela pesquisa foi mostrar que grande parcela dos pacientes que não compareceram ao serviço de referência procuraram outro serviço (particular ou público). Este fato mostra que a visita da UMO ao município pode ter funcionado como um alerta para a necessidade de tratamento.

Um fator limitante importante para o presente estudo pode ser o tempo decorrido entre o atendimento realizado pela UMO, no ano de 2015 e a aplicação do questionário, realizada em 2017/2018, aumentando as chances de ocorrência de vieses de memória por parte dos indivíduos consultados. Os vieses de informação resultam de erros na obtenção de informação sobre os participantes e podem ter várias causas, como vieses de memória que aumentam proporcionalmente ao tempo decorrido para a coleta da informação (LAST, 1995). Ainda em decorrência do tempo decorrido entre as duas pesquisas, alguns indivíduos trocaram de telefone ou mudaram de endereço, o que dificultou a localização dos mesmos, além de óbitos ocorridos no período.

Mesmo com os fatores limitantes, sem dúvida a análise dos faltosos nos trouxe importantes informações a serem utilizadas em ações futuras, tais como a necessidade de prestar maiores esclarecimentos aos pacientes com relação as possíveis causas de cegueira e deficiência visual, e alertar para a necessidade de exames preventivos. Ainda, o presente estudo aponta onde há necessidade de se atuar e reforça uma vez mais que as UMOs representam um avanço no atendimento oftalmológico ao paciente usuário do SUS. Esta modalidade de atendimento precisa ser apontada para os gestores da saúde, com o objetivo de melhor escalonar a especialidade dentro do sistema de saúde vigente.

CONCLUSÃO

Os dados do presente estudo revelam que a adesão a necessidade de tratamento oftalmológico após o atendimento feito pelos profissionais da UMO é dependente de fatores relacionados ao próprio paciente (saúde geral, estrutura familiar para poder viajar) ou relacionada a falta de conhecimento das afecções oftalmológicas que podem levar a cegueira.

A realização de campanhas de conscientização sobre afecções oftalmológicas potencialmente causadoras de cegueira pode fortalecer a adesão aos tratamentos propostos.

REFERÊNCIAS

ARIETA C. E. L. et al. Refractive errors and cataract as causes of visual impairment in Brazil. **Ophthalmic Epidemiol.**, v. 10, n. 1, p. 15-22, 2003.

BELFORT Jr., R. Honorários médicos, Sistema Único de Saúde e ensino da oftalmologia para o século XXI. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 62, p. 675-676, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS, doutrinas e princípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

BRASIL. Portaria nº 288 SAS, de 19 de maio de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**: Rede Assistencial: Recursos Humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/rede-assistencial>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CARVALHO, R. S. et al. Gross Domestic Product (GDP) per capita and geographical distribution of ophthalmologists in Brazil. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 75, p. 407-411, 2012.

CONSENSO BRASILEIRO GLAUCOMA PRIMÁRIO DE ÂNGULO ABERTO, 3., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Glaucoma, BestPoint, 2009.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. **Censo 2014**. São Paulo: CBO, 2014. 204 p.

ESPINDOLA, R. F. et al. Perfil do usuário e satisfação de pacientes atendidos em uma unidade móvel oftalmológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 34., 2007, Brasília. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 70, n. 26, p. 26, 2007.

FERRAZ, F. H.; et al. Refractive errors in a Brazilian population: age and sex distribution. **Ophthalmic & Physiologi. Optic.**, v.35, p.19-27, 2015.

FERREIRA, G. A. **Resolubilidade de problemas visuais em um serviço terciário triados por uma unidade móvel oftalmológica**. 2017. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Produto Interno Bruto a preços correntes e Produto Interno Bruto per capita segundo as grandes regiões, as unidades da federação e os municípios: 2010-2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2010_2013/default_xls.shtm>. Acesso em: 17 abr. 2018.

KARA Jr. N.; DELLAPI, Jr. R.; ESPÍNDOLA, R. F. Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos Sistemas de Saúde Público e Privado. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 74, p. 323-325, 2011.

LAST, J. M. **Um dicionário de epidemiologia**. 2. ed. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1995. p. 36-39.

LIMA, L. H. S. G.; SOUSA, L. B. Análise da viabilidade econômica da unidade móvel de um serviço de referência em oftalmologia. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 68, p. 609-614, 2005.

MARMAMULA, S. et al. A population-based cross-sectional study of barriers to uptake of eye care services in South India: the Rapid Assessment of Visual Impairment (RAVI) project. **BMJ Open**, v. 4, n. 6, p. e005125, 2014.

MITSUHIRO, M. H. et al. Uptake, barriers and outcomes in the follow-up of patients referred for free-of-cost cataract surgery in the São Paulo eye study. **Ophthalmic Epidemiol.**, v. 22, n. 4, p. 253-259, 2015.

PINHEIRO, R S, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Índice de Desenvolvimento Humano de Municípios - 2010**. Brasília, DF: PNUD, 2010. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

RUGGEIRO, C. P.; GLOYD, S. Evaluation of vision services delivered by a mobile eye clinic in Costa Rica. **Optom. Vis. Sci.**, v. 72, n. 4, p. 241-28, 1995.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Regionais de Saúde**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SATTO, L. H. **Acessibilidade e resolutividade em assistência oftalmológica para o SUS**. 2015. 140 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

SCHAAL, L. F.; et al. The Prevalence of Strabismus and Associated Risk Factors in a Southeastern Region of Brazil. **Sem. Ophthalmol.**, v.1, p.1- 4, 2016.

SCHELLINI, S. A. et al. Prevalence of diabetes and diabetic retinopathy in a Brazilian population. **Ophthalmic Epidemiol.**, v. 21, n. 1, p. 33-38, 2014.

SCHELLINI, S. A. et al. Prevalence and causes of visual impairment in a Brazilian population: the Botucatu eye study. **BMC Ophthalmol.**, v. 9, p. 8, 2009.

SCHELLINI, S. A. et al. Estudo da prevalência das afecções oculares nos pré-escolares da cidade de Botucatu (São Paulo). **Rev. Bras. Oftalmol.**, v. 46, n. 2, p. 21-26, 1987.

SHIMAUTI, A. T. et al. Estrabismo: detecção em uma amostra populacional e fatores demográficos associados. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 75, p. 92-96, 2012.

SILVA, C. D. P. et al. Prevalência do ectrópio palpebral e características dos portadores na população da região Centro-Oeste do Estado de São Paulo. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 72, p. 39-42, 2009.

SOUSA, R. L. F. et al. Frequência de ocorrência de cavidade anoftálmica

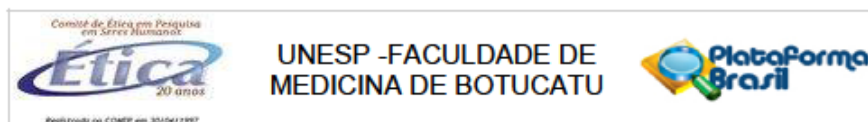
na região centro-oeste paulista e características dos portadores. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 76, p. 90-93, 2013.

VARGAS, M. A.; RODRIGUES, M. L. V. Perfil da demanda em um serviço de Oftalmologia de atenção primária. **Rev. Bras. Oftalmol.**, v. 69, p. 77-83, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global initiative for the elimination of avoidable blindness**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/pbd/en/WHA56.26.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: MARCELO ABRÃO REZENDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88204118.9.0000.5411

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.649.545

Apresentação do Projeto:

Existem diversas doenças oftalmológicas de relevância em saúde pública. A Faculdade de Medicina de Botucatu conta com Unidade Móvel de Oftalmologia, que circula em diversos municípios fazendo diagnósticos e encaminhando os pacientes para diversos níveis de atendimento no Sistema Único de Saúde. No entanto, estudo anterior demonstrou que 30% desses sujeitos não comparecem ao serviço para o qual foram encaminhados. O estudo pretende identificar esses sujeitos atendidos pela Unidade Móvel em 2015 em municípios da Região de Botucatu através de busca ativa e aplicar questionário para identificar as razões do não comparecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar razões para não comparecimento a unidades de saúde em pacientes identificados com doença oftalmológica em triagem por unidade móvel.

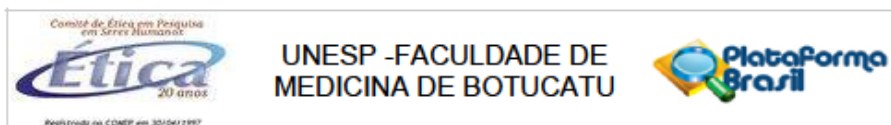
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios são diretos (ao sujeito identificado e reencaminhado aos serviços de saúde) e indiretos (pela identificação de razões de perda de seguimento). Os riscos são mínimos, se observada a confidencialidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante e factível.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609
CEP: 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.549.545

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos necessários.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 07 de maio de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP. No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

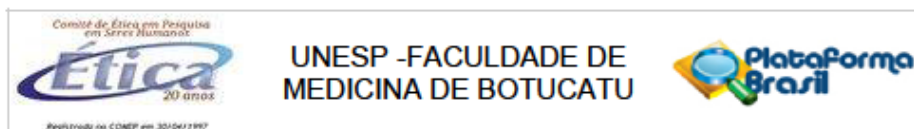
Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1113912.pdf	13/04/2018 15:53:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/04/2018 15:53:33	MARCELO ABRAO REZENDE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	13/04/2018 15:51:35	MARCELO ABRAO REZENDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento.pdf	13/04/2018 15:51:15	MARCELO ABRAO REZENDE	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	13/04/2018 15:48:09	MARCELO ABRAO REZENDE	Aceito

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.649.545

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 11 de Maio de 2018

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS PARA ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO DENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu.

Os objetivos deste estudo são identificar barreiras ao acesso para o atendimento oftalmológico em serviço terciário após encaminhamento realizado pela Unidade Móvel.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas relacionadas ao seu atendimento na Unidade Móvel, a seu encaminhamento ao HC-FMB e o motivo de seu não comparecimento.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis Marcelo Abrão Rezende, através do e-mail dr.marceloabrao@gmail.com.


MARCELO ABRÃO REZENDE
CPF: 312.298.638-85
Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres.

_____, ____ de ____ de 20 ____.
(Cidade)

Sujeito da pesquisa

Pai / Mãe ou Responsável Legal (Caso o sujeito seja menor de idade)

Anexo 3 – Carta de justificativa para realização do projeto entre as unidades de saúde

CAUSAS DE NÃO ADESÃO AO ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO

JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Estudos anteriores mostraram que cerca de 30% dos casos atendidos na comunidade, seja através da Unidade Móvel ou por outros meios, necessitam de encaminhamento para o serviço terciário, que na nossa região é feito pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Mesmo havendo as facilidades de detecção no local de residência, encaminhamento para o serviço terciário, com agendamento da consulta e oferecimento de meios de transporte e com resolução excelente para os que atendem ao encaminhamento, **cerca de 30% dos pacientes que necessitam do tratamento não comparecem no serviço terciário para a continuidade do tratamento.**

Desta forma, as causas para o **não comparecimento** ou não adesão ao tratamento proposto são barreiras a serem detectadas. Esse estudo visa detectar essas barreiras para que possamos diminuir as causas de cegueira em nossa região.

Para isso solicitamos ao Posto de Saúde, onde foi realizado atendimento prévio pela Unidade Móvel, que localize e aplique o questionário a seguir aos pacientes que foram encaminhados ao serviço terciário, mas que por algum motivo não compareceram à consulta. Solicitamos ainda que cada paciente participante do projeto preencha o Termo de Consentimento.

Juntos conseguiremos tornar os atendimentos mais efetivos e diminuir as causas de cegueira em nossa região!

Obrigado,

Marcelo Abrão Rezende (Residente em Oftalmologia Unesp)
Profa. Dra. Silvana Artioli Schellini (Orientadora do Projeto)

Anexo 4 – Questionário aplicado aos indivíduos que não compareceram**CAUSAS DE NÃO ADESAO AO ENCAMINHAMENTO PARA
ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO**

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Município de origem: _____

Profissão: _____ Telefone: () _____

Se aposentado (a), qual profissão anterior? _____

Escolaridade: Analfabeto (a) () / 1ºGrau () / 2ºGrau () / Universitário ()

Diagnóstico na triagem inicial: _____

Encaminhado para ambulatório de: _____

Causa para o não comparecimento no centro de referência:

() falta de acompanhante

() medo da cirurgia

() doença/motivo no corpo que incapacita de viajar:

Qual?: _____

() doença/motivo no corpo que impossibilita a cirurgia:

Qual?: _____

() falta de dinheiro para despesas do deslocamento como lanche;

() necessidade de olhar pessoa sob sua responsabilidade na casa;

() acha que a visão do jeito que está possibilita suas funções diárias;

() não sente necessidade de tratamento;

() não entendeu as explicações do médico sobre a necessidade do encaminhamento;

() a cidade de origem é muito distante do centro de referência;

() a prefeitura não disponibilizou transporte gratuito;

() tem responsabilidade de cuidado de familiar que necessita de cuidados intensivos;

() procurou outro serviço de oftalmologia (particular ou outro serviço terciário)

() faleceu ou mudou-se

() outro motivo: _____