



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

Inês Paula Regina Mainini Oliveira

**RESOLUBILIDADE DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO EM CENTRO DE
ATENDIMENTO SECUNDÁRIO SOB A ÓTICA DOS PACIENTES
DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Silmara Meneguim

**BOTUCATU
2017**

Inês Paula Regina Mainini Oliveira

**RESOLUBILIDADE DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO EM CENTRO DE
ATENDIMENTO SECUNDÁRIO SOB A ÓTICA DOS PACIENTES
DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Silmara Meneguim

**BOTUCATU
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Oliveira, Inês Paula Regina Mainini.

Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos / Inês Paula Regina Mainini Oliveira. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Silmara Meneguim
Capes: 40400000

1. Saúde ocular. 2. Diabetes Mellitus. 3. Atenção secundária à saúde. 4. Enfermagem. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil).

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde; Diabetes Mellitus; Enfermagem; Saúde ocular; Sistema Único de Saúde.

Inês Paula Regina Mainini Oliveira

**RESOLUBILIDADE DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO EM CENTRO DE
ATENDIMENTO SECUNDÁRIO SOB A ÓTICA DOS PACIENTES
DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Silmara Meneguim

Comissão Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Silmara Meneguim

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof^ª Dr^ª Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene

Universidade de São Paulo - USP / Unidade de
Terapia Intensiva do Hospital de Reabilitação de
Anomalias Craniofaciais.

Botucatu, 22 de setembro de 2017.

“A educação é um processo social, é desenvolvimento.
Não é a preparação para a vida, é a própria vida”.

John Dewey

DEDICATÓRIA

À Deus, por iluminar meus pensamentos e guiar os meus passos, sempre.

Aos meus pais, Paulo (in memoriam) e Inês pelo amor, carinho, princípios, valores, ensinamentos e incentivo aos estudos. Pilares do que sou, responsáveis pelos louros dos frutos que serão colhidos.

Ao meu marido Santiago, pelo companheirismo e força nos momentos difíceis e por compreender a minha ausência na certeza do nosso amanhã.

Às minhas irmãs Clara e Susana, por fazerem minha vida mais leve e colorida, além de darem significado à palavra família.

Aos meus cunhados Anderson e Marcellus, irmãos escolhidos, pela amizade e apoio sempre disponíveis.

Aos meus sobrinhos Catarina e Eduardo, por me trazerem um sopro de vida nova e pureza no amor.

Às minhas cachorrinhas Vickie e Vênus, por preencherem minha vida de corpo e alma e por ficarem no meu pé durante todas as noites na frente do computador, sem esperarem nada em troca.

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dr^ª Silmara Meneguim, minha orientadora, pela paciência, carinho, dedicação, grande apoio, companheirismo e pelos valiosos momentos de risos. Peça fundamental na viabilização deste trabalho.

À Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, pela contribuição nas melhorias sugeridas para este trabalho.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Corrente, pela colaboração e empenho na análise estatística dos dados coletados.

À Prof^ª Dr^ª Sinara Laurini Rossato, pelas melhorias na análise estatística dos resultados.

Aos docentes da disciplina de seminários Prof^ª Dr^ª Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Prof^ª Dr^ª Silvia Justina Papini, Prof. Dr. Rodrigo Jensen, pelas considerações que contribuíram para a qualificação.

Aos integrantes da banca de qualificação e defesa Prof^ª Dr^ª Regina Stella Spagnuolo, Prof^ª Dr^ª Marli Terezinha Cassamassimo Duarte, Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani, Prof. Dr. Armando dos Santos Trettene, pela sabedoria, contribuições no desenvolvimento desta dissertação e considerações ímpares frente ao tema investigado.

Ao corpo docente do Mestrado de Enfermagem e demais funcionários, pelos ensinamentos.

Às Bibliotecárias da Unesp, em especial à Luciana Pizzani, Diva Aparecida Luvizuto Gasperini Rodrigues e Rosemary Cristina da Silva, pela revisão das referências e confecção da ficha catalográfica.

À equipe de profissionais da Seção Técnica de Pós-graduação, em especial ao oficial administrativo Cesar Eduardo Guimarães, por todo o apoio e profissionalismo.

A todos os meus colegas de Mestrado, pelas experiências vividas e compartilhadas.

Ao Dr. Bruno, pela excelência em oftalmologia, paciência, honestidade, dedicação e amor pela profissão.

Aos Drs. Felipe e Daniel, pelos ensinamentos, paciência e incentivo ao estudo.

À equipe de profissionais do Centro Integrado de Saúde, pela participação nos atendimentos, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Agudos/SP, por todo apoio e colaboração no desenvolvimento deste estudo.

À todos os pacientes que participaram da amostra deste estudo, por compreenderem a importância da pesquisa, consentindo sua participação no estudo.

“Deus nos fez perfeitos e não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos”

Fazer ou não fazer algo, só depende de nossa vontade e perseverança.

Albert Einstein

RESUMO

Oliveira, IPRM. Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2017.

Introdução: A resolubilidade em saúde é a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento para alguma necessidade. Frente ao exposto este estudo teve como objetivo principal avaliar a resolubilidade do cuidado oftalmológico em Centro Integrado de Saúde, sob a ótica dos usuários diabéticos e não diabéticos. E, como objetivos secundários: identificar as principais causas de solicitação de avaliação oftalmológica em ambos os grupos; identificar o tempo de espera para o atendimento oftalmológico; identificar os pacientes que tiveram indicação de cuidado oftalmológico para a rede de atenção à saúde, em ambos os grupos; conhecer os motivos que dificultam/atrasam a realização do cuidado, na rede de atenção à saúde, sob a ótica dos mesmos; propor estratégias para otimizar o cuidado aos pacientes que necessitam de cuidado oftalmológico. **Método:** estudo descritivo, exploratório, transversal e com abordagem mista. Uma amostra não probabilística foi constituída por todos os pacientes atendidos no Centro Integrado de Saúde do interior de São Paulo, no período de novembro de 2013 ao mesmo mês de 2015. Para responder os objetivos do estudo os participantes foram divididos em dois grupos: diabéticos e não diabéticos. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: consulta a um banco de dados institucional para caracterização dos participantes e do atendimento médico; e entrevista com os pacientes que tiveram indicação de cuidado oftalmológico no Centro Integrado de Saúde e na rede. Os dados qualitativos foram transcritos e analisados por meio da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Na primeira fase foram identificados 816 pacientes, em 920 consultas. A maioria não diabéticos (76,2%), do sexo feminino (61,6%), com nível médio de ensino (65,1%), brancos (92%) e com companheiro (75,7%). A principal causa de solicitação de avaliação oftalmológica, em ambos os grupos, foi a consulta com o especialista, cujo tempo de espera foi menor para os não diabéticos, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,0268$). Do total de pacientes, 241 (29,5%) receberam indicação de cuidado oftalmológico, sendo o maior percentual de não diabéticos (69,2%). Na segunda fase do estudo foram entrevistados 208 pacientes cuja síntese das entrevistas contribuíram para elaboração do discurso do sujeito coletivo, agrupado em três temas: Resolubilidade do cuidado oftalmológico sob a ótica dos pacientes; Obstáculos para a realização do cuidado proposto na

rede de atenção a saúde e Contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico. **Conclusão:** Os resultados apresentados evidenciaram que o Centro Integrado de Saúde onde a pesquisa foi realizada apresenta condição de resolubilidade para atender, em grande parte, as reais necessidades oftalmológicas dos usuários do Sistema Único de Saúde. Do total de pacientes atendidos no período do estudo praticamente 30% receberam indicação de cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, e destes, 69% não eram diabéticos. O principal motivo de avaliação oftalmológica foi a consulta com o especialista, em ambos os grupos, cujo tempo de espera foi maior para os pacientes diabéticos, demonstrando que não há critérios que priorizem o atendimento. Os discursos apontaram que o município não tem controle sobre os desfechos dos cuidados oftalmológicos referenciados a outros serviços, e tão pouco, da contrarreferência. As dificuldades de resolução na rede, sob a ótica dos participantes, referem-se a problemas de gestão, burocráticos e a falta de recursos materiais que dificultam a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. **Produto da dissertação:** Desta forma, o estudo tem como produto a proposição de um protocolo para reorganização do cuidado oftalmológico no Centro Integrado de Saúde tendo como premissas ações regulatórias pautadas em classificação de risco e estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde do interior de São Paulo. Outro produto foi o desenvolvimento de uma cartilha sobre as principais complicações oculares ocasionadas pelo diabetes para treinamento da equipe multiprofissional.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Diabetes Mellitus. Atenção secundária à saúde. Saúde ocular. Enfermagem.

ABSTRACT

Oliveira, IPRM. Resolubility of ophthalmologic care in a secondary care center from the perspective of diabetic and non-diabetic patients. Dissertation (Master's Degree). College of Medicine of Botucatu of the Paulista State University of "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2017.

Introduction: Resolubility in health is the satisfactory answer that the service provides to the user when seeking care for some need. In view of the above, the main objective of this study was to evaluate the resolubility of ophthalmologic care in the Integrated Health Center, from the perspective of diabetic and non-diabetic users. And, as secondary objectives: to identify the main causes of request of ophthalmological evaluation in both groups; Identify the waiting time for ophthalmologic care; Identify the patients who had an indication of ophthalmologic care for the health care network in both groups; To know the reasons that hinder / delay the performance of care in the health care network, from the point of view of care; Propose strategies to optimize care for patients who need eye care. **Method:** descriptive, exploratory, transversal study with mixed approach. A non-probabilistic sample consisted of all patients attended at the Integrated Health Center from the interior of São Paulo, from November 2013 to the same month of 2015. In order to respond to the objectives of the study, participants were divided into two groups: diabetic and non-diabetic. Diabetics. Data collection was carried out in two stages: consultation of an institutional database to characterize participants and medical care; And interview with the patients who had indication of ophthalmologic care in the Integrated Health Center and in the network. The qualitative data were transcribed and analyzed through the methodological strategy of the Discourse of the Collective Subject. **Results:** In the first phase, 816 patients were identified, in 920 consultations. The majority were non-diabetic (76.2%), female (61.6%), with a mean level of education (65.1%), whites (92%) and partners (75.7%). The main cause of request for ophthalmologic evaluation in both groups was consultation with the specialist, whose waiting time was lower for non-diabetics, with a statistically significant difference ($p = 0.0268$). Of the total number of patients, 241 (29.5%) received an indication for ophthalmologic care, the highest percentage being non-diabetic (69.2%). In the second phase of the study, 208 patients were interviewed whose synthesis of the interviews contributed to the elaboration of Discourse of the Collective Subject, grouped into three themes: Resolubility of ophthalmological care from the perspective of the patients; Obstacles to the realization of the proposed care in the network of health care and Contributions for the improvement of ophthalmological care. **Conclusion:** The

presented results showed that the Integrated Health Center where the research was performed presents a resolvability condition to meet, in large part, the real ophthalmological needs of Unique Health System users. Of the total number of patients seen in the study period, almost 30% received an indication of ophthalmological care in the health care network, of which 69% were non-diabetic. The main reason for ophthalmologic evaluation was consultation with the specialist, in both groups, whose waiting time was higher for diabetic patients, demonstrating that there are no criteria that prioritize the care. The speeches pointed out that the municipality has no control over the outcomes of ophthalmological care referenced to other services, and so little, of the counterreference. The difficulties of solving in the network, from the perspective of the participants, refer to problems of management, bureaucratic and the lack of material resources that make difficult the accomplishment of diagnostic and therapeutic procedures. **Product of the dissertation:** In this way, the study has as a product the proposal of a protocol for the reorganization of ophthalmologic care in Integrated Health Center, based on regulatory actions based on risk classification and establishment of referral flow and counter-referral in the health care network from the interior of São Paulo. Another product was the development of a playbook on the main ocular complications caused by diabetes for multiprofessional team training.

KEY-WORDS: Unique Health System. Diabetes Mellitus. Secondary health care. Eye health. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização geográfica de Agudos.....	30
Figura 2 – Centro Integrado de Saúde - CIS.....	31
Figura 3 – Fluxograma de constituição amostral.....	33

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas dos participantes dos grupos de pacientes diabéticos e de pacientes não diabéticos.....39
- Tabela 2** - Comorbidades dos participantes de ambos os grupos.....40
- Tabela 3** - Motivos de encaminhamento para consulta oftalmológica em centro de atendimento secundário de saúde SUS.....40
- Tabela 4** - Tempo de espera dos participantes para avaliação oftalmológica em centro de atendimento secundário de saúde SUS, segundo os grupos.....41
- Tabela 5** - Indicação de tratamento oftalmológico na rede de atenção à saúde após a consulta em ambos os grupos.....41
- Tabela 6** - Menção dos participantes se houve dificuldades para realizar o tratamento proposto e motivos para não terem realizado o cuidado oftalmológico indicado pelo especialista em ambos os grupos.....42

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Categorização das comorbidades dos pacientes de ambos os grupos..... 34
- Quadro 2** – Categorização dos motivos de encaminhamento para consulta oftalmológica em centro de atendimento secundário de saúde SUS.....35
- Quadro 3** – Síntese dos DSC referentes à resolubilidade do cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde.....43
- Quadro 4** – Síntese dos DSC sobre os obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde, sob a ótica dos participantes.....44
- Quadro 5** – Síntese dos DSC sobre as contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico.....45

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIS	Centro Integrado de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DRS	Departamento Regional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LADA	Diabetes Latente Autoimune do Adulto
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Retinopatia Diabética
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 MOTIVAÇÃO.....	20
2 INTRODUÇÃO.....	21
2.1 Redes de Atenção à Saúde.....	22
2.2 Os serviços de oftalmologia no SUS.....	23
2.3 Resolubilidade na Rede de Atenção à Saúde Oftalmológica.....	25
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Geral.....	28
3.2 Específicos.....	28
4 MÉTODO.....	29
4.1 Delineamento da pesquisa.....	29
4.2 Local do estudo.....	29
4.3 Casuística.....	32
4.4 Fluxograma de constituição amostral.....	33
4.5 Coleta dos dados.....	34
4.6 Aspectos éticos.....	36
4.7 Análise dos dados.....	36
4.7.1 Análise quantitativa estatística.....	36
4.7.2 Análise qualitativa.....	37
5 RESULTADOS.....	39
5.1 Fase I – Caracterização da amostra e levantamento dos atendimentos oftalmológicos realizados no CIS.....	39
5.2 Fase II – Entrevista com participantes que receberam indicação para realizar cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, após atendimento no CIS.....	42
6 DISCUSSÃO.....	47
6.1 Fase I – Caracterização da amostra e levantamento dos atendimentos oftalmológicos realizados no CIS.....	47
6.2 Fase II – Entrevista com participantes que receberam indicação para realizar cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, após atendimento no CIS.....	54
7 CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS.....	61

ANEXOS.....	69
ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética.....	69
ANEXO II – Termo de autorização para pesquisa em prontuário.....	72
ANEXO III – Mudança de título em pesquisa.....	73
APÊNDICES.....	74
APÊNDICE I - Instrumento de coleta de dados.....	74
APÊNDICE II - Roteiro para a entrevista.....	75
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
APÊNDICE IV – Manual informativo: De olho na saúde ocular.....	77
APÊNDICE V – Protocolo do cuidado oftalmológico na rede pública de saúde de Agudos....	94

1 MOTIVAÇÃO

Como Enfermeira do Centro Integrado de Saúde (CIS) desde sua inauguração, atuo junto a diversas especialidades médicas, onde os cuidados de enfermagem se entrelaçam ao manejo especializado do grau secundário de atendimento à saúde.

Apaixonada pela arte do cuidar, preocupo-me com as condições de atendimento dispensadas aos pacientes, na minha prática profissional cotidiana. Desta preocupação emerge o meu comprometimento com a saúde de forma individual e coletiva, além do fascínio pelas ações de prevenção, o cuidado, a assistência terapêutica, o ensino e a pesquisa.

Valendo-me da observação do valor da universalidade do acesso à saúde, notei uma possível lacuna na integralidade e resolubilidade do cuidado oftalmológico do local onde trabalho. Esta percepção desencadeou em mim a necessidade de buscar soluções respaldadas cientificamente para proposição de melhorias ao atendimento dispensado aos pacientes.

Assim sendo, esta pesquisa conduziu-me à apropriação do conhecimento já produzido sobre o assunto, bem como aprofundamento da compreensão do objeto de estudo, ou seja, o cuidado oftalmológico dispensado aos pacientes diabéticos e não diabéticos em Centro Integrado de Atenção Secundária, em município do interior do Estado de São Paulo.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil pelas Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90, que fundamentam a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, ressaltando os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização⁽¹⁻⁴⁾.

Neste contexto ainda sobre a organização do SUS, em junho de 2011 o Decreto 7.508 regulamentou a Lei 8.080/90, quanto ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa⁽⁵⁾. A seguir, a Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011, acrescentou dois artigos à Lei 8.080, que dispõem respectivamente sobre as Comissões Intergestores do SUS; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)⁽⁶⁾.

Cabe salientar que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS e têm como objetivos:

“I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados⁽⁶⁾.”

Já o Conass e o Conasems são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento⁽⁶⁾.

Tanto o Conass quanto o Conasems recebem recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União⁽⁶⁾.

Neste sentido, o Conass indica que, as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, sejam diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, ou seja, constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde⁽⁶⁾.

Do ponto de vista da saúde pública, observa-se que o SUS é mais que um projeto, é uma conquista e um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Trouxe toda uma possibilidade de mudança em relação à forma de abordagens e tratamentos e traz o futuro dentro dele, se inovando e se reinventando, indo além da saúde para transformar a sociedade⁽⁷⁾.

Ordenando a atenção à saúde em níveis de atenção primária, secundária e terciária o SUS visa a melhor programação e planejamento das ações e dos serviços para que a atenção à saúde seja integral⁽⁵⁾.

Desta forma, todos os serviços de saúde de caráter local, isto é, que atendam apenas à população do próprio município, devem ser municipalizados, mesmo que envolvam atendimentos de média e alta complexidade.

2.1 Redes de Atenção à Saúde – RAS

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde de forma equitativa, garantia de proteção adequada dos riscos, acolhimento humanizado aos cidadãos, provisão de serviços seguros, efetivos e eficientes⁽⁸⁾.

Nesse sentido, devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares⁽⁹⁾.

Diante do exposto, como fruto do acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, foi publicada a portaria nº 4.279/2010 que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. De acordo com a referida portaria, as RAS são conceituadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁽¹⁰⁾. Desta forma, as RAS são

constituídas de três elementos fundamentais: população, a estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

O modelo de redes de cuidado na articulação dos níveis assistenciais do SUS promove o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Assim, em 2011 e 2012, com organização melhor definida, as RAS receberam as seguintes denominações, a saber: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade⁽¹¹⁾. Vem-se estabelecendo um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde⁽¹¹⁻¹³⁾.

A literatura internacional denota que, os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde, cujos modelos se estruturam com base numa Atenção Primária forte, resolutive e coordenadora do cuidado dos usuários, apresentam melhores resultados que aqueles cujo modelo de Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde é frágil^(8,11).

Por outro lado, certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão, a exemplo, pode-se mencionar o envolvimento de numerosos atores dificultando a prestação de contas; lentidão no processo de negociação e formação de consensos; diluição de responsabilidades; exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e dificuldades de controle e coordenação das interdependências⁽¹⁴⁾.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, pois todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os seus objetivos⁽¹⁵⁾.

2.2 Os serviços de oftalmologia no SUS

Em 2008, com a intenção de integrar a oftalmologia com a rede de assistência primária no âmbito do SUS, as portarias do Ministério da Saúde nº 957/GM e nº 288/SAS,

instituíram a Política Nacional de Atenção Oftalmológica, a qual deve ser articulada entre as três esferas do poder público, por intermédio de redes estaduais e regionais⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Além disso, a rede de serviços deve ser regionalizada, estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes, adotar as providências necessárias para que haja a articulação assistencial entre os serviços⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Embora a promoção, prevenção, tratamento e recuperação devam ser realizadas em todos os níveis de atenção, a assistência oftalmológica ainda encontra-se bastante hierarquizada, dividida em atenção primária e redes de atenção em oftalmologia, as quais são compostas por atenção especializada em oftalmologia e centros de referência em oftalmologia. Importante salientar que embora recentemente a OMS tenha divulgado que 80% dos casos de cegueira poderiam ser evitados ou tratados, milhões de pessoas ainda permanecem vulneráveis à perda visual, devido à dificuldade de acesso ao serviço especializado⁽¹⁸⁾.

A dificuldade do acesso a estes serviços torna-se um agravante ainda maior aos portadores de diabetes uma vez que, além da retinopatia e o edema macular, outras doenças oculares também são encontradas com frequência, bem como a catarata e o glaucoma de ângulo aberto que é gradual, lento, assintomático e representa 90% dos casos de complicações⁽¹⁹⁾.

Logo, o aumento progressivo da cegueira e da baixa visão no mundo pode ser atribuído, em grande parte, à escassez de serviços especializados, às dificuldades de acesso da população à assistência oftalmológica, às dificuldades econômicas, à ausência/insuficiência de esforços educativos que desenvolvam a adoção de comportamento preventivo e ao envelhecimento populacional⁽²⁰⁻²¹⁾.

Nesse sentido, no presente estudo, entende-se por cuidado oftalmológico, ações integrais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, que perpassa todos os níveis de atenção à saúde conforme disposto na portaria ministerial 957/2008, que institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia⁽¹⁶⁾.

Assim, profissionais de saúde e gestores podem realizar autoanálise de seus processos de trabalho e propor também intervenções mais adequadas, em função das necessidades e expectativas sobre este cuidado estudado.

2.3 Resolubilidade na Rede de Atenção à Saúde Oftalmológica

O entendimento sobre resolubilidade da assistência à saúde é fundamental, uma vez que o seu conceito está associado à resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço e à satisfação desses e dos profissionais⁽²²⁾.

Considera-se resolubilidade a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde. Por sua vez, a resolubilidade pode ser avaliada em dois aspectos, a saber: no próprio serviço, quando à capacidade de atender à sua demanda e no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde, que se estendem desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário no serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) até a solução de seu problema em outros níveis de atenção⁽²²⁾.

A qualidade de resolver, segundo o Ministério da Saúde (MS) na sua referência à resolubilidade, é descrita como:

[...] a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência⁽²³⁾.

Logo, emerge o entendimento de que a resolubilidade refere-se à aptidão do sistema de saúde dentro de seus limites de complexidade e capacidade tecnológica de resolver os problemas de saúde que levam o usuário a procurar os seus serviços, em cada nível de assistência⁽²⁴⁾. E também atender os problemas que causam impacto coletivo sobre a saúde, a partir do ideário de que os serviços têm que ter responsabilidade pela vida dos cidadãos na abrangência de seu território, dando respostas até o nível de sua complexidade⁽²⁵⁾.

No Brasil, são escassos os estudos que avaliam a resolubilidade dos serviços oculares⁽²⁶⁾. A participação dos pacientes na avaliação da resolubilidade do serviço não pode mais ser postergada, não só por serem usuários, mas por terem a ela direito como cidadãos. Entretanto a maioria dos serviços estrutura-se sem consulta à comunidade seja ela feita de forma direta, com a participação sobre todo o processo de planejamento e organização, ou indiretamente, através de estudos, de análise e de interpretação das pesquisas.

Desta forma, abordar a resolubilidade, torna-se importante pensa-la enquanto um processo que se produz em atos pela intersecção do paciente com o profissional e os serviços, assim como na competência e qualidade do atendimento prestado⁽²⁴⁾. Não implica apenas em relação direta entre os seres humanos, mas também em ações que têm relação com o modo de organização dos serviços, com condições propícias para um atendimento qualificado ao paciente.

Nota-se que uma intervenção efetiva em saúde requer uma abordagem integral dos problemas. Neste sentido, o trabalho resolutivo em saúde baseia-se no cuidado corresponsável, em que prevaleça o protagonismo da equipe multiprofissional, no sentido de aprofundar os saberes e as práticas no campo da saúde⁽²⁷⁾.

Os problemas em saúde transcendem na sua maioria a questão individual, tornando-se, portanto, fundamental a associação de ações coletivas, que possibilitem identifica-los na abrangência de determinada área populacional e então, assim, será factível buscar respostas reais e concretas para alterar positivamente o quadro da saúde do grupo populacional para o qual se direcionam as ações praticadas no sistema⁽²⁴⁾.

Entretanto, sabe-se que no Brasil, muitas são as barreiras ao acesso e resolubilidade dos serviços de oftalmologia ofertados pelo SUS. Cabe então, aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, trabalharem para evitar os prejuízos da instalação da cegueira e da deficiência visual, que certamente ocasiona consequências humanas e socioeconômicas.

Desta forma, pontuando que um dos elementos mais importantes para a enfermagem em sua atuação na política de participação e de controle social é a organização da atenção à saúde, pensada e planejada de forma que os serviços sejam capazes de responder às demandas da população⁽²⁸⁾, o presente estudo proposto no CIS da cidade de Agudos, interior do Estado de São Paulo, buscou responder, sob a ótica dos pacientes, as seguintes questões: existe resolubilidade no cuidado oftalmológico ofertado no CIS aos munícipes, em especial aos diabéticos? Quais são as principais causas de solicitação de avaliação oftalmológica? Qual o tempo de espera para realizar esse atendimento no CIS? Qual o desfecho do cuidado oftalmológico aos pacientes que são referenciados a outros pontos da rede de saúde, após a avaliação oftalmológica no CIS?

Esses questionamentos do processo saúde-doença conduzem-nos a refletir a respeito do atendimento de saúde, sobretudo quando buscamos a opinião dos usuários. Logo, considerando número reduzido de estudos na literatura científica acerca do tratamento oftalmológico aos pacientes SUS⁽²⁹⁻³⁰⁾, propôs-se o presente estudo, entendendo-se a importância

de se conhecer o cuidado dispensado a estes pacientes, bem como sua resolubilidade, sob a ótica dos mesmos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a resolubilidade do cuidado oftalmológico em Centro Integrado de Saúde no interior do Estado de São Paulo, sob a ótica dos usuários diabéticos e não diabéticos.

3.2 Específicos

1. Identificar as principais causas de solicitação de avaliação oftalmológica em ambos os grupos.
2. Identificar o tempo de espera para o atendimento oftalmológico.
3. Identificar os pacientes que tiveram indicação de cuidado oftalmológico após o atendimento no CIS, em ambos os grupos.
4. Desvelar os motivos que dificultam/atrasam a realização do cuidado, em ambos os grupos, na rede de atenção à saúde, sob a ótica dos mesmos.
5. Otimizar estratégias para a assistência aos pacientes que necessitam de cuidado oftalmológico, com a proposição de cartilha e reorganização de fluxo.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da pesquisa

O presente estudo utiliza o método descritivo, exploratório, transversal e com abordagem mista de pesquisa.

A relação entre quantitativo e qualitativo não pode ser pensada como oposição contraditória. É de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais concretos e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa⁽³¹⁾.

A pesquisa qualitativa, em sentido amplo, pode ser definida como uma metodologia que produz dados a partir de observações extraídas diretamente do estudo de pessoas, lugares ou processos com os quais o pesquisador procura estabelecer uma interação direta para compreender os fenômenos estudados. Geralmente, parte de questões mais amplas, que só vão tomando uma forma mais definida à medida que se desenvolve o trabalho⁽³²⁾.

Portanto, na área da saúde, que está constantemente em transformação, e no caso desse estudo, esta abordagem qualiquantitativa acaba se tornando particularmente interessante na busca da essência das questões em estudo, a partir de sua abstração de uma realidade mais ampla⁽³²⁾.

A literatura⁽³³⁾ traz ainda que, o estudo exploratório possibilita ao investigador aumentar sua experiência sobre determinado problema, uma vez que permite aprofundar-se nos limites de uma realidade específica, possibilitando encontrar os elementos necessários, através do contato com determinada população, para a obtenção de resultados.

4.2 Local do estudo

O local selecionado para este estudo foi o Centro Integrado de Saúde, da cidade de Agudos, interior do Estado de São Paulo, que desde julho de 2013, oferece aos seus moradores atendimentos médicos e, ainda, em fisioterapia, odontologia e enfermagem.

O Município se estende por 966,2 km² e conta com uma população estimada em 36.704 habitantes. Vizinho dos Municípios de Borebi, Piratininga e Paulistânia, se situa a 19km a sul-leste de Bauru, a maior cidade nos arredores.

Figura 1 – Localização geográfica de Agudos



Fonte: IBGE (2014).

No que se refere a Unidades de Saúde, possui um Hospital, quatro Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), três Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Centro Dia de Atenção ao Idoso e dois Ambulatórios de Atenção Especializadas, sendo um deles o Centro Integrado de Saúde (CIS). Todas as unidades contam com equipe de saúde multiprofissional que trabalham envolvidos diretamente com o cuidado ao paciente.

A implantação do CIS buscou beneficiar diretamente sua população facilitando o acesso as especialidades médicas e multiprofissionais, articulando assim a promoção da saúde através da organização de uma rede regionalizada de saúde⁽⁴⁾. Com mais de mil metros quadrados de área construída, esta unidade destina-se a prestar atendimento médico nas seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, pneumologia, urologia, endocrinologia, neurologia infantil, reumatologia, geriatria, oftalmologia, radiologia e diagnóstico por imagem, além de atendimento de fisioterapia, odontológico com cirurgiões dentistas, clínico geral, protesista,

periodontista e endodontista, e atendimentos de enfermagem com consultas, pequenos procedimentos além de coleta de exames laboratoriais diagnósticos.

Figura 2 - Centro Integrado de Saúde - CIS



Fonte: Dados da pesquisa.

Desde a implantação deste serviço, a gestão municipal objetiva atender uma população geograficamente definida, e elevar o nível de saúde por meio de atividades de promoção e manutenção à saúde, combater os fatores de risco a indivíduos e a grupos, dentro de um conceito de saúde-doença que possibilite a integralidade do atendimento.

Para o atendimento à população, o CIS funciona das 7h às 19horas, e possui 63 servidores públicos municipais, sendo que, 49 destes possuem formação na área de saúde, os demais referem-se ao apoio administrativo. A equipe de enfermagem é constituída de dois enfermeiros e 10 auxiliares de enfermagem.

Concentra atividades gerenciais, de atendimento e referenciamento a outros níveis de atenção à saúde. Possui uma central de atendimento odontológico, sala própria de eletrocardiografia, bem como oferece aos munícipes uma gama de exames de ultrassonografia.

Atendendo a portaria nº 957/2008 que preconiza o cuidado oftalmológico em todo o território nacional, com ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente⁽¹⁶⁾, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deste município do interior do Estado de São Paulo contratou o serviço de oftalmologia para integrar o CIS.

Desde novembro de 2013 são realizadas 40 consultas por mês nesta especialidade, além do pagamento ao especialista de quatro remoções cirúrgicas de formação carnosa que avança sobre a córnea, conhecida como pterígio, quatro procedimentos de tratamento de doenças da retina com raios laser intitulado fotocoagulação e quatro tratamentos de opacidade capsular no pós-cirúrgico de catarata, denominado yag laser.

No entanto, este serviço esbarra na dificuldade de não ofertar exames diagnósticos para detecção precoce das complicações microvasculares, muitas vezes ocasionadas pelo diabetes mellitus (DM). Fato que obriga o encaminhamento de muitos pacientes, para nova consulta, na cidade vizinha de Bauru, retrocedendo na fila de espera do SUS.

4.3 Casuística

Participaram deste estudo 816 pacientes que foram submetidos ao atendimento oftalmológico, num total de 920 consultas, realizadas no período de novembro de 2013 ao mesmo mês de 2015, e que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter passado em consulta no CIS, ter solicitação de avaliação oftalmológica após consulta médica e consentir em participar do estudo.

Foram excluídos do levantamento os pacientes cujo contato não foi possível devido à mudança de endereço ou de telefone, que evoluíram a óbito, duplicados no banco de dados por motivo de consultas repetidas. Foram excluídos também da entrevista, os que faltaram em data agendada para realização de tratamento proposto.

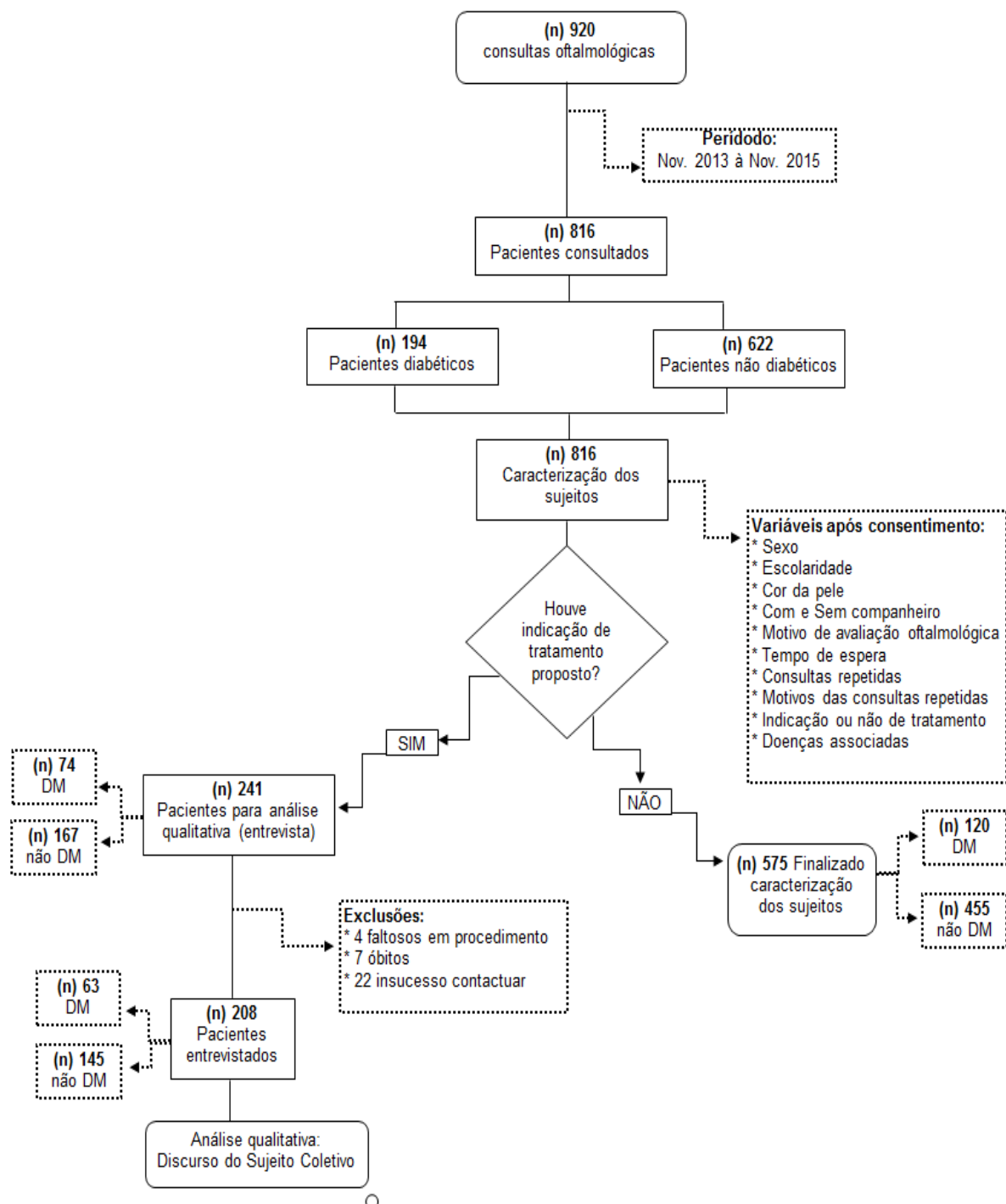
Desta forma, foi adotada a amostra não probabilística, com critérios qualiquantitativos de coleta e processamento de dados.

Para responder os objetivos, os participantes foram divididos em dois grupos, sendo: Grupo A: constituído pelos pacientes diabéticos e Grupo B: composto por participantes não diabéticos.

A figura 3 abaixo demonstra o fluxograma de constituição amostral para o presente estudo.

4.4 Fluxograma de constituição amostral

Figura 3 - Fluxograma de constituição amostral



Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: Nov: Novembro; DM: Diabetes *Mellitus*

4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em duas fases, a saber: Fase I - Caracterização da amostra e levantamento dos atendimentos oftalmológicos realizados no CIS; Fase II - Entrevista com participantes que receberam indicação para realizar cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, após atendimento no CIS.

A primeira fase, destinada ao levantamento dos atendimentos oftalmológicos, ocorreu de janeiro a março de 2016, mediante consulta a um banco de dados institucional. A seguir, foram consultados os prontuários físicos desses pacientes, no intuito de contemplar as informações do instrumento utilizado para coleta dos dados sociodemográficos e caracterização da amostra. (Apêndice I)

Para uma melhor apresentação das informações coletadas neste instrumento, quanto aos motivos de encaminhamento, bem como as comorbidades, buscou-se categorizar, conforme demonstrado nos Quadros 1 e 2 abaixo, possibilitando visualizar os resultados de maneira mais sucinta.

Quadro 1 - Categorização das comorbidades dos pacientes de ambos os grupos

Diabetes	Diabetes tipo 1, tipo 2, diabetes auto-imune latente do adulto (LADA), hipertensão e diabetes associado.
Doenças cardiovasculares	Hipertensão e diabetes associado, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, revascularização do miocárdio, infarto agudo do miocárdio e implantação de stent.
Doenças renais	Doença renal crônica.
Doenças neurológicas	Depressão, esquizofrenia, esclerose, hiperatividade, doença de Parkinson, crises convulsivas.
Doenças da tireóide	Hipotireoidismo, hipertireoidismo.
Doenças respiratórias	Asma, rinite.
Doenças oculares	Glaucoma, cegueira de um olho, retinopatia diabética.
Doenças congênitas	Sífilis congênita, síndrome de Down.
Doenças articulares	Neuro-osteopatia (pé de Charcot).
Doenças secundárias	Dislipidemias, amputação, cefaléia, hepatopatia.

Quadro 2 - Categorização dos motivos de encaminhamento para consulta oftalmológica em centro de atendimento secundário de saúde SUS

Avaliação oftalmológica	<p>Geral: rotina; refração; avaliação do reflexo vermelho; pedido de orientações; avaliação de olho único e prótese; avaliação devido a uso crônico de amiodarona; avaliação de lesão crônica no leito dos cílios; avaliação de lesão em pálpebra; avaliação de grau de óculos.</p>
	<p>Realização de procedimentos: catarata; glaucoma; plástica ocular; sondagem vias lacrimais; exérese de pterígio; exérese de calázio; exérese de cisto; ectrópio; mapeamento de retina; tratamento de hordéolo.</p>
	<p>Queixas: lacrimejamento; prurido ocular; ardência ocular; hiperemia; fotossensibilidade; cefaleia; irritação e secreção; irritação; dor ocular.</p>
	<p>Urgências: conjuntivite; retirada de corpo estranho; descolamento de retina; acidente com solvente.</p>
Alteração na acuidade visual	Alteração na acuidade visual; baixa acuidade visual; miopia.
Outras queixas	Astigmatismo; ceratocone; uso de corticoterapia inalatória; presbiopia; terçol.

Na segunda fase, de abril a dezembro de 2016, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com pacientes que tiveram indicação de tratamento oftalmológico, por meio de contato telefônico convidando-os para comparecer ao serviço em data e horário pré-determinados. Foram utilizadas três questões norteadoras, a saber: O Sr^(a) já realizou o tratamento proposto pelo oftalmologista?; O Sr^(a) encontrou dificuldades? Se sim, quais foram?; o Sr. teria sugestões para melhoria na realização do cuidado oftalmológico proposto? (Apêndice II)

Cabe ressaltar que a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador⁽³³⁾.

O mesmo autor complementa que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua

totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações⁽³³⁾. Deste modo, foram entrevistados 208 pacientes no CIS, com duração média de dez minutos.

As entrevistas foram gravadas digitalmente para posterior transcrição e análise. Ao final, foram eliminadas pela pesquisadora.

Neste estudo, considerou-se resolubilidade a realização dos cuidados oftalmológicos propostos pelo oftalmologista do CIS.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, tendo sido aprovado sob o número de protocolo de estudo 077322/15, CAAE 48082015.9.0000.5411. (Anexo 1)

Os sujeitos da pesquisa foram convidados para participar do estudo e esclarecidos a respeito da finalidade, dos objetivos, dos métodos e da liberdade para retirar o seu consentimento em qualquer fase da sua realização. Além disso, também foram esclarecidos quanto ao sigilo, anonimato e possibilidade de interrupção da participação, sem qualquer prejuízo para sua continuidade do acompanhamento médico na instituição.

O consentimento em participar da pesquisa deu-se mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). (Apêndice III)

4.7 Análise dos dados

4.7.1 Análise quantitativa estatística

Para a organização dos dados foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel, com informações relacionadas à caracterização dos participantes do grupo A e B. Os dados descritivos foram apresentados em tabelas contendo frequências absolutas (n) e relativas (%).

Com a comparação das médias dos dois grupos foi utilizado o teste t de student. E quando a suposição de normalidade fosse rejeitada, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Para avaliação da homogeneidade entre as proporções aplicou-se o método do Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. O nível de significância para os testes foi de 5%. O programa utilizado para realizar as análises foi o programa SAS® System versão 9.4.

4.7.2 Análise qualitativa

Após as entrevistas, os discursos foram transcritos e iniciou-se a análise, utilizando a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é um método qualiquantitativo baseado na Teoria das Representações Sociais⁽³⁴⁾.

Esta teoria engloba um fenômeno, sobretudo urbano, em que o homem manifesta-se, por meio de conceitos, afirmações e explicações, originados no cotidiano, mediante interações sociais, a respeito de qualquer objeto social ou natural⁽³⁵⁾.

O DSC é uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto. O DSC é um espelho coletivo⁽³⁴⁾.

O desafio a que o DSC busca responder é o da auto-expressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando-se a dupla condição qualitativa e quantitativa destes⁽³⁶⁾.

Considerando-se o pensamento, materializado sob forma de discurso, é uma variável qualitativa, ou seja, é um produto a ser posteriormente qualificado. Mas, sendo esse pensamento coletivo, configura-se também como uma variável quantitativa, na medida em que expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos⁽³⁶⁾.

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraíndo-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais ou Acoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Acoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo⁽³⁶⁾.

As expressões-chave são pedaços ou trechos de material (discurso) que formam descrições literais dos depoimentos, revelando a essência do conteúdo das representações ou das teorias subjacentes a estas.

A ideia central é o nome ou expressão linguística que revela e descreve, de maneira sintética e precisa, o sentido presente nos depoimentos. O processo de ancoragem, de acordo com a técnica do DSC, é a manifestação de uma teoria, ideologia ou crença que os autores do discurso professam e acreditam. É por meio das ideias básicas que se identificam as representações sociais sobre o objeto em apreensão, o que está contido no senso comum sobre aquilo que está sob estudo⁽³⁴⁾.

O processo final da técnica do DSC é a elaboração da síntese, ou seja, trata de fazer a reunião: utilizando discurso único redigido na primeira pessoa do singular, expressões-chave que apresentam ideias centrais ou ancoragens semelhantes. É através desse espelho coletivo que o pesquisador tem às suas mãos uma riqueza de informações que lhe auxiliará na condução do plano de cuidado à saúde⁽³⁴⁾.

5 RESULTADOS

5.1 Fase I: Caracterização da amostra e levantamento dos atendimentos oftalmológicos realizados no CIS.

A maioria dos participantes da amostra eram mulheres (61,6%), de cor branca (92,0%), que tinham um companheiro (75,7%) e possuíam ensino médio (65,1%), conforme demonstrado na Tabela 1. A idade média dos participantes foi de 45 anos, variando de 17 dias a 94 anos, com desvio padrão de 21,46.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas dos participantes dos grupos de pacientes diabéticos e de pacientes não diabéticos

Variáveis	Grupo				Total		p*
	Diabéticos		Não diabéticos		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							
Feminino	124	63,9	379	60,9	503	61,6	0,4554
Masculino	70	36,1	243	39,1	313	38,4	
Escolaridade							
Fundamental	22	11,3	140	22,5	162	19,9	<0,0001
Médio	151	77,8	380	16,4	531	65,1	<0,0001
Superior	21	10,8	102	16,4	123	15,1	0,6943
Cor da pele							
Branca	163	84,0	546	87,8	709	92,0	0,2176
Não Branca	31	16,0	76	12,2	62	8,0	
Status marital							
Com companheiro	188	96,9	430	69,1	618	75,7	<0,0001
Sem companheiro	6	3,1	192	30,9	198	24,3	

* p<0,05 - teste t de Student/Qui-quadrado.

As informações referentes às doenças associadas, em ambos os grupos, estão demonstradas na Tabela 2. Do total de participantes, 362 tinham doenças associadas, sendo as mais prevalentes: doenças cardiovasculares (p<0,0001), oculares (2,4%) e as articulares (0,6%), com diferença estatisticamente significativa (p=0,0031 e p=0,0112, respectivamente).

Tabela 2 - Comorbidades dos participantes de ambos os grupos

Variáveis	Grupo						p*
	Diabéticos		Não diabéticos		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Doenças cardiovasculares	120	36,4	148	43,4	268	39,9	<0,0001
Doenças renais	2	0,6	1	0,3	3	0,4	0,0804
Doenças neurológicas	0	0,0	5	1,5	5	0,7	0,2103
Doenças da tireóide	1	0,3	5	1,5	6	0,9	0,6814
Doenças respiratórias	0	0,0	4	1,2	4	0,6	0,2628
Doenças oculares	8	2,4	6	1,8	14	2,1	0,0031
Doenças congênitas	0	0,0	2	0,6	2	0,3	0,4291
Doenças articulares	2	0,6	0	0,0	2	0,3	0,0112
Doenças secundárias	3	0,9	2	0,6	5	0,7	0,0563

* **p<0,05 - teste t de Student/Qui-quadrado.**

Na Tabela 3 estão apresentados os motivos de encaminhamento para consulta oftalmológica em centro de atendimento secundário de saúde.

Nota-se que a maioria dos motivos de encaminhamentos, em ambos os grupos, foram para avaliação oftalmológica generalista 630 (77,2%), com diferença estatisticamente significativa. No entanto, sobressaiu também avaliação de fundo de olho 73 (37,6%) no grupo de diabéticos e, alteração na acuidade visual para os não diabéticos, ambos com significância estatística (p<0,0001 e p=0,0132, respectivamente).

Tabela 3 - Motivos de encaminhamento para consulta oftalmológica em centro de atendimento secundário de saúde SUS

Variáveis	Grupo						p*
	Diabéticos		Não diabéticos		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Avaliação oftalmológica	107	55,2	523	84,1	630	77,2	<0,0001
Alteração na acuidade visual	13	6,7	85	13,7	98	12,0	0,0132
Avaliação de fundo de olho	73	37,6	3	0,5	76	9,3	<0,0001
Outras queixas	1	0,5	11	1,8	12	1,5	0,3553

* **p<0,05 - teste t de Student/Qui-quadrado.**

Na Tabela 4 estão sumarizados o tempo de espera dos participantes para avaliação oftalmológica, em centro de atendimento secundário de saúde. Na comparação dos grupos, diferença estatisticamente significativa foi observada em relação ao tempo de espera inferior (0 a 6 meses), $p=0,0268$, demonstrando que os pacientes não diabéticos aguardaram menos tempo. Nota-se que a maioria dos pacientes diabéticos aguardaram por um período igual ou superior a 12 meses para consultar com o especialista.

Tabela 4 - Tempo de espera dos participantes para avaliação oftalmológica em centro de atendimento secundário de saúde SUS, segundo os grupos

Tempo de espera em meses	Grupo						p*
	Diabéticos		Não diabéticos		Total		
	n	%	n	%	n	%	
0 a 6	26	13,4	130	20,9	156	19,1	0,0268
7 a 11	79	40,7	251	40,4	330	40,4	0,9941
≥ 12	89	45,9	241	38,7	330	40,4	0,0923

* $p<0,05$ - teste t de Student/Qui-quadrado.

Na Tabela 5, estão apresentados os dados dos pacientes que tiveram indicação de cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, após a consulta médica. Nota-se que dos 816 pacientes atendidos no período desta pesquisa, 241 (29,5%) receberam indicação de cuidado oftalmológico após a consulta no CIS. Destes, o maior percentual foi atribuído aos participantes não diabéticos (69,2%), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$).

Tabela 5 - Indicação de cuidado oftalmológico na rede de atenção a saúde após a consulta em ambos os grupos

Grupo	Indicação de cuidado oftalmológico na rede após consulta no CIS						p*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Diabéticos	74	30,7	120	20,8	194	23,7	0,002
Não diabéticos	167	69,2	455	79,1	622	76,2	
Total	241	29,5	575	70,4	816	100	

* $p<0,05$ - teste t de Student/Qui-quadrado.

5.2 Fase II – Entrevista com participantes que receberam indicação para realizar cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, após atendimento no CIS.

Na Tabela 6, estão sumarizadas as justificativas referidas pelos pacientes em relação as dificuldades para realizar o cuidado oftalmológico, indicado pelo especialista em outros pontos da rede. Nota-se que praticamente metade dos participantes referiram ter alguma dificuldade, dentre as quais destaca-se a fila de espera (70,6%), porém sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 6 – Menção dos participantes se houve dificuldades para realizar o cuidado proposto e motivos para não terem realizado o cuidado oftalmológico indicado pelo especialista em ambos os grupos

Variáveis	Grupo				Total	p*	
	Diabéticos		Não diabéticos				
	n	%	n	%			
Dificuldades para o cuidado							
Sim	39	59,1	78	54,9	104	50,0	0,6797
Não	27	40,9	64	45,1	104	50,0	
Motivos de não realizar o cuidado							
Estar aguardando na fila de espera	24	77,4	36	66,7	60	70,6	0,4237
Recusou o cuidado proposto	2	6,5	5	9,3	7	8,2	0,9654
Outros*	5	16,1	13	24,1	18	21,2	0,5571

* $p < 0,05$ - teste t de Student/Qui-quadrado.

* Outros: segunda opinião médica disse que não precisava; equipamento quebrou e retornou à fila de espera; procurou o local errado; mãe desconhecia a solicitação; desconhecimento da indicação de tratamento.

Na sequência serão apresentadas a síntese das entrevistas que contribuíram para elaboração do DSC, agrupado em três temas: Resolubilidade do cuidado oftalmológico sob a ótica dos pacientes; Obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção a saúde e Contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico. Em cada tema apresentam-se as ideias

centrais e os respectivos discursos do sujeito coletivo conforme demonstrado nos Quadros 3, 4 e 5, a seguir.

No quadro 3 encontra-se apresentada a síntese dos DSC referente à resolubilidade do cuidado oftalmológico na rede de atenção a saúde. Desvelou-se que apesar da demora na realização dos tratamentos indicados pelo especialista houve a resolubilidade do problema para 148 munícipes, a despeito do tempo de espera.

Quadro 3 - Síntese dos DSC referentes à resolubilidade do cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde

Tema 1 – Resolubilidade do cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde sob a ótica dos pacientes	
	DSC 1
IC 01 Tratamento de qualidade realizado sem demora (n=33).	Procurei atendimento oftalmológico porque minha vista direita estava embaçada e quando o médico falou que precisava fazer uma limpeza foi muito bom, nem parecia médico de SUS. Achei até mais cuidadoso do que já havia feito no particular, em clínica sabe!
	DSC 2
IC 02 Tratamento demorado entre uma cirurgia e outra (n=115).	Fiz tudo o que o médico me pediu sem problema algum, talvez pudesse melhorar o tempo de espera, porque achei que demorou muito para operar um olho e depois o outro. Mas fui muito bem tratada, nem parecia que era um posto de saúde público, até pelo que a gente escuta falar por aí de outros lugares.

No quadro 4 encontra-se sumarizada a síntese dos DSC sobre os obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde. A opinião coletiva e seu contexto expressados neste quadro mostram que os obstáculos estão atrelados a burocracia, informações incorretas dadas pelos servidores do SUS e falta de prioridade no atendimento aos usuários do serviço. Além da inexistência de condições na rede de atenção à saúde para realizar o cuidado oftalmológico proposto, em decorrência da falta de materiais e equipamentos.

Quadro 4 - Síntese dos DSC sobre obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde, sob a ótica dos participantes

Tema 2 – Obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde, sob a ótica dos participantes	
<p>IC 01 Muita burocracia e informações incorretas (n=10).</p>	<p style="text-align: center;">DSC 1</p> <p>Desde maio de 2015 aguardo meu tratamento pelo SUS. Tramitei para o convênio e foi negado, retornei para o SUS em 04 de janeiro de 2016 e passei por vários setores públicos à toa e não resolveu nada! Quando me ligaram o telefone não atendeu, soube que havia perdido vaga e ido para o fim da fila, após perguntar no posto. Então tive que ir segurando as pontas, mas o que podia fazer, né! Quando consegui levar o exame para o doutor ele disse que o meu olho esquerdo já não tinha mais jeito e que já estou cega mesmo. Disse que preciso cuidar do outro olho, porque já não está bom também.</p>
<p>IC 02 Não há priorização do atendimento (n=16).</p>	<p style="text-align: center;">DSC 2</p> <p>Idoso, cego do olho esquerdo, diabético, hipertenso, amputado na perna e já tinha operado uma vista, anos atrás. Gastei o que tinha e o que não tinha para pagar particular, porque a moça de lá da esquina do hospital me disse que pelo SUS não tinha nem previsão. O médico ainda fala que eu tenho que avaliar o fundo de olho, mas todo ano é a mesma dificuldade! Aguardo nova cirurgia e isso desanima, porque na idade que estou, quase nem tenho esperança de enxergar um pouco melhor e não consigo passar na frente dos que podem esperar.</p>

Quadro 4 - Síntese dos DSC sobre obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde, sob a ótica dos participantes (continuação)

Tema 2 – Obstáculos para a realização do cuidado proposto na rede de atenção à saúde, sob a ótica dos participantes	
<p>IC 03 Falta de materiais e equipamentos (n=34).</p>	<p style="text-align: center;">DSC 3</p> <p>Em 05/03/2014 fui informado que a máquina de cirurgia do hospital quebrou. Cego de um olho, só me restava o outro que começou a embaçar também e eu praticamente já não enxergava mais nada. Já tive dificuldades para fazer o exame necessário para a cirurgia, tinha o exame e não me chamavam para operar e eu gostaria de operar. Consegui o meu tratamento só pela metade e o médico nem pôde examinar melhor, porque não tinha o equipamento necessário. O jeito foi entrar com pedido judicial, via advogado, porque depender do SUS, fica cego!</p>

No quadro 5 estão apresentadas as contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico. Os discursos remetem a necessidade de rever fluxo de atendimento no CIS, bem como a referência e contrarreferência na rede de atenção a saúde, além da gestão dos recursos humanos, materiais e organização do serviço público.

Quadro 5 - Síntese dos DSC sobre contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico

Tema 3 – Contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico sob a ótica dos pacientes	
<p>IC 01 Facilitar o acesso a consultas e exames (n=102).</p>	<p style="text-align: center;">DSC 1</p> <p>Passei no oftalmologista e não consegui fazer nenhum exame que ele me pediu. Me falaram que vou ter que pegar outro encaminhamento com clínico e passar de novo no oftalmologista, e pedir para ele me encaminhar para oftalmologista em outra cidade, porque aqui não faz nada. Poderia melhorar isso! Ser mais rápido para conseguir a consulta e fazer os exames que o médico pede!</p>

Quadro 5 - Síntese dos DSC sobre contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico (continuação)

Tema 3 – Contribuições para a melhoria do cuidado oftalmológico sob a ótica dos pacientes	
<p>IC 02 Ter mais médicos oftalmologistas e melhorar condições de avaliação médica (n=80).</p>	<p style="text-align: center;">DSC 2</p> <p>Acredito que ter mais médicos oftalmologistas pode melhorar o tempo de espera para a consulta porque diminui a fila de espera e o acesso a equipamentos e exames mais rápidos para o médico poder fazer um diagnóstico mais confiável, dar laudos certos, pois senão não adianta e até piora o que já está ruim.</p>
<p>IC 03 Ser tratado no município que reside (n=07).</p>	<p style="text-align: center;">DSC 3</p> <p>Gostaria de poder fazer o tratamento aqui mesmo onde moro. É menor e acho que seria mais rápido. Não dirijo, dependo de carona de amigos, familiares ou ônibus para ir para a cidade vizinha fazer o que o médico indica e para agendar transporte na prefeitura, nem sempre se consegue.</p>

6 DISCUSSÃO

Conhecer os principais problemas de saúde pública permite a produção de movimentos de mudanças com efeitos práticos e concretos nos serviços e práticas de saúde. A análise e evolução das principais doenças seculares permite-nos refletir acerca dos problemas de saúde pública que acometem a sociedade nos dias atuais.

Neste contexto, destacam-se as doenças infecciosas e a fome entre os principais problemas de saúde pública no final do século XIX, passando pelas epidemias de cólera, malária, tuberculose e gripe espanhola no decorrer do século XX⁽³⁷⁾.

No século XXI destacam-se as doenças metabólicas, a despeito da melhora nas condições de vida do homem e desenvolvimento de novas tecnologias médicas⁽³⁷⁾.

Face ao crescimento dos transtornos metabólicos e sua crescente prevalência emerge a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias⁽³⁸⁾.

6.1 Fase I - Caracterização da amostra e levantamento do cuidado oftalmológico realizados no CIS

Os resultados do presente estudo permitiram delinear o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos neste serviço de oftalmologia no período da pesquisa. Houve predomínio de mulheres (61,6%), semelhante a outros estudos conduzidos na área oftalmológica no Brasil^(30,40-45). Além disso, no município estudado, praticamente metade da população é composta de mulheres, que desempenham atividades cotidianas, que requerem uma exigência melhor da coordenação visomotora, o que poderá explicar essa maior frequência na procura por atendimento oftalmológico⁽⁴¹⁾.

Esta realidade difere de outros países em que diferenças socioculturais e econômicas reduzem o acesso das mulheres aos cuidados oftalmológicos⁽⁴⁶⁾. A exemplo disto pode-se mencionar a África, onde a falta de acessibilidade e utilização dos serviços é provavelmente a principal razão para o excesso de cegueira em mulheres⁽⁴⁷⁾.

No que se refere à escolaridade a maioria dos participantes tinham ensino médio. Dado divergente de outras pesquisas acerca do cuidado oftalmológico, em que predominaram pacientes com baixo nível de escolaridade^(43,48).

Quanto à caracterização clínica dos pacientes, observa-se que 53,9% das pessoas atendidas pelo serviço de oftalmologia do CIS apresentavam doenças associadas. Dentre estas as mais relatadas foram diabetes (58,8%) e doenças cardiovasculares (43,4%). Dados corroborados em outro estudo sobre a condição de saúde ocular no Brasil, que atribuíram ao diabetes o fator determinante de perda da visão⁽⁴⁹⁾. Destaque também à hipertensão arterial que, junto com a diabetes, quando bem controladas reduzem significativamente o risco de retinopatia diabética⁽⁴⁹⁾.

Apontadas como condições sensíveis na atenção à saúde, o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são doenças metabólicas responsáveis pelo elevado índice de mortalidade e de hospitalização no SUS e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas acometidas pela insuficiência renal crônica⁽⁵⁰⁾.

Dado ao seu caráter crônico essas doenças impactam na qualidade de vida dos indivíduos, ocasionam mortes prematuras além do impacto econômico negativo para as famílias, comunidades e países⁽⁵¹⁾.

Diante do exposto, é importante enfatizar que o custo econômico das condições crônicas é enorme, visto que reduzem suas atividades de trabalho e/ou perdem o emprego, oneram os prestadores de serviços e apresentam uma enorme perda produtiva para a sociedade em geral⁽⁵¹⁾.

Neste sentido, o DM, caracterizado por uma elevação crônica da concentração de glicose sanguínea (hiperglicemia)⁽⁵²⁾, merece destaque nos estudos que envolvam ações e serviços de saúde necessários para o atendimento integral da população devido a seu impacto na saúde e socioeconômico⁽⁵³⁾. Para fins classificatórios, são mais comuns os tipos 1 e 2, sendo que esta diferenciação pode muitas vezes não ser simples do aspecto epidemiológico, já que o tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos na população, sendo seguido do tipo 1, em menor proporção, 8%⁽³⁸⁾.

O diabetes tipo 1 acomete principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso e devido a destruição das células beta do pâncreas, responsáveis pela liberação de insulina. Neste caso, a hiperglicemia é acentuada evoluindo rapidamente para cetoacidose na presença de infecção ou outra forma de estresse. A administração de insulina é necessária e indispensável⁽³⁸⁾.

Em relação ao diabetes tipo 2, costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos, pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle do quadro hiperglicêmico, manifestando-se geralmente em adultos com longa história de excesso de peso e com história

familiar de DM tipo 2. Esta possibilidade de permanecer assintomático por longo tempo, dificulta a sua detecção clínica pelos sintomas e assim, muitas vezes, é reconhecido pelos seus fatores de risco⁽³⁸⁾.

A longo prazo pode provocar disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração, vasos sanguíneos e está associado também ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias⁽⁵⁴⁾.

Quanto as complicações do DM existem as agudas, dentre as quais destacam-se a hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar; as crônicas abarcam a nefropatia, neuropatia diabética e retinopatia⁽³⁸⁾.

Dados do Ministério da Saúde demonstram que após 20 anos do diagnóstico quase todos os indivíduos com DM tipo 1 e mais de 60% daqueles com DM tipo 2 apresentam alguma forma de retinopatia diabética⁽⁵⁴⁾.

Embora a cegueira seja um evento raro dentre as complicações do diabetes, ela destaca-se como uma das mais severas e impactantes no universo social e econômico da sociedade, sendo a retinopatia diabética uma das desordens microvasculares mais comuns e entre as principais causas de perda visual. Assintomática nas suas fases iniciais, evolui ao longo do tempo, acometendo a maioria dos portadores de diabetes⁽⁵⁵⁾.

Diante deste panorama o diagnóstico de complicações crônicas deve ser realizado precocemente para que as responsabilidades sejam compartilhadas entre a atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde, com intuito de assegurar o acompanhamento e seguimento do caso⁽⁵⁴⁾.

Diante dessas informações, verifica-se que a periodicidade do rastreamento é importante para garantir a relação de custo-efetividade da intervenção preventiva, sugerindo-se que este rastreamento seja realizado anualmente⁽²⁸⁾.

No que tange aos motivos de encaminhamento os achados deste estudo demonstraram que 55,2% dos pacientes referenciados à oftalmologia integravam o grupo de diabéticos. O motivo de encaminhamento mais descrito em ambos os grupos foi a avaliação oftalmológica.

É importante esclarecer que o sistema de referência e contrarreferência pode ser considerado como um dos pontos importantes para viabilizar o fluxo de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção⁽⁵⁶⁾. Diante do exposto, estudos sobre os serviços de saúde demonstram que no Brasil, caberia à atenção primária realizar triagem oftalmológica,

identificando as deficiências visuais e encaminhamento apenas os casos necessários, ao próximo nível de atenção⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

Entretanto, faz-se necessário esclarecer que as UBS do município estudado não dispõem de materiais e/ou equipamentos básicos necessários para triagem oftalmológica, a exemplo da tabela de Snellen e, tão pouco de equipe capacitada para triagens eficientes, portanto é justificável que o motivo de encaminhamento mais descrito na presente pesquisa foi a avaliação oftalmológica.

Este achado também foi apontado em um estudo sobre acesso à saúde ocular, que denota que, apesar de em 2008 ter sido instituída a Política Nacional de Atenção Oftalmológica, é sabido que o usuário do SUS ainda não dispõe de atendimento oftalmológico resolutivo e de ampla acessibilidade, justificando-se assim a maior referência de encaminhamentos à atenção especializada para simples avaliação oftalmológica⁽⁶⁰⁾.

Diante desta realidade, o apoio matricial, também chamado de matriciamento entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” emerge como uma ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes⁽⁶¹⁾.

Compartilhar o cuidado com outros profissionais treinados pode ser uma alternativa à integralidade e à resolubilidade da atenção, separando os casos que realmente precisam da atuação do médico oftalmologista.

A pesquisa demonstrou também que, o grupo de diabéticos contemplou a maioria dos encaminhamentos para avaliação de fundo de olho (37,6%), o que poderia ter sido resolvido na atenção primária se o serviço tivesse recursos materiais e médico generalista qualificado para realizar o exame. É relevante esclarecer que o exame de fundo de olho auxilia o clínico geral da atenção primária a realizar estimativa do tempo de aparecimento do diabetes, além de ser capaz também de diagnosticar retinopatia diabética ou, até mesmo, o edema macular^(1,49-50).

Notou-se que, muitos encaminhamentos não dispunham de maiores informações caso a caso, denotando uma referência fraca. Fato corroborado na literatura ao ressaltar que o médico generalista ou de outra especialidade no Brasil não possui formação necessária para a abordagem de casos oftalmológicos, com conseqüente baixa resolubilidade e encaminhamentos inadequados⁽⁶²⁾.

Contraopondo esta realidade, um estudo recente sobre os níveis de assistência à saúde reforça a necessidade de encaminhamentos que contemplem informações adequadas para a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção⁽⁶³⁾.

Diante do exposto, enfatiza-se que, no SUS mais da metade do que se gasta em oftalmologia é para remunerar apenas a cirurgia de catarata. Além disso, considera-se quase inexistente uma atenção primária oftalmológica que poderia resolver 85% a 90% das principais causas de deficiência visual com um custo menor daquele despendido apenas para os procedimentos mais complexos⁽⁶²⁾.

Este custo/paciente aumenta com o decorrer do tempo, especialmente devido à presença de complicações tardias, que gera grande impacto econômico e social⁽⁶⁴⁾. Logo, em países com as características do Brasil, onde os recursos para o setor saúde são escassos, torna-se essencial a eficiência na provisão dos serviços.

Diante deste cenário e ciente de que o perfil epidemiológico brasileiro vem se modificando desde os anos 1950 e atualmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assumem papel de destaque entre as principais causas de morbimortalidade⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾ considera-se que o impacto da perda visual na vida de uma pessoa é profundo, tanto no lado pessoal como no socioeconômico⁽⁶²⁾ sendo fundamental avaliações periódicas com o oftalmologista para o diagnóstico e tratamento precoce das doenças oculares⁽⁶⁷⁾.

Entretanto, embora seja ressaltado aos pacientes diabéticos a necessidade de consultas oftalmológicas regulares, a fim de detectar qualquer alteração na visão precocemente⁽⁴⁹⁾, os resultados desta pesquisa demonstraram que a maioria dos participantes não diabéticos (40,4%) aguardaram por menos tempo para consultar em relação ao grupo de diabéticos (45,9%), que chegaram a aguardar por, no mínimo, 12 meses pela consulta oftalmológica.

Esta falta de priorização do cuidado oftalmológico, certamente compromete a prevenção e controle de algumas causas evitáveis de cegueira e deficiência visual⁽⁶²⁾ uma vez que estima-se que até 80% dos pacientes que tenham diabetes há 25 anos ou mais desenvolverão retinopatia⁽⁴⁹⁾. Desta forma, o risco de cegueira pela retinopatia diabética (RD) pode ser reduzido a menos de 5% quando o diagnóstico é realizado em tempo adequado e o tratamento realizado corretamente, antes que alterações irreversíveis possam se instalar⁽³⁸⁾.

Paralelo a este fator, podemos citar a não existência do serviço de oftalmologia na rede de atenção à saúde de Agudos, até o ano de 2013. Diante desta inexistência, os municípios

com referência de avaliação oftalmológica eram encaminhados à fila de espera SUS do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI). As concessões de consultas oftalmológicas eram feitas mensalmente, via central de vagas de acordo com a contratualização da Secretaria Municipal de Saúde e o DRS VI. Na medida em que as vagas fossem disponibilizadas, as consultas ocorriam nas cidades vizinhas a este município.

Diante do exposto, surge o questionamento sobre as políticas públicas de saúde que colocam o serviço oftalmológico na atenção especializada, ou seja, em níveis secundário e terciário de complexidade, focados na resolução de enfermidades prevalentes, deixando de lado a promoção primária da saúde ocular⁽⁶²⁾.

Prosseguindo com os achados deste estudo, identificou-se que dos 816 pacientes atendidos no CIS, 241 receberam indicação de cuidado na rede de saúde após a consulta oftalmológica, e destes 30,7% eram diabéticos.

No que refere-se à realização do cuidado indicado pelo oftalmologista, 148 pessoas afirmaram que a resolubilidade foi plenamente viabilizada. Aos demais, que ainda não realizaram o cuidado solicitado, buscou-se investigar as justificativas, com o intuito de ampliar possíveis estratégias de melhoria à condição de saúde ocular destes municípios.

Importante esclarecer que àqueles pacientes cuja indicação de cuidado oftalmológico proposto se encaixasse aos serviços empenhados pela prefeitura, já descritos anteriormente, a resolubilidade era alcançada na íntegra. Entretanto aos demais, cujas necessidades não faziam parte dos serviços empenhados pela Secretaria Municipal de Saúde, restava percorrer os caminhos da rede SUS em busca da realização do cuidado indicado pelo médico oftalmologista.

Cabe detalhar também que, mais da metade dos pacientes do grupo de diabéticos ainda aguardavam por alguma resolubilidade no SUS que, notoriamente apresenta-se ainda fragmentado, com acesso difícil, descontinuação da assistência e comprometendo o atendimento integral, de modo que não responde adequadamente os requisitos da necessidade de saúde⁽⁶⁸⁾.

Entende-se como sistemas de saúde fragmentados aqueles que são organizados através de um conjunto de marcas de saúde isoladas, incomunicáveis e incapazes de prestar atenção contínua à população⁽¹¹⁾. Pode-se inferir que embora grandes avanços tenham ocorrido desde sua criação, o SUS ainda não funciona em consonância plena com seus princípios doutrinários, o que requer contínuo aprimoramento e busca por novas alternativas que permitam sua efetiva implantação, principalmente ao que se refere a saúde ocular dos brasileiros⁽⁶⁹⁾.

Ademais, há que se considerar que é fundamental trabalhar em direção a uma integralidade de ações e garantia de acesso ao oftalmologista, à população com determinado agravo ocular, o que seria possível através da criação de mecanismos facilitados de referência e contrarreferência nos sistemas municipais, e com o engajamento dos gestores de saúde.

Este estudo proporcionou observar que embora o princípio da hierarquização do SUS procure garantir ao cidadão o acesso aos serviços do sistema público de saúde, desde o mais simples até o mais complexo⁽⁴⁹⁾ nesta pesquisa a maioria dos pacientes em ambos os grupos estudados referem ter enfrentado dificuldades para realizar o cuidado proposto pelo oftalmologista, sendo a principal queixa o tempo na fila de espera.

Sabe-se que o problema das filas nas unidades de saúde vem se arrastando durante anos, já que fila é um problema que está na agenda da população⁽⁷⁰⁾. As limitações para o acesso evidenciam filas e insatisfações, em que parte da população não consegue ser atendida nas suas necessidades, expondo o usuário a riscos, ocasionando sentimentos de medo e constrangimento.

A fila é referida como a “porta de entrada” do SUS e pode impor implicações na visão do usuário⁽⁷⁰⁾, entretanto faz-se presente no acesso à serviços de saúde de milhões de brasileiros que caminham em busca de um atendimento digno e resolutivo.

A agilidade nos processos é um dos fatores determinantes para a qualidade dos serviços prestados e, para tanto, neutralizar as filas é uma demanda eminente. O conflito se acentua quando há demanda reprimida, sem discriminação de clientela⁽⁷¹⁾.

Diante destas informações, nota-se a existência de falhas importantes que ocasionam a desarticulação entre os níveis hierárquicos que, somada a má alocação dos recursos financeiros, não tem garantido o acesso universal, integral e equânime à saúde ocular⁽⁷²⁻⁷³⁾.

Por outro lado, relatos dos entrevistados nesta pesquisa sobre a falta de recursos materiais/equipamentos para avaliação oftalmológica, obrigaram muitos pacientes a percorrem outros serviços de saúde em busca da tão almejada resolubilidade. Este achado também foi apontado em outro estudo sobre o atendimento oftalmológico do pré escolar⁽⁷⁴⁾.

Intensificando as colocações acima, outra pesquisa na área oftalmológica desvela que o problema da dificuldade do acesso à saúde ocular no SUS está além do montante financeiro, citando como exemplo os Estados Unidos que, apesar de disporem de recursos financeiros superiores ao brasileiro, enfrentam problemas semelhantes devido a forma como se organiza o sistema de atenção à saúde⁽⁵⁸⁾.

Desta forma, estudos recentes reforçam sobre a necessidade de construção de linhas de cuidados que ordene e amplie o acesso à oftalmologia, oferecido por redes assistenciais integradas entre setores público e privado, com foco na continuidade dos cuidados aos pacientes e seu mais fundamental direito constitucional, a saúde^(24,62).

Diante do exposto, é importante inferir que o principal elemento para a implantação de linhas de cuidado é a integração das redes de saúde com um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços⁽⁷⁵⁾.

Esta integração da saúde através do estabelecimento de redes regionais e integradas de cuidados é uma condição para a qualificação e continuidade dos cuidados de saúde e assume grande importância na superação das lacunas de assistência, racionalização e otimização dos recursos de atendimento disponíveis⁽⁷⁶⁾.

A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha clientes a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o e marcando seu atendimento. Já a contrarreferência acontece quando a situação é resolvida e o paciente é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento⁽⁷⁷⁾.

O estabelecimento de referências e contrarreferências organizam o caminho do usuário pela rede, proporcionando acesso e garantia de cuidados contínuos. Os serviços, quando bem articulados na rede, fortalecem a ação da atenção primária.

A organização das práticas de saúde, a partir das interações no nível da atenção secundária mostra-se em processo de consolidação e pode contribuir para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde no local estudado.

6.2 Fase II – Entrevista com participantes que receberam indicação para realizar cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, após atendimento no CIS.

No presente estudo buscou-se desvelar a resolubilidade do cuidado oftalmológico sob a ótica dos participantes em centro integrado de saúde. Apesar da sua relevância, no Brasil, ainda são escassos os estudos que avaliam essa temática⁽²⁶⁾.

Evidenciou-se que para muitos participantes houve o alcance do cuidado oftalmológico na íntegra a despeito do tempo de espera, sem que houvesse prejuízo para a saúde ocular, uma vez que contemplavam cuidados empenhados pela prefeitura, já mencionados. No

entanto, a resolubilidade de um cuidado prestado requer conhecimento de outros aspectos como: necessidades do local, tipo de abordagem da população, serviços oftalmológicos ofertados, dentre outros fatores⁽⁷⁸⁾.

Neste sentido, a política nacional de atenção em oftalmologia vigente no Brasil propõe ampliação da cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às unidades de atenção especializada em oftalmologia⁽¹⁶⁾. No entanto, os obstáculos desvelados neste estudo, denotam que a resolução dos cuidados oftalmológicos no SUS ainda estão aquém das necessidades dos seus usuários.

Para os participantes as principais condições restritivas ao alcance da resolubilidade de seus problemas de saúde ocular referem-se à burocracia, atrelada ao árduo caminho a ser percorrido quando encaminhados à outro serviço da rede de saúde referenciada.

Realidade comum nos serviços de oftalmologia ofertados pelo SUS conforme mostram alguns estudos, cujos autores sugerem mudanças nas práticas atuais destes serviços, trabalhando com novas gestões e articulações entre a sociedade e o governo⁽⁷⁹⁻⁸²⁾.

Reforçando este achado, um estudo denota que sem coordenação é difícil alcançar alguns objetivos básicos do sistema de saúde, como, por exemplo, continuidade dos cuidados, melhora contínua da qualidade, resolução de problemas no nível adequado com equidade e eficiência⁽⁸³⁾. Denota-se a importância de projetos terapêuticos individualizados, com linhas de cuidados que permeiem todos os serviços de saúde, que contribuam para a autonomia dos pacientes e resolubilidade no cuidado⁽⁷⁰⁾.

Outro dado desvelado na pesquisa refere-se a não existência de um cuidado que priorize as necessidades emergentes dos usuários. Quando o paciente não consegue encaminhamento, fica esperando e nessa espera, muitas vezes, a doença se agrava. Fato que pode estar atrelado ao desconhecimento por parte dos profissionais que trabalham na administração dos serviços de saúde acerca do impacto das morbidades sistêmicas sobre os olhos, falta de uma triagem/classificação de risco oftalmológico e falha na organização/comunicação dos serviços de referência e contrarreferência.

Nesta realidade, não há um critério que priorize aos diabéticos o rastreamento de complicações crônicas. Dado evidenciado em estudo sobre as políticas de saúde, cujos resultados

mostraram que os serviços de saúde estão atendendo uma demanda espontânea, desarticulada e descontinuada⁽⁸⁴⁾.

Como já referido, a questão da falta de agilidade nos serviços do SUS resulta em um círculo vicioso, que se inicia na fila de espera para o agendamento de consultas oftalmológicas. Quando o paciente consegue transpor esta primeira barreira, depara-se com a segunda, que é a espera para a realização do seu tratamento e caso seja necessário um exame complementar para a integralização do atendimento, esta situação se agrava, podendo levar meses ou anos, constatando-se que a resolubilidade dos cuidados oftalmológicos através do SUS está difícil de ser alcançada.

Um dos impasses dessa situação é que os problemas de saúde que poderiam ser resolvidos, são encaminhados para os serviços de referência, sobrecarregando-os⁽⁸⁵⁾. Desta forma, pode-se considerar que há estrangulamentos importantes na oferta e demanda de serviços, pois os gestores municipais não programam o suficiente para atender a demanda da população e nem sempre o que tem programado garante o acesso⁽⁸⁶⁾.

Reforçando este achado, um estudo sobre a demanda reprimida em oftalmologia mostrou que estes serviços tem como desafios a serem enfrentados as longas listas de espera, infraestrutura insuficiente e déficit de recursos humanos⁽⁷²⁾.

A inacessibilidade demonstra que os serviços oferecidos não estão tendo capacidade de suprir a necessidade de vagas, gerando desproporção entre a oferta e a demanda de serviços, com acúmulo de filas de espera. Esse estrangulamento de vagas é decorrente da falta de continuidade no atendimento à saúde⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾.

Um estudo corrobora este achado ao inferir que a percepção dos usuários revelam que o contingente de pessoas a ser atendido é tratado como um desafio enfrentado individualmente por cada um, que precisam contribuir para a superação dessa situação⁽⁸⁹⁾.

Além disso, as indagações acerca deste tema possibilitaram que emergissem nos relatos que evidenciaram a situação precária de equipamentos quebrados, falta dos mesmos para realização de exames mais complexos e até mesmo de recursos materiais obrigando alguns pacientes a buscarem a resolubilidade por conta própria.

Dado real no serviço onde a pesquisa foi realizada, uma vez que diante da não existência dos equipamentos necessários ao diagnóstico médico, o que evidencia a falta e/ou limitação de condições a um cuidado oftalmológico integral e resolutivo aos munícipes, houve os

que dispunham de melhores condições e pagaram por atendimento especializado, entretanto aos que não possuíam condições financeiras, restou recorrer à intervenção judicial.

Importante esclarecer que a oftalmologia, diferentemente do que ocorre em outras especialidades médicas, requer um grande investimento dos gestores na aquisição de equipamentos (cadeira, coluna, lâmpada de fenda etc.), entretanto o que se presencia é o serviço ofertado com pouca infraestrutura que desafia cada vez mais os profissionais de saúde diante da necessidade de atender a população em situação vulnerável as afecções oculares⁽⁴⁹⁾.

Corroborando esta afirmativa, a literatura tem mostrado que um serviço médico que não tem possibilidade de realizar exames diagnósticos para a obtenção de maiores esclarecimentos, estará limitando a capacidade resolutive do profissional e sua atuação de maneira competente⁽²⁴⁾.

Este achado reforça a necessidade de se construir um modelo de saúde que garanta a operacionalização dos serviços considerando a dignidade dos pacientes como cidadãos⁽⁴⁹⁾ No entanto em relação aos serviços públicos, os governos e dirigentes parecem pouco se preocupar com a estruturação, a organização ou a construção de um modelo de atenção integral e de qualidade, centrado no aumento da resolubilidade da saúde ocular⁽⁹⁰⁾.

Outro importante obstáculo desvelado na presente investigação refere-se à dificuldade de comunicação que os pacientes têm com o serviço, tendo como único meio o telefone. Além disso, as informações recebidas pelos profissionais de saúde por este veículo de comunicação são, muitas vezes, incorretas, insuficientes e de pessoas totalmente despreparadas para o exercício desta função⁽⁹¹⁾.

Sabe-se que cada profissional de saúde tem o dever de informar corretamente os usuários de acordo com as necessidades individuais e específicas⁽⁹²⁾. Para este autor, não é necessário transmitir informações técnicas, uma vez que, informar alguém do ponto de vista meramente técnico não significa esclarecer. Sugere-se que a informação seja simples, aproximativa, compreensível e leal, ou seja, disposta dentro dos padrões de entendimento do paciente.

Diante do cenário encontrado neste estudo verifica-se que embora pela Constituição de 1988 saúde seja um direito de todos os Estados e os Municípios não tem conseguido cumprir com este dever totalmente⁽⁹²⁻⁹³⁾. Assim, o cuidado em oftalmologia disponibilizado no SUS enfrenta um duplo desafio: garantir o atendimento integral aos munícipes e, ao mesmo tempo,

implantar redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades, uma vez que persistem as desigualdades e dificuldades de acesso.

Neste sentido, entende-se que a função da regulação possui uma estreita relação com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS⁽⁹⁴⁾.

Todavia, a partir dos relatos, observou-se a fragilidade do acesso e a grande fila de espera para os atendimentos especializados, reforçando assim a prática de encaminhamentos sem resolubilidade. O sistema de referência e contrarreferência fica prejudicado, assim como a necessária integralidade e continuidade dos cuidados⁽⁷⁵⁾.

Alguns autores ressaltam a inexistência de uma alusão ao sistema de contrarreferência por parte dos usuários do SUS, o que sugere sua não efetividade. Isto indica que os pacientes são incorporados aos serviços para os quais foram referenciados, porém, não retroagidos aos de origem, ou quando o são, esse retorno não é formalizado^(56,89).

Para os participantes deste estudo as melhorias deste cuidado no SUS estão atreladas a agilidade no atendimento, ter mais médicos, recursos materiais para realização de exames, espaço físico adequado e possibilidade de ser atendido no município. Dados corroborados em estudo realizado com pacientes oftalmológicos que requerem um sistema de saúde acessível, disponibilizando-se acesso ao médico oftalmologista, de maneira ágil e desburocratizada⁽⁹⁵⁾.

No entanto, para alguns autores, há discordância da proposição de se ter mais médicos oftalmologistas, pois na opinião dos mesmos não há falta de profissionais, mas sim acesso adequado ao usuário do SUS^(60,72).

Outros estudos sobre a prevenção da cegueira denotam que na América Latina 60% da população não tem acesso aos cuidados oculares, em decorrência da falta de política adequada e o desenvolvimento de projetos que possibilitem criar melhores condições para a saúde ocular⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾.

A literatura internacional aponta que os programas voltados para a saúde ocular devem ter como base três pilares fundamentais: desenvolvimento de recursos humanos, de infraestrutura, bem como a integração do cuidados oculares básicos aos cuidados primários de saúde⁽⁹⁸⁾.

Desta forma, os gestores municipais e profissionais de saúde devem refletir sobre a necessidade de revisão das concepções sobre saúde, bem como, sobre as políticas públicas

existentes de referência e contrarreferência, trabalhando pela construção de práticas em saúde baseadas nos sentidos da integralidade. Certamente combatendo o agravamento desnecessário das condições de saúde ocular de diversos pacientes, principalmente os diabéticos, inserindo o acolhimento com classificação de risco, a humanização e o cuidado no seu cotidiano de trabalho para não sobrecarregar as unidades de maior complexidade do SUS⁽²⁴⁾ e conseqüentemente reduzindo assim as filas.

Reconhece-se que uma das limitações está relacionada ao fato do estudo ter sido desenvolvido em um único serviço de saúde com particularidades locais que restringem os resultados a uma única instituição. Acredita-se que seria apropriada a comparação com outros serviços secundários de saúde. Além disso, o estudo transversal é útil para avaliar as necessidades em saúde da população, entretanto não permite estabelecer relações de causa-efeito.

Outro fator a ser considerado refere-se ao tempo transcorrido entre o atendimento no CIS e a realização das entrevistas pela pesquisadora.

Em contrapartida, a pesquisa tornou-se uma ferramenta de auxílio à gestão municipal na substituição gradual do modelo de saúde atual pelo modelo de redes integradas de saúde. Além da reorganização dos processos de trabalho quanto à referência e contrarreferência do cuidado em saúde, de modo que a atenção oftalmológica passe a ser integral, multiprofissional e interdisciplinar aos municípios.

7 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados evidenciaram que o CIS onde a pesquisa foi realizada apresenta condição de resolubilidade para atender, em parte, as reais necessidades oftalmológicas dos usuários do SUS. Do total de pacientes atendidos no período do estudo praticamente 30% receberam indicação de cuidado oftalmológico na rede de atenção à saúde, e destes, 69% não eram diabéticos.

O principal motivo de avaliação oftalmológica foi a consulta com o especialista, em ambos os grupos, cujo tempo de espera foi maior para os pacientes diabéticos, demonstrando que não há critérios que priorizem o atendimento para estes pacientes.

Os discursos apontaram que o município não tem controle sobre os desfechos dos cuidados oftalmológicos referenciados a outros serviços, e tão pouco, da contrarreferência.

As dificuldades de resolução na rede, sob a ótica dos participantes, referem-se à problemas de gestão, burocráticos e à falta de recursos materiais que dificultam a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Desta forma, o estudo tem como produto a proposição de um protocolo para reorganização do cuidado oftalmológico no CIS, tendo como premissas ações regulatórias pautadas em classificação de risco e estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde do município onde a pesquisa foi realizada. Outro produto foi o desenvolvimento de uma cartilha sobre as principais complicações oculares ocasionadas pelo diabetes, para treinamento da equipe multiprofissional.

Referências

1. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (BR). Acesso aos cuidados com a saúde ocular no Brasil. São Paulo; 2012.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
3. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF; 1990.
4. Silva E. Resolutividade dos serviços de saúde. In: Resumos do 15º Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão; 2011; Santa Maria. Santa Maria; 2011.
5. Presidência da República (BR). Decreto 7508/11 - Regulamenta a Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Jun 2011.
6. Presidência da República (BR). Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 Ago 2011.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 1).
8. World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. Copenhagen: WHO; 2004.
9. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
12. World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever. Geneve; 2008.
13. OPS. Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas. Washington, DC.; 2005.
14. Fleury SMT, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
15. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad Saúde Pública. 2004;20:386-402.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria 957/GM de 16 de maio de 2008. Institui a política nacional de atenção em oftalmologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria 288/SAS de 19 de maio de 2008. Define a composição das redes estaduais e regionais de atenção em oftalmologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
18. World Health Organization. Universal eye health: a global action plan 2014-2019. Geneva: WHO; 2013.
19. Rebelo TAA. Retinopatia diabética: uma revisão bibliográfica [dissertação]. Covilhã: Pontifícia Universidade da Beira Interior; 2008.
20. Potter AR. Preventing blindness worldwide. Br Med J. 1994;309(6956):682-3.
21. Temporini ER, Kara-Jose N. A perda da visão: estratégias de prevenção. Arq Bras Oftalmol. 2004;67:597-601.
22. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):663-74.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 1990.
24. Degani VC. A resolutividade dos problemas de Saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da UFRGS; 2002.
25. Chioro A, Scaff A. Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

26. Soares PHL. Demanda e capacidade resolutiva do setor de retina e vítreo de um hospital terciário [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.
27. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado 2017 Ago 15];38(103):733-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400733&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.
28. Coren. Gestão em enfermagem - ferramenta para prática segura. São Paulo: Yendis; 2011.
29. Obeid RCL. Grau de satisfação do paciente oftalmológico atendido em serviço público por instituição privada [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
30. Milhomem SC. Avaliação da qualidade de atendimento em setor de oftalmologia baseada em informações colhidas por questionário dirigido [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
31. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.
32. Kinnear TC, Taylor JR. Marketing research: an applied approach. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1996.
33. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.
34. Lefvre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: Educus*; 2003. (Desdobramentos).
35. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad Pesqui*. 2002;117:127-47.
36. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1193-1204.
37. Telarolli Junior R. Epidemias no Brasil: uma abordagem biológica e social. 2a ed. São Paulo: Moderna; 2011. 120 p.
38. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
39. Hercos BVS, Berezovsky A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(2):213-9.

40. Silva LMP, Muccioli C, Belfort Jr R. Perfil socioeconômico e satisfação dos pacientes atendidos no mutirão de catarata do Instituto da Visão – UNIFESP. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67(5):737-44.
41. Ventura LO, Brandt CT. Projeto Mutirão de Catarata em centro de referência oftalmológico, em Pernambuco: perfil, grau de satisfação e benefício do usuário. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67:231-5.
42. Cavalcanti HDO. Perfil socioeconômico dos usuários da Clínica de Olhos Paulista [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
43. Colossi CG. Perfil socioeconômico dos pacientes submetidos à cirurgia oftalmológica pelo Sistema Único de Saúde em um serviço credenciado na cidade de Porto Alegre [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2004.
44. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(4):819-32.
45. Ribeiro MCSA, Barreto RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. *Cad Saude Publica.* 2006;11(4):1011-22.
46. Courtright P, Lewallen S. Why are we addressing gender issues in vision loss? *Community Eye Health.* 2009;22(70):17-9.
47. Mganga H, Lewallen S, Courtright P. Overcoming gender inequity in prevention of blindness and visual impairment in Africa. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2011;18:98-101.
48. Castellano AG, Moreira LB, Kaimoto T, Moreira H. Aspectos socioeconômicos em pacientes portadores de vício de refração. *Arq Bras Oftalmol.* 1999; 62(6):697-700.
49. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (BR). As condições de saúde ocular no Brasil. São Paulo; 2015.
50. Schmidt MI, Duncan BB, Stevens A, Luft V, Iser BPM, Moura L, Malta DC. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. cap. 4, p. 111-35.
51. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças

- Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
52. Negrato CA. Diabetes: educação em saúde. Bauru, SP: EDUSC; 2001.
 53. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Alexandria; 2010.
 54. Malta DC, Silva JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(1):151-64.
 55. Genz J, Scheer M, Trautner C, Zöllner I, Giani G, Icks A. Reduced incidence of blindness in relation to diabetes mellitus. *Diabet Med*. 2010;27(10):1138-43. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03081.x.
 56. Machado LM, Colomé JS, Beck CL. Estratégia de saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1:31-40.
 57. Benazzi LEB, Figueiredo ACL, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(3):861-8.
 58. Almeida PF. Estratégias de coordenação dos cuidados: Fortalecimento da atenção primária a saúde e integração entre níveis assistências em grandes centros urbanos [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz; 2010.
 59. World Health Organization. Prevention of blindness and deafness. Global initiative for the elimination of avoidable blindness. Geneva: WHO; 2000.
 60. Nishi M, Alves MR. Vale consulta oftalmológica: acesso imediato a saúde ocular. In: Alves MR, Nishi M, Carvalho KM, Ventura LMVO, Schellini SA, Kara-Jose N. Refração ocular: uma necessidade social. Rio de Janeiro: Cultura Medica; 2014. p.136-40.
 61. Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. 236 p.
 62. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (BR). Programa mais especialidades em oftalmologia. São Paulo; 2015.
 63. Núñez TR, Lorenzo IV, Navarrete MLV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de SUS instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20:485-95.
 64. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull. World Health Organ*. 2003;81(1):19-27.

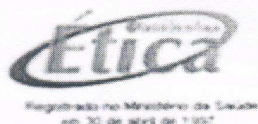
65. Cesse EAP, Freese E, Souza WV, Luna CF. Tendências da mortalidade por DCNT no Brasil: expansão ou redução? In: Freese E, organizador. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Universitária da UFPE; 2006. p. 47-72.
66. Freese E, Fontbonne A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: Freese E, organizador. Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Universitária da UFPE; 2006. p. 17-46.
67. Oliveria JEP, Vencio S, organizador. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
68. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2011 [citado 15 Ago 2017];20(4):867-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_arttext.
69. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. 2011;11-31. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
70. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado: hipertensão arterial e Diabetes. Brasília; 2010.
71. Ayres JRMC, Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizador. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro. Fiocruz; 2005.
72. Machado MC, Kara-Jose N, Arieta CEL, Lourenco JLG, Carvalho RS. Estudo da demanda reprimida em Oftalmologia: Hospital de Divinolândia/Unicamp. Rev Bras Oftalmol. 2012;71:390-3.
73. Guerra M. Modelo de alocação de recursos do Sistema Único de Saúde para organizações hospitalares: Serviços de alta complexidade [tese]. Brasília: Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade de Brasília; 2013.
74. Ferraz FHS, Hirai F, Schellini SA. Estimativas da magnitude e do custo da correção da baixa visão por erro refracional não corrigido no Brasil. In: Alves MR, Nishi M, Carvalho KM, Ventura LMVO, Schellini SA, Kara-Jose N. Refração ocular: uma necessidade social. Rio de Janeiro: Cultura Medica; 2014. p. 35-47.
75. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Cienc Saúde Colet. 2010;15 Supl 3:3579-86.
76. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [citado 15 Ago 2017];16(6):2753-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>.

77. Juliani CMCM. The system of reference and conter reference in attending teenagers: reality x completeness. J Nurs UFPE [Internet]. 2016 [citado 15 Ago 2017];10(3):1016-21. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7050/pdf_9840.
78. Gentil RM, Leal SMR, Scarpi MJ. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Arq Bras Oftalmol. 2003;66:159-65.
79. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: Cecílio LC. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
80. Merhy EE. A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador: contribuições para o planejamento e gestão de serviços. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR).
81. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc Saúde Colet. 1999;4(2):305-14.
82. Gomes MASM. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Ciênc Saúde Colet. 2004;9(4):305-14.
83. Gervas J, Rico A. La coordinación em el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de La Atención Primaria. Semergen. 2005;31:418-23.
84. Mendes HWB, Caldas Junior AL. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001;9(3):20-6.
85. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Cienc Saúde Colet. 2009;14 Supl 1:1523-31.
86. Silva MVS, Silva MJ, Silva LMS, Nascimento AAM, Damasceno AKC. Avaliação do acesso em saúde na 2ª microrregião de saúde, CE. Saúde Soc. 2012;21 Supl 1:107-16.
87. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. Acta Paul Enferm. 2009;22:755-60.
88. Oliveira M, Coimbra V, Kantorski L, Jardim V, Heck R, Ceolin T. Acesso dos usuários de uma unidade de saúde da família a serviços complementares. Cogitare Enferm. 2009;14:30-6.

89. Pontes ANP, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery*. 2009;13:500-7.
90. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília; 2005. 109 p.
91. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII. Da ordem social. Brasília, DF: Senado; 1988. Capítulo II, Seção II, Arts. 196-200.
92. Fortes PAC. Ética, cidadania e busca da qualidade na administração dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*. 1996;(49-50):48-52.
93. Temporão JG. A saúde do Brasil em 2021. In: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, organizadores. *A Saúde do Brasil em 2021: reflexões sobre os desafios da próxima década*. São Paulo: Unic Building Comunicações; 2012.
94. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enferm*. 2009; 14:346-52.
95. Conselho Brasileiro de Oftalmologia (BR). *Mais acesso à saúde ocular*. São Paulo; 2015.
96. Lansingh VC, Eckert KA. Vision 2020: the right to sight in 7 years? *Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol*. 2013;2:26-9.
97. Portes AJF, Portes ALF, Bonfadini CG, Shinzato FA, Pecego MG, Silva ASSB. Prevenção à cegueira em crianças de três a seis anos de idade assistidas pelo Programa de Saúde da Família-Lapa, Rio de Janeiro. *Rev Bras Oftalmol*. 2007;66:155-9.
98. Dyer G. *Programa Visão 2020 a Nível distrital*. London: Internacional Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2005.

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES DE AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA EM CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO EM RELAÇÃO À RESOLUTIVIDADE

Pesquisador: Inês Paula Regina Mainini Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48082015.9.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.227.288

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo com base em levantamentos de dados do Centro Integrado de Saúde de Agudos baseando-se nos atendimentos oftalmológicos daquela unidade entre novembro 2013 e novembro de 2013 a novembro de 2015. O estudo se baseará nos arquivos da unidade básica de saúde. Todos os pacientes incluídos também responderão a um questionário para coleta de dados pelos pesquisadores, buscando identificar indicadores da qualidade do atendimento oftalmológico daquela unidade. A amostra pretendida é de 920 pacientes e o custeio do projeto será feito pelos pesquisadores com recursos próprios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as solicitações de avaliação oftalmológica no Centro Integrado de Saúde de Agudos, em relação à resolutividade.

Objetivo Secundário:

1. Identificar a prevalência de demanda de avaliação oftalmológica em pacientes diabéticos e não diabéticos. 2. Identificar as principais causas de solicitação de avaliação oftalmológica em pacientes diabéticos e não diabéticos. 3. Identificar o tempo de espera para o atendimento

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa (continuação)



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 1.227.288

oftalmológico.4. Identificar a prevalência de pacientes que foram submetidos ao tratamento médico proposto, em ambos os grupos.5. Propor estratégias para otimizar o tratamento aos pacientes que necessitam de atendimento oftalmológico neste município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos.

Benefícios:

Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente que busca atendimento oftalmológico no Centro Integrado de Saúde de Agudos, com base em proposta de novas estratégias (ou reforço das vigentes), baseado na análise dos resultados do estudo proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo importante com possibilidade de melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes que buscam o atendimento oftalmológico no Centro Integrado de Saúde da cidade de Agudos, e propor novas estratégias para otimizar a assistência aos pacientes. Certamente, seus resultados serão de grande valia ao sistema de saúde e deve ser executada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão corretos.

TCLE escrito em linguagem simples e escrito em forma de convite.

Nada a declarar

Recomendações:

Recomendo a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações. Sugiro aprovação, sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 14/09/2015, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que tão logo o presente estudo seja concluído, deverá ser enviado o respectivo "Relatório Final de Atividades", via plataforma Brasil através de "NOTIFICAÇÃO"

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP



Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
(continuação)

				
<p>Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997</p>				
<p>Continuação do Parecer: 1.227.288</p>				
<p>Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:</p>				
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA PESQUISA MESTRADO - REGINA.pdf	14/07/2015 22:45:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE MESTRADO - REGINA.doc	14/07/2015 22:48:04		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO ASSINADA.pdf	05/08/2015 22:20:37		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_554980.pdf	05/08/2015 22:24:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PROJETO - REGINA.doc	10/08/2015 21:34:48		Aceito
Outros	ANUENCIA INSTITUCIONAL DO EAP.pdf	10/08/2015 21:45:10		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_554980.pdf	10/08/2015 21:46:01		Aceito
<p>Situação do Parecer: Aprovado</p>				
<p>Necessita Apreciação da CONEP: Não</p>				
<p style="text-align: center;">BOTUCATU, 14 de Setembro de 2015</p>				
<p style="text-align: center;"> <hr/> Assinado por: SILVANA ANDREA MOLINA LIMA (Coordenador) </p>				
<p>Endereço: Chácara Butignolli, s/n Bairro: Rubião Junior UF: SP Município: BOTUCATU Telefone: (14)3880-1608 CEP: 18.618-970 E-mail: capellup@fmb.unesp.br</p>				
<p style="text-align: right;">Página 03 de 03</p>				

ANEXO II – Termo de autorização para pesquisa em prontuário**PREFEITURA MUNICIPAL
AGUDOS****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO**

Eu, Marli Aparecida Rondina Arantes, Secretária Municipal de Saúde da cidade de Agudos - SP , venho pelo presente, autorizar a Enfermeira Inês Paula Regina Mainini Oliveira a realizar o projeto "**Análise das solicitações de avaliação oftalmológica em centro integrado de atendimento secundário em relação à resolutividade**" que será realizado por meio de consulta a prontuários/entrevistas de pacientes submetidos à consulta oftalmológica no Centro Integrado de Saúde, no período de novembro de 2013 à novembro de 2015. Esta pesquisa será orientada pela Prof.^(a) Dr.^(a) Silmara Meneguim, docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da "Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho".

Marli Aparecida Rondina Arantes
Secretária Municipal de Saúde

08 / 07 / 2015

ANEXO III – Mudança de título em projeto de pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA*

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado

Título constante no parecer inicial de aprovação:

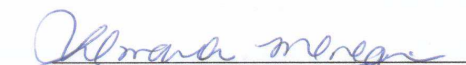
Análise das solicitações de avaliação oftalmológica em centro integrado de atendimento secundário em relação à resolutividade.

Título final:

Resolubilidade do cuidado oftalmológico em centro de atendimento secundário sob a ótica dos pacientes diabéticos e não diabéticos.

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 14/09/2015.

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.


PhD Prof^a. Dr^a. Silmara Meneguim
Nome/assinatura original do^(a) Orientador^(a)


Inês Paula Regina Mainini Oliveira
Nome/assinatura original do^(a) Orientado^(a)

* Projetos submetidos via Plataforma Brasil: preencher o formulário, digitalizar e postar no sistema Plataforma Brasil (em Projeto Aprovado clicar em Notificação); a seguir protocolar o formulário no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação;

* Projetos submetidos anteriormente a Plataforma Brasil: preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação.

APÊNDICE II - Roteiro para a entrevista

Ficha Nº _____
Prontuário Nº _____

1. NOME (INICIAIS): _____	2. SEXO: () Masc () Fem
3. DN.: ____/____/____	4. IDADE: _____ ANOS
5. DM : () Sim () Não DM TIPO I () TIPO II () NÃO SABE ()	
6. TRATAMENTO PROPOSTO APÓS A CONSULTA OFTALMOLÓGICA: _____	
7. JÁ REALIZOU O TRATAMENTO PROPOSTO PELO OFTALMOLOGISTA? () Sim () Não Se sim, onde realizou o tratamento proposto? _____ Data: ____/____/____	
8. Se não, especifique o motivo. _____	
9. ENCONTROU DIFICULDADES EM REALIZAR O TRATAMENTO PROPOSTO? () Sim () Não Se sim, quais? _____ _____	
10. NA SUA OPINIÃO, QUAL A SUA SUGESTÃO PARA MELHORIA NA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PROPOSTO? _____ _____	

APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr^(a) _____ está sendo convidado^(a) para participar de uma pesquisa chamada "Análise das solicitações de avaliação oftalmológica em Centro Integrado de atendimento secundário em relação à resolutividade", que objetiva analisar as solicitações de avaliação oftalmológica neste serviço em que o Sr^(a) é atendido.

Para tanto, estamos solicitando sua autorização para buscar nos registros de seu prontuário informações que possam nos auxiliar nesta pesquisa, assegurando o devido sigilo e confidencialidade. Contudo, após a análise dos prontuários, os pacientes que receberam o encaminhamento do médico oftalmologista para realizar algum tratamento serão convidados também para participar de uma entrevista no intuito de saber se o tratamento foi realizado e quais as suas sugestões para melhorias. O tempo estimado para realização da entrevista é de aproximadamente quinze minutos.

O Sr^(a) será esclarecido^(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e também é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é totalmente voluntária e a recusa em participar não irá ocasionar qualquer penalidade. Esta pesquisa não lhe trará nenhum risco e nenhuma despesa. A divulgação dos resultados da análise será realizada sob forma de trabalhos científicos, com divulgação em eventos e revistas científicas, e você não será identificado^(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Em qualquer fase do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para eventuais dúvidas. A pesquisadora Inês Paula Regina Mainini Oliveira pode ser encontrada no telefone (14) (9) 9694-9820. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608. Uma via assinada deste documento ficará com você e a outra com o pesquisador por cinco anos.

Pelo presente instrumento, eu _____ devidamente esclarecido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, e ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, que manterá sigilo sobre minha identidade, de que a mesma estará disponível para responder a quaisquer perguntas, de que posso retirar este consentimento a qualquer hora sem prejuízo, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

Botucatu, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do sujeito da pesquisa

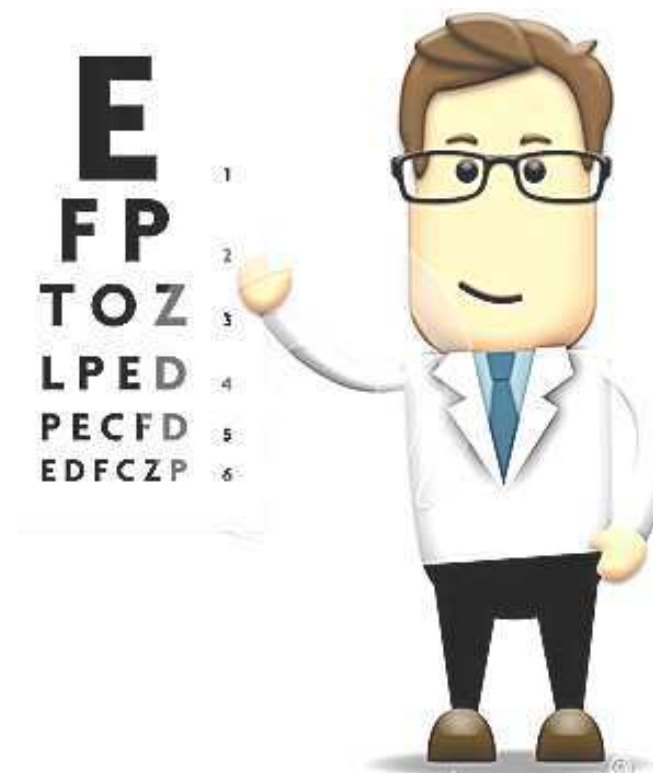
Assinatura do pesquisador responsável
Inês Paula Regina Mainini Oliveira
Rua: Sérgio Malheiros nº 9-20 - Bairro: Jardim Olímpico
Bauru - SP Fone: (14) 3203-3745 / (9) 9694-9820

APÊNDICE IV – Manual informativo: De olho na saúde ocular



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS
Secretaria Municipal de Saúde

DE OLHO NA SAÚDE OCULAR



*Cuide de seus olhos...
... pois há um mundo para se ver!*

CARTILHA DE ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE OCULAR

ELABORAÇÃO:

Enf^a Inês Paula Regina Mainini Oliveira
Discente: Mestrado Profissional em Enfermagem
Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"
Faculdade de Medicina de Botucatu

ORIENTAÇÃO:

Prof^a Dr^a Silmara Meneguim
Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

APROVAÇÃO:

Sr. Leandro Correa
Secretário Municipal de Saúde
Agudos/SP

Data da elaboração: 1º/01/2017

REFERÊNCIAS

- Aquino, J. A. *et al.* Cartilha de Orientações sobre Diabetes
Divinópolis, 2015.
- BELFORT Jr. R., ZIN A., NAKANAMI Cr. Oftalmopediatria.
Editora Roca, São Paulo, 2010.
- Brasil. Acesso aos cuidados com a saúde ocular no Brasil.
CBO, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica:
Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica -
Diabetes Mellitus, n. 36, Brasília, 2013.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-
2015/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio
Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica,
2015.
- Wilkinson CP, Ferris FL 3rd, Klein RE, Lee PP, Agardh CD,
Davis M et al. Proposed international clinical diabetic
retinopathy and diabetic macular edema disease severity scales.
Ophthalmology, 2003.
- Morales PH, Lavinsky D, Vianello S *et al.* Parecer da Sociedade
Brasileira de Retina e Vitreo – Retinopatia Diabetica, 2010.
- Schmidt, M. I. *et al.* Doenças Crônicas não transmissíveis no
Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. Brasil, 2009.
- Taleb AC, Avila M, Moreira H. As Condições de Saúde Ocular
no Brasil. 1.ed. São Paulo: Conselho Brasileiro de
Oftalmologia, 2009.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	04
O OLHO.....	05
QUAL MÉDICO PROCURAR PARA CUIDAR DA SAÚDE OCULAR?.....	06
DIABETES E RETINOPATIA DIABÉTICA	08
A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE SISTÊMICO.....	11
EDEMA MACULAR DIABÉTICO.....	14
CATARATA.....	17
GLAUCOMA.....	24
RECOMENDAÇÕES AOS PACIENTES.....	28
REFERÊNCIAS.....	30



INTRODUÇÃO

Com a evolução da assistência em saúde, prolongou-se a expectativa de vida das pessoas, com conseqüente aumento da população de idosos e de doenças oculares, predominantemente, as crônico-degenerativas.

No Brasil, consideram-se que entre as causas mais importantes de deficiência visual estão a catarata, o glaucoma, sequelas de trauma, retinopatia diabética, degeneração macular relacionada à idade e doenças metabólicas não tratadas.

A pessoa que possui baixa acuidade visual tende a apresentar diminuição da autoestima, depressão, maior probabilidade de trauma por quedas, produtividade diminuída e acarreta gastos extras para a família, comunidade e governo.

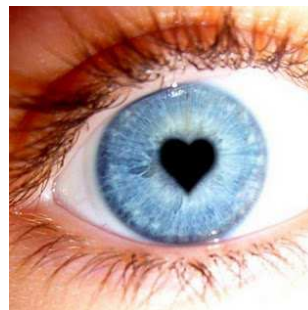
Desta forma, a idéia desta cartilha é incentivar e potencializar a discussão do assunto com os pacientes, como forma de prevenção da cegueira e diagnóstico precoce das doenças, já que trata-se de uma questão importante de saúde pública.

Conte conosco!

RECOMENDAÇÕES AOS PACIENTES

* Mantenha a sua pressão arterial controlada, pois a pressão alta acelera o desenvolvimento de complicações crônicas do **DIABETES**.

* Mantenha controlado o seu nível de gorduras no sangue (HDL, LDL e triglicérides), pois quando altos, também aceleram o desenvolvimento de complicações crônicas.



Vá até o Centro de Especialidades de sua cidade e agende uma consulta com o oftalmologista.

Lembre-se: O diagnóstico precoce é fundamental para o controle de qualquer doença.

Não se descuide da adesão ao tratamento. Muitas pessoas deixam de seguir as recomendações do médico, primeiro pela ausência de sintomas, depois, porque os medicamentos são muito caros. Esse descuido pode ter graves conseqüências.

"O amor acrescenta uma preciosa visão aos olhos"

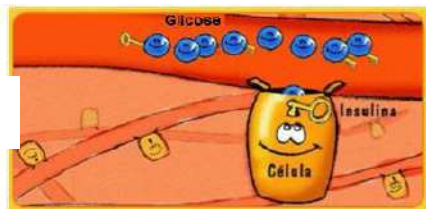
William Shakespeare

CUIDE-SE!

RECOMENDAÇÕES AOS PACIENTES

Como você pode ver, se o **DIABETES** não for tratado e a glicose permanecer acima do recomendado pelo seu médico por muito tempo, podem surgir problemas nas veias muito finas e esses problemas, às vezes, se tornam um grande transtorno. Mas você pode evitar estes problemas! Saiba como:

PREVINA-SE!



- * Mantenha o diabetes sempre controlado. O controle continuado da glicemia diminui muito a ocorrência e progressão das complicações da diabetes.
- * Consulte sempre o seu médico e faça exames regularmente.
- * Mantenha o seu peso ideal para a sua altura, alimentando-se de forma saudável.
- * Pratique exercícios físicos orientados regularmente.
- * Não fume e evite o consumo de álcool.
- * Tome seus medicamentos conforme prescritos pelo médico.

O OLHO



O olho é o órgão que possibilita a visão. Permite detectar a luminosidade e converter as variações desta num impulso nervoso que é interpretado pelo cérebro.

Ele projeta as imagens que capta na retina, um tecido que dispõe de células que transformam a luz nos impulsos nervosos que, finalmente, chegam ao cérebro.



Também pode sofrer diversas doenças. Em alguns casos, as mesmas são aliviadas ou revertidas através da utilização de óculos. Noutros, a doença exige uma intervenção cirúrgica ou a administração de fármacos (remédios).

A prevenção, sempre é o melhor remédio!

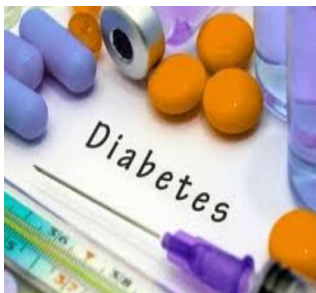
QUAL MÉDICO PROCURAR PARA CUIDAR DA SAÚDE OCULAR?



OFTALMOLOGISTA

O médico oftalmologista realiza cirurgias, prescreve tratamentos e correções para os distúrbios de visão.

Nesta cartilha, vamos falar um pouco sobre o DIABETES e a SAÚDE OCULAR



O Diabetes é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar (glicose) na corrente sanguínea. A glicose é a principal fonte de energia do organismo. Desse modo, os alimentos que ingerimos são transformados em glicose.

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, que faz o transporte do açúcar do sangue para dentro das células. Quando se tem diabetes, o pâncreas tem uma deficiência de produção de insulina ou a insulina produzida não funciona adequadamente.

GLAUCOMA TEM TRATAMENTO?

Inicialmente, o tratamento é clínico e a base de colírios. Existem medicações por via oral que só são usadas em casos emergenciais.

Portanto, a medicação oftalmológica é usada por prazo curto enquanto se trata a outra doença que provocou o glaucoma, por exemplo, **DIABETES**.



O glaucoma mais comum exige o uso constante de colírios pela vida inteira, porque não tem cura.

Como pode ser controlado por meio de medicação, cirurgia ou raio laser, o paciente precisa ser mantido sob controle ininterruptamente.

ATENÇÃO: Tratamento inadequado ou falta de tratamento podem levar à **CEGUEIRA**.

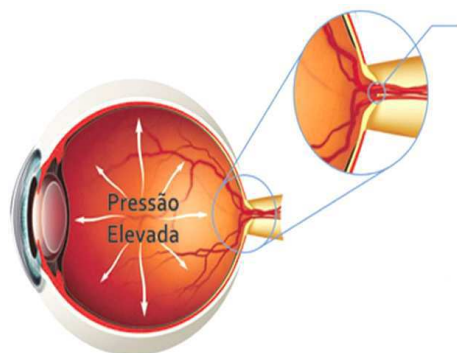
COMO SABER SE TENHO GLAUCOMA?

DIAGNÓSTICO

De modo geral, dois sinais merecem a atenção:

- * Pressão intraocular acima da média;
- * Alterações no nervo ótico, perceptíveis no exame de fundo de olho.

Outros fatores podem ajudar a confirmar o diagnóstico.



**GLAUCOMA
CAUSA
DANO NO
NERVO
ÓTICO**

São pacientes de risco:

- * Os negros, pois têm maior tendência a desenvolver pressão alta.
- * Pessoas com mais de 35 anos e os **portadores de DIABETES**.
- * O histórico familiar também é importante para o diagnóstico, pois cerca de 6% das pessoas com glaucoma já tiveram outro caso na família.

Com isso, os níveis de glicose ficam elevados e, ao longo do tempo, isso pode causar uma série de complicações, tais como infarto, derrame, problemas renais, feridas de difícil cicatrização, além de **problemas visuais**.

É muito importante que você tenha conhecimento sobre esta doença (a **DIABETES), pois assim saberá o que fazer para prevenir as complicações e ter uma melhor qualidade de vida.**

O olho é um dos principais órgãos acometidos pela diabetes podendo levar inclusive à cegueira, caso não seja realizado o tratamento adequado. Por isso, é extremamente importante realizar anualmente o exame de fundo de olho em portadores de diabetes e pessoas acima de 40 anos de idade.

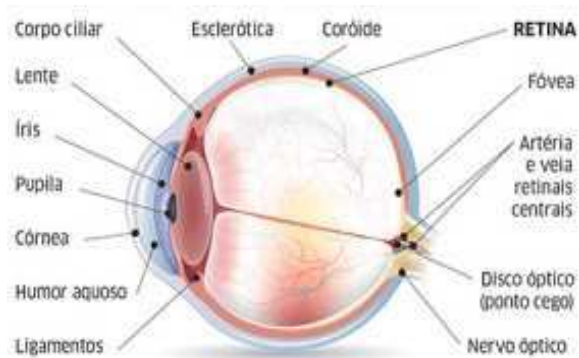
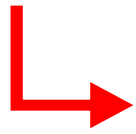


No caso de olhos já acometidos por doenças como a Retinopatia Diabética, o cuidado deve ser redobrado e o paciente deverá seguir os retornos conforme a orientação do oftalmologista em seu tratamento.

A visão é nosso principal contato com o mundo externo e precisa de cuidados frequentes!

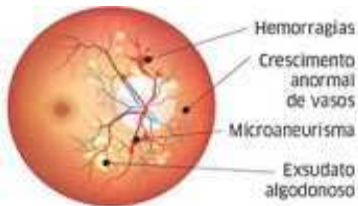
DIABETES E RETINOPATIA DIABÉTICA (RD)

**OLHO
NORMAL**

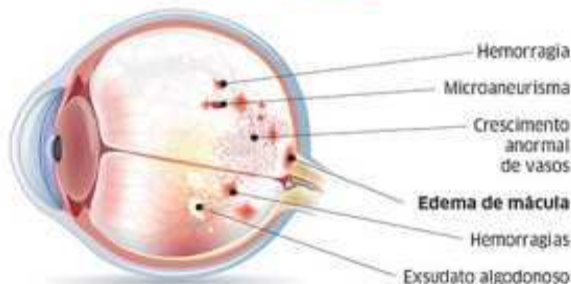


O diabetes, quando não controlado, pode levar a problemas visuais, inclusive, podendo causar cegueira. A doença pode provocar lesão nos vasos sanguíneos e causar hemorragia na retina (parte posterior do olho onde se forma a imagem ou visão que é traduzida pelo cérebro), morte das células nervosas acompanhada de diminuição da visão.

- ▶ É causada pelo acúmulo de açúcar nos vasos sanguíneos que irrigam a retina
- ▶ É a principal causa de cegueira na população entre 19 e 60 anos



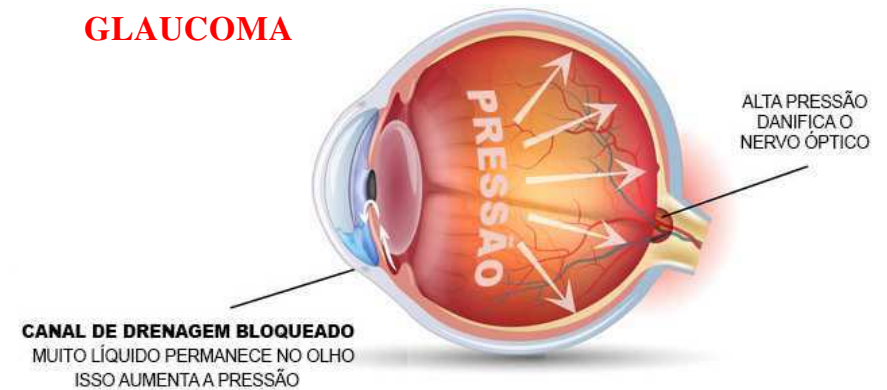
**RETINOPATIA
DIABÉTICA**



O QUE PODE CAUSAR O GLAUCOMA?

Ele é causado por uma alteração anatômica na região do ângulo da câmara anterior, que impede a saída do humor aquoso (que é um líquido incolor, constituído por água (98%) e sais dissolvidos (2%) - predominantemente cloreto de sódio) que preenche as câmaras oculares (cavidade do olho, entre a córnea e o cristalino) e aumenta a pressão intraocular.

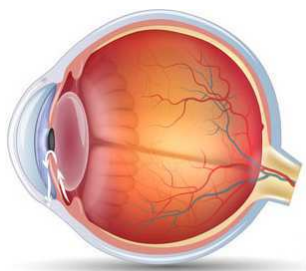
**OLHO COM
GLAUCOMA**



SINTOMAS

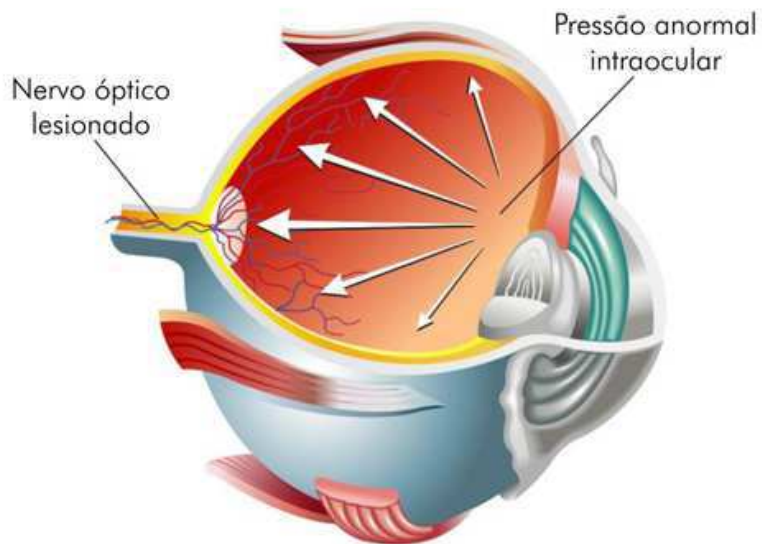
Glaucoma é uma doença assintomática no início. A perda visual só ocorre em fases mais avançadas e compromete primeiro a visão periférica. Depois, o campo visual vai estreitando progressivamente até transformar-se em visão tubular. Sem tratamento, o paciente fica cego.

GLAUCOMA



**OLHO
NORMAL**

Glaucoma é uma doença ocular causada principalmente pela elevação da pressão intraocular que provoca lesões no nervo ótico e, como consequência, comprometimento visual. Se não for tratado adequadamente, pode levar à cegueira.



Há vários tipos de glaucoma. O glaucoma de ângulo aberto, representa mais ou menos 80% dos casos, incide nas pessoas acima de 40 anos e pode ser assintomático.

Essa alteração é chamada de **Retinopatia Diabética**, muitas vezes, ela se desenvolve de forma lenta, progressiva (crescente) e sem sintomas. Desta forma, é fundamental para a prevenção desta complicação que o diabético faça avaliações periódicas com o oftalmologista para o diagnóstico e tratamento precoce.



**Controle o diabetes para
viver mais e melhor!**

O controle da pressão arterial sistêmica, dos níveis de colesterol e triglicérides também são importantes na redução do risco de cegueira, provocada pela doença.

A retinopatia diabética (RD) é uma das principais complicações relacionadas ao diabetes *mellitus* (DM) e a principal causa de cegueira em pessoas com idade entre 20 e 74 anos.

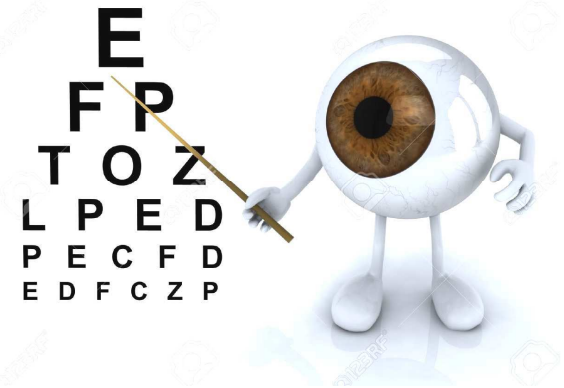


Na RD, a principal causa de baixa visual é o edema macular, podendo estar presente desde as fases iniciais da retinopatia até em casos nos quais há doença proliferativa grave, acometendo 30% dos pacientes com mais de 20 anos de diabetes.



O risco de cegueira pela RD pode ser reduzido a menos de 5% quando o diagnóstico é realizado em tempo adequado e o tratamento realizado corretamente, antes que alterações irreversíveis possam se instalar.

Cuide-se!



RISCOS: Com a modernização da técnica cirúrgica no tratamento da catarata o procedimento está cada dia mais seguro, no entanto, embora pequenos, os riscos existem como:

- Deslocamento da retina,
- Elevação da pressão intraocular e
- Lesão do endotélio corneano (lesão na córnea).



Por isso, vá ao oftalmologista.

A SAÚDE OCULAR É MUITO IMPORTANTE!



PODE-SE EVITAR CATARATA?



Não é possível evitar a catarata decorrente da predisposição genética ou envelhecimento. Os outros tipos, no entanto, são evitáveis com alguns cuidados:

- Não usar colírios ou qualquer medicação sem indicação médica.
- Manter o **DIABETES** sob controle.
- Evitar o cigarro e o álcool.
- Usar óculos de sol com lentes confiáveis.
- Procurar um oftalmologista o mais rápido possível em casos de traumas ou inflamação nos olhos.

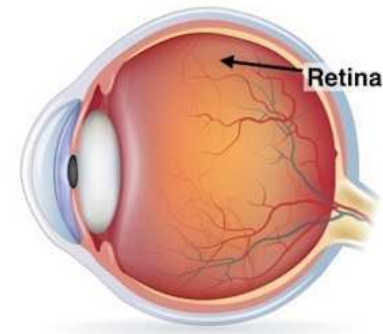
A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE SISTÊMICO

O tempo de duração do diabetes e o controle glicêmico são, respectivamente, os dois fatores mais importantes relacionados ao desenvolvimento e a gravidade da Retinopatia Diabética.

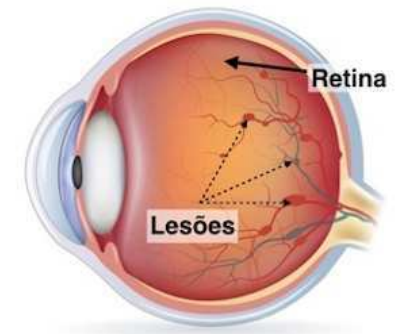


Assim, o controle glicêmico adequado torna-se fundamental para a prevenção e diminuição das complicações relacionadas a doença.

Normal



Retinopatia

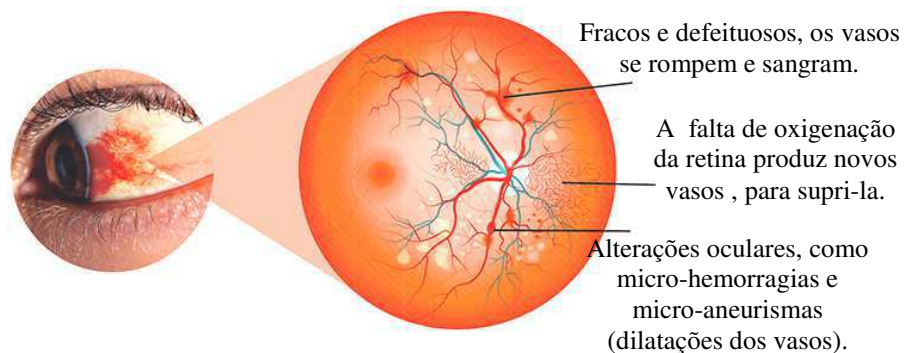


SINTOMAS

A doença em geral é silenciosa e os sintomas de alerta surgem já no estágio avançado.

- * Baixa súbita da visão
- * Manchas pretas nos olhos
- * Sensações de feixes de luz

Nessa fase o paciente tem 75% de chances de ficar totalmente cego.



MAIORES RISCOS

- * Pacientes **DIABÉTICOS**
- * Hipertensos
- * Fumantes
- * Sedentários
- * Para os que consomem bebida alcóolica
- * Alterações elevadas do colesterol e triglicerídeos



Quando conhecemos... Cuidamos!

SINTOMAS DE CATARATA

Perda de nitidez e acuidade visual.

Sensação de visão turva ou embaçada.

Alteração contínua no grau de refração.

Maior sensibilidade à luz.

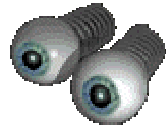


O diagnóstico de catarata é feito pelo oftalmologista!

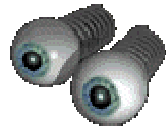
TIPOS DE CATARATA



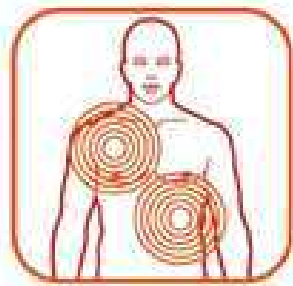
TRAUMÁTICA: Decorrente de agressão física, grandes quedas ou acidentes automobilísticos que lesionam (machucam) o cristalino (lente dos olhos).



MEDICAMENTOSA: Surge pelo uso abusivo de alguns medicamentos.



METABÓLICA: Causada por alterações no metabolismo, como **DIABETES**, colesterol alto, doenças do fígado e problemas hormonais.



CONTROLE E TRATAMENTOS

O mal é incurável, porém pode ser controlado, desde que acompanhado anualmente. Os tratamentos tentam evitar que o mal evolua para o estado grave.

Fotocoagulação a laser: trata a retina sem oxigênio com o objetivo de diminuir os vasos.

Injeções intravítreas: medicações para diminuir o inchaço das retinas e alterações dos vasos.

Cirurgia da retina: reservada para os casos mais graves.

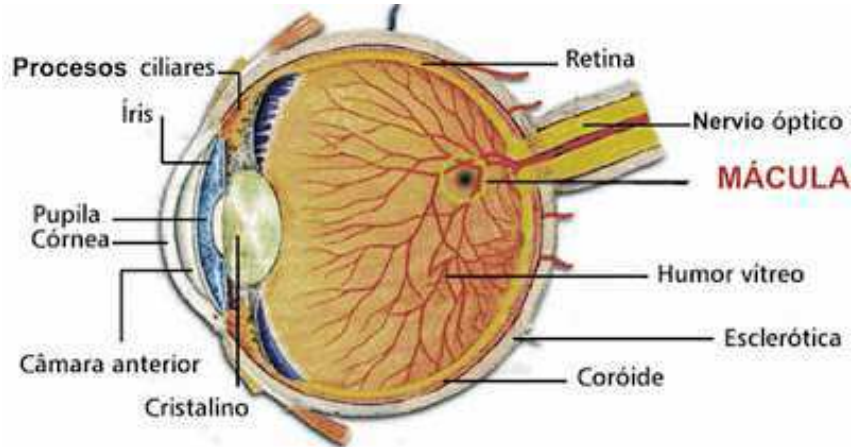


CONTROLANDO
DIABETES

SIM, quero ser mais saudável!

EDEMA MACULAR DIABÉTICO

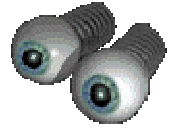
Mácula é uma área especializada no centro da retina responsável pela visão nítida.



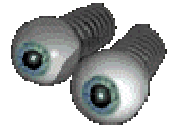
Aqueles que têm retinopatia diabética também podem manifestar o Edema Macular Diabético (EMD), provocado pelo acúmulo de líquido e de proteínas na **região da mácula, que é responsável pela visão central e das cores**. Assim, a retina fica inchada, prejudicando a visão.

Por isso, os pacientes diabéticos devem fazer visitas regulares ao oftalmologista, além de adotarem hábitos saudáveis.

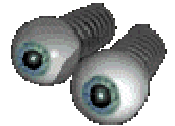
TIPOS DE CATARATA



SENIL (idoso): Surge em função do envelhecimento, quando o cristalino perde suas características (transparência e mobilidade).

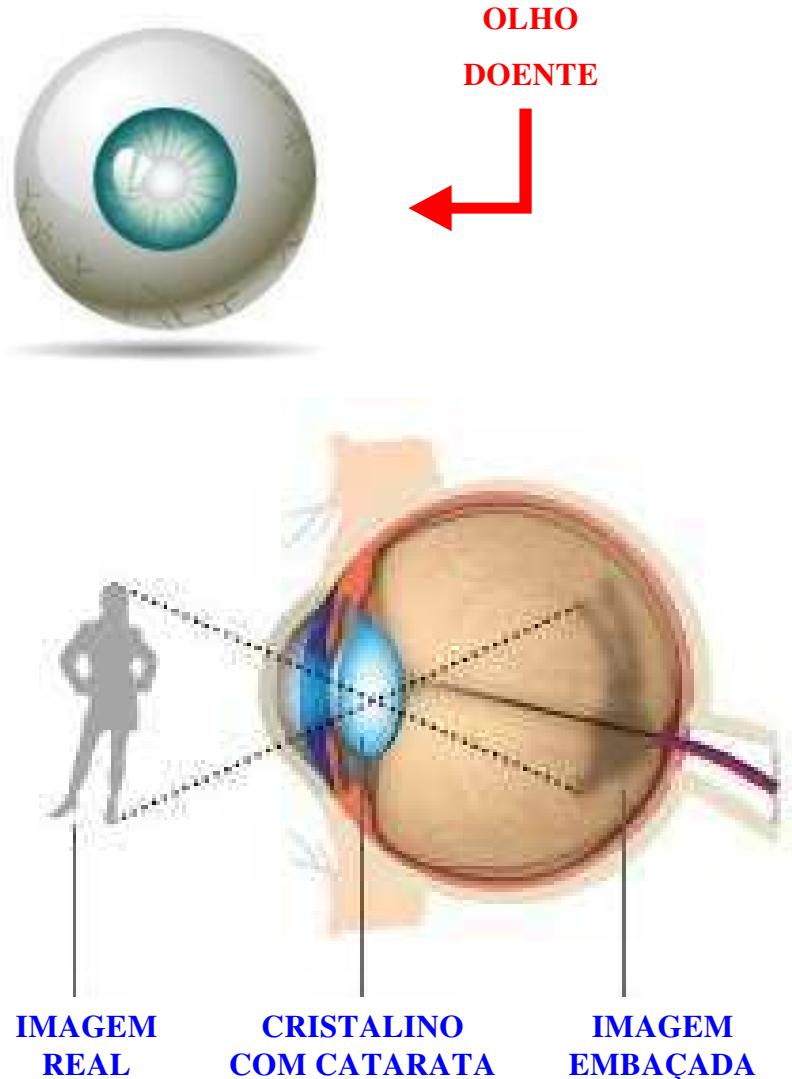


CONGÊNITA (que nasce com a pessoa): Está presente no portador desde seu nascimento. Em geral, ocorre quando a gestante sofre de rubéola no início da gravidez.



INFLAMATÓRIA: Causada por inflamações intraoculares. Dor, vermelhidão, cansaço visual e sensibilidade à luz podem ser sinais de que algo não vai bem.

CATARATA



É UMA CAUSA DE CEGUEIRA TRATÁVEL

O edema (inchaço) macular é consequência da retinopatia diabética, uma doença que atinge os vasos sanguíneos dos olhos e é resultante do excesso prolongado de açúcar no sangue.

CAUSAS

O diabetes mal controlado é a principal causa do edema (inchaço) macular. A hipertensão arterial, um problema correlato da diabetes, também pode agravar a situação. Por isso, o controle rigoroso dessas doenças ao longo da vida é fundamental para evitar quaisquer complicações.

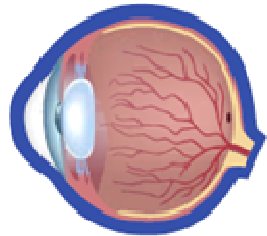
Outras causas:

- * Idade avançada
- * Outros problemas de visão: miopia, astigmatismo, etc.
- * Obesidade
- * Hábitos sedentários



DIAGNÓSTICO

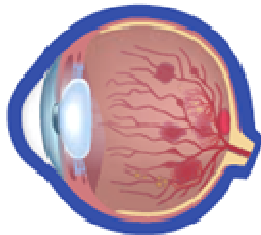
Exames específicos de fundo de olho são capazes de diagnosticar a retinopatia diabética ou, até mesmo, o edema (inchaço) macular.



Olho SAUDÁVEL

O **DIABETES**, principalmente através do edema macular, é a principal causa de perda visual na população economicamente ativa, muito mais do que o glaucoma e a catarata.

Olho com EDEMA MACULAR DIABÉTICO



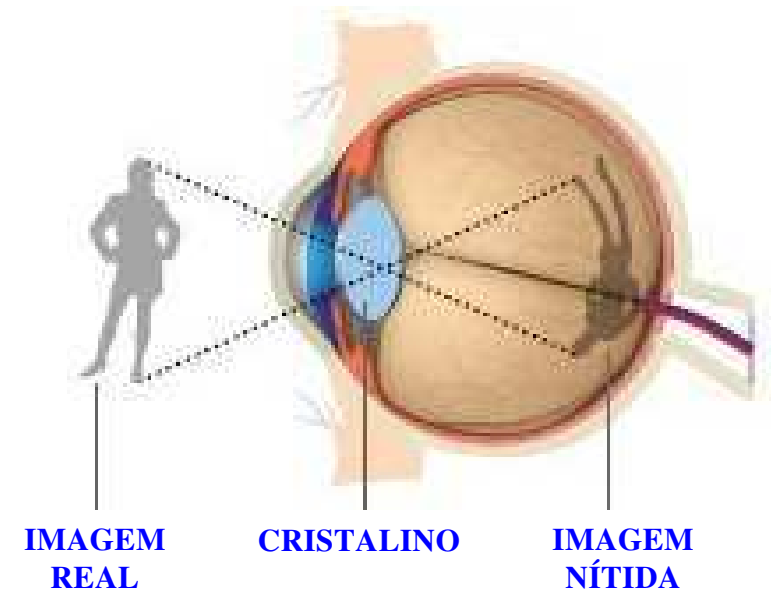
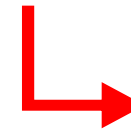
Desta forma das possíveis complicações oftalmológicas do diabetes, a que gera maior preocupação e risco de cegueira é o **edema macular diabético**.

FIQUE DE OLHO NO PERIGO!

CATARATA

É uma doença que causa opacidade do cristalino, uma lente transparente situada atrás da íris que permite que os raios de luz atravessem e alcancem a retina para formar a imagem. Com a catarata, a luz deixa de entrar e a imagem não fica mais perfeita.

OLHO NORMAL



APÊNDICE V – Protocolo do cuidado oftalmológico na rede pública de saúde de Agudos



PROTOCOLO DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO



NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE AGUDOS



ELABORAÇÃO:

Enfª R.T. Inês Paula Regina Mainini Oliveira
Discente: Mestrado Profissional em Enfermagem
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Faculdade de Medicina de Botucatu

ORIENTAÇÃO:

Profª Drª Silmara Meneguim
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

VERIFICAÇÃO:

Dr. Felipe Placeres Borges
Médico Oftalmologista

VERIFICAÇÃO:

Dr. Daniel Luis Mattos Silva
Médico Oftalmologista

APROVAÇÃO:

Sr. Leandro Correa
Secretário Municipal de Saúde
Agudos/SP



MISSÃO

Realizar assistência, da mais alta qualidade em saúde no âmbito do SUS.

VISÃO

Ser um centro de excelência e referência em cuidado oftalmológico para o SUS no Município de Agudos.

VALORES

Orgulho de ser um serviço público confiável, eficiente e resolutivo.

Compromisso com a gestão participativa onde o prazer do trabalho em equipe possa ser fonte de inspiração e crescimento pessoal e profissional.

Fé no ideal humanista de servir, assumindo decisões clínicas multiprofissionais e interdisciplinares, baseadas na ética e nas melhores evidências científicas,

A elaboração deste documento foi baseada em protocolos já estabelecidos em outros municípios, e adaptado a realidade do nosso município.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
CAPÍTULO I – Organização do Cuidado Oftalmológico Municipal.....	8
1 OFTALMOLOGIA.....	9
1.1 Equipe de Profissionais.....	9
2 FUNÇÕES.....	9
2.1 Recepcionistas.....	9
2.1.1 Agendamento de consultas.....	9
2.1.2 No dia da consulta do paciente.....	11
2.2 Auxiliares/Técnicos ^(as) de enfermagem.....	12
2.3 Enfermeiro ^(a)	15
2.4 Médico ^(a) Oftalmologista.....	15
2.5 Coordenação da Unidade de Saúde.....	16
2.6 Equipe de Pós Consulta.....	17
2.7 Equipe de Faturamento.....	17
2.8 Limpeza.....	17
3 ROTINAS ADMINISTRATIVAS SOBRE A LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS.....	18
3.1 Responsável: Auxiliares/Técnicos ^(as) de enfermagem.....	18
CAPÍTULO II – Regulação: critério de risco.....	19
4 REGULAÇÃO DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO.....	20
4.1 Ação regulatória do cuidado oftalmológico municipal.....	20
CAPÍTULO III – Consultas oftalmológicas – SUS.....	21
5 SOLICITAÇÃO DE CONSULTA OFTALMOLÓGICA.....	22
5.1 Público-alvo.....	22
5.2 Critérios de exclusão.....	22
6 SERVIÇOS OFERECIDOS.....	24



7 CONDIÇÕES CLÍNICAS DE REFERÊNCIA AO CUIDADO DE OFTALMOLOGIA.....	24
7.1 Distúrbios de refração ou acomodação.....	24
7.2 Catarata.....	25
7.3 Retinopatia ou outras doenças de retina.....	25
7.4 Estrabismo.....	27
7.5 Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita.....	27
7.6 Glaucoma.....	28
7.7 Doenças da córnea e da superfície ocular.....	29
7.8 Toxoplasmose.....	29
7.9 Conjuntivite, dor ocular e olho vermelho.....	30
7.10 Cefaléia.....	30
CAPÍTULO IV – Fluxo do cuidado oftalmológico municipal.....	31
8 FLUXOGRAMA.....	33
CAPÍTULO V – Acesso ao cuidado ambulatorial de oftalmologia.....	34
REFERÊNCIAS.....	38



INTRODUÇÃO

O cuidado oftalmológico oferecido no Sistema Único de Saúde (SUS) aos munícipes da cidade de Agudos, procura propiciar aos pacientes a melhor qualidade possível atendendo assim o amplo conceito de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Para o desenvolvimento do atendimento à população, funciona de segunda à sexta feira das 7h às 19horas. Os horários de agendamento de consultas são: 09h às 11h e das 14h às 16horas. Os demais horários são reservados para organização da recepção, agendas, entrega de laudos bem como adequação do consultório pela equipe de saúde e higiene.

Terão prioridade no atendimento todas as pessoas menores de 12 anos, maiores de 60 anos, gestantes, deficientes físicos e/ou mentais e presidiários que coloquem a vida da população em risco conforme dispõe a legislação, bem como renais crônicos, hipertensos, diabéticos e usuários crônicos de medicações corticoides.

As senhas são direcionadas pela pré consulta e são diferenciadas por cores, a saber: cor branca (atendimento em geral) e cor azul (atendimento preferencial).

Conta, em seu quadro de recursos humanos, com uma equipe de dois médicos oftalmologistas, servidores públicos municipais, duas enfermeiras, duas auxiliares e técnicas de enfermagem em pré consulta, além do serviço de recepção, bem como servidores da área de apoio administrativo que compõe a pós consulta, o faturamento e higienização.

Procurando sempre atualizar-se e modernizar-se, quer no que diz respeito à sua área física, à aquisição de equipamentos e incorporação de novas tecnologias, à ampliação de recursos humanos e sua respectiva capacitação, o cuidado oftalmológico busca ser um marco e referência SUS na cidade de Agudos.

Uma outra importante faceta o distingue, como a elaboração deste protocolo, contendo condutas destinadas a responder à diversidade dos problemas dos pacientes atendidos. Torna-se, portanto, imperativo que suas equipes de saúde comunguem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em verdadeiros guias para a prática diária.

São os protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia-a-dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa. Contudo, a elaboração deste deve refletir, por um lado, os mais rigorosos critérios da medicina baseada em evidências e por outro ser de fácil compreensão e aplicabilidade para que se torne realmente da máxima utilidade para a melhoria do atendimento aos pacientes segundo as boas práticas de saúde.

A partir da implantação deste protocolo, os exames oftalmológicos e as cirurgias executadas pelos serviços conveniados ao SUS e/ou mutirões promovidos pela Secretaria



Municipal de Saúde (SMS) somente serão autorizados se estiverem vinculados a consulta oftalmológica SUS realizada no Centro Integrado de Saúde (CIS) da cidade de Agudos-SP.

Na certeza de que este protocolo não será o último, toda a equipe que arduamente trabalhou nesta elaboração possui a convicção de que este é o que de melhor temos a oferecer para o momento atual.



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS
Secretaria Municipal de Saúde



CAPÍTULO I

Organização do Cuidado Oftalmológico Municipal



1 OFTALMOLOGIA

Oftalmologia é uma especialidade da medicina que estuda e trata as doenças relacionadas ao olho, à refração e aos olhos e seus anexos. O médico oftalmologista realiza cirurgias, prescreve tratamentos e correções para os distúrbios de visão. A oftalmologia tem várias sub-especialidades, entre elas a oftalmo-pediatria, a plástica ocular, doenças orbitárias, doenças das vias lacrimais, o estrabismo, o glaucoma, a cirurgia refrativa, retina, córnea, etc.

1.1 EQUIPE DE PROFISSIONAIS

- Recepcionistas
- Auxiliares e Técnica de Enfermagem
- Enfermeiras
- Médicos Oftalmologistas
- Coordenador da Unidade de Saúde
- Pós consulta
- Equipe de faturamento
- Limpeza

2 FUNÇÕES

2.1 Recepcionistas

2.1.1 Agendamento de consultas

- O agendamento de consultas é de responsabilidade das recepcionistas e só deve ser efetuado mediante existência de prontuário nesta Unidade de saúde. Aos pacientes que não possuem prontuário físico, compete às recepcionistas abrirem o prontuário do paciente antes de efetuar o seu agendamento.
- Lembrar que a comunicação e um entrosamento respeitoso com todos os setores que enviam pacientes para a consulta oftalmológica, deverá seguir fluxo coordenado de pacientes não desabonando assim a qualidade do cuidado prestado aos munícipes.
- Consultas de pacientes municipais devem ser agendadas somente com apresentação pessoal do paciente com seu cartão SUS no balcão de atendimento das 09h às 11h e das 14h às 16horas.



- De forma cordial e atenciosa, apresentar-se e solicitar ao^(a) paciente o pedido de encaminhamento médico (referência) para consulta oftalmológica.
- Proceder a identificação do nome completo do^(a) paciente, bem como os demais preenchimentos do pedido tais como: endereço completo, número do cartão SUS, data de nascimento, carimbo de identificação da unidade de saúde solicitante da consulta, bem como o carimbo e assinatura do médico solicitante.
- Respeitar critério de prioridade e disponibilidade das agendas e horários de consultas para efetuar o agendamento dos^(as) pacientes.
- Diante de atendimentos solicitados com urgência, seja da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou mesmo de Unidade Básica de Saúde (UBS), confere às recepcionistas orientarem quanto aos atendimentos ofertados por este serviço de oftalmologia, para que não ocorra falhas no direcionamento do paciente junto a sua necessidade de urgência.
- Pacientes que comparecerem à recepção do CIS cuja prioridade oftalmológica seja zero, ou seja, necessidade de atendimento emergente e imediato, confere à recepção realizar o encaminhamento seguro com responsabilização deste ao cuidado de urgência/emergência.

Observação: em caso de dúvida e ou necessidade de orientações, solicitar a presença do^(a) profissional enfermeiro^(a).

- Verificar se há referência ao diagnóstico do paciente, a saber: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Diabetes *Mellitus* (DM), uso crônico de corticoides, gestante, renal crônico, entre outros. Devendo priorizar o agendamento à gestantes e portadores de doenças crônicas não transmissíveis.
- Orientar o^(a) paciente a trazer os óculos, receitas antigas e todos os exames oftalmológicos se tiver e/ou laboratoriais que possam informar doenças associadas ex.: Diabetes, Hipertensão.
- É de responsabilidade das recepcionistas a impressão diária das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAAs), devendo este serviço ser realizado de véspera, bem como a retirada do arquivo, de todos os prontuários cujos pacientes estejam agendados em consulta oftalmológica, no dia subsequente.
- Conferir um a um e organizar os prontuários, já deixando-os aberto e com carimbo de atendimento, sem preencher data e dados dos pacientes.



- Separar e identificar estes prontuários na recepção anotando em impresso rascunho a data e médico que irá atender, a seguir utilizar elástico para mantê-los juntos.
- Entregar ao^(a) paciente agendado^(a) o impresso de agendamento, demonstrado na figura nº 1 abaixo, reforçando quanto as condições necessárias para a consulta oftalmológica.

	Secretaria Municipal de Saúde de Agudos CENTRO INTEGRADO DE SAUDE- CIS <u>CONSULTA OFTALMOLOGICA</u>
Local: Centro Integrado de Saúde – CIS <i>End.: Rua José Nogueira de Abreu nº 62 – Vila Malvina – Agudos/SP - Telefone (14) 3261-1871</i>	
Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____ h ____ min.	
Dr^(a): _____	
<u>CONDIÇÕES PARA A CONSULTA:</u> Boas condições de higiene. É importante trazer um acompanhante. Paciente menor de idade é obrigatório a presença de um responsável legal. Trazer receitas de medicações que faz uso.	
Em caso de ATRASSO é de responsabilidade da paciente avisar o serviço, via telefone. Após 15 minutos de atraso sem comunicação da paciente , será concedido vaga de desistência a outro paciente.	
A CONSULTA SERÁ REALIZADA COM ORDEM PREFERENCIAL	

Figura 1: impresso de agendamento de consulta oftalmológica

2.1.2 No dia da consulta do paciente

- Confirmar se o^(a) paciente agendado apresenta-se com acompanhante, uma vez que em situação de dilatação da pupila o mesmo não poderá dirigir veículo automotor, entre outras dificuldades que poderá encontrar devido a dilatação da pupila.
- Solicitar ao paciente de primeira consulta o encaminhamento médico para a consulta oftalmológica (referência) e a assinatura em ficha de atendimento ambulatorial, a seguir, encaminhá-lo^(a) à sala de pré consulta.
- Quando solicitado pelo médico complementação de exame e/ou encaminhamento do^(a) paciente (referência) à outras unidades de saúde, a recepção convocará o^(a) paciente por telefone.
- Diante de situações de urgência e necessidade de ambulância, cabe à recepção o contato telefônico e solicitação do serviço de urgência.



- Informar os pacientes que é permitido apenas um acompanhante em sala durante a realização da consulta oftalmológica e exames, mediante orientação do profissional médico.
- É de responsabilidade da recepção a guarda, conservação e organização dos prontuários dos pacientes.
- Aos pacientes que comparecerem na Unidade de saúde solicitando nova receita, por motivo de perda da mesma, a equipe da recepção deverá solicitar um número de contato telefônico ativo e a seguir, anexar na capa do prontuário com clips o pedido do paciente, deixando este prontuário separado com bilhete de recado ao profissional médico, quanto ao que lhe foi solicitado.

Observação: No dia do atendimento médico, as recepcionistas deverão se apresentar ao profissional médico, com o prontuário e relatar sobre o^(s) pedido^(s) do^(s) paciente^(s).


2.2 Auxiliares/Técnicos^(as) de Enfermagem

- Realizar a montagem das salas atendendo as particularidades de cada profissional médico.
- Verificar disponibilidade de materiais necessários para a realização dos exames, fazendo diariamente a reposição das salas quanto: álcool gel, álcool 70%, luvas, produtos para assepsia, colírios, impressos médicos, entre outros, preservando assim a qualidade no atendimento prestado ao munícipe quanto a não interrupção do fluxo de atendimentos.
- Comunicar ao^(a) enfermeiro^(a) qualquer falta de material ou impresso necessário ao serviço, bem como necessidade de conserto de materiais.
- Passar plantão com as salas em ordem e abastecidas.
- Solicitar servidor da limpeza de acordo com a necessidade e ao término dos atendimentos diários.
- Cumprimentar os^(as) pacientes que estão aguardando na pré consulta, identificando-se cordialmente.
- Conferir os dados do paciente no prontuário e realizar a triagem de pré consulta de enfermagem, anotando a data, a idade do paciente, bem como seu peso, aferição da pressão arterial e teste de glicemia capilar nos que referem ser portadores de diabetes *mellitus*.

- Na sala de pré consulta, verificar se o paciente possui 60 anos ou mais e diante desta situação checar com um (x) o item [sim] do impresso para instilação dos colírios, demonstrado na figura nº 2 abaixo.

Centro Integrado de Saúde - CIS

CONSULTA OFTALMOLÓGICA



Médico: _____

À pré consulta de enfermagem
Paciente com idade \geq 60 anos?
() sim () não

Figura 2: frente do impresso de consulta oftalmológica à pré consulta


- A seguir, tranquilizar o^(a) paciente, explicar sobre a necessidade de seguir a prescrição médica, instilando os colírios conforme descrito em receituário médico, demonstrado na figura nº 3 abaixo.

Receituário Médico	Checagem de Enfermagem
Para paciente com idade \geq 60 anos solicitado à pré consulta:	
Uso Interno:	Data: ___/___/20___ Horário: ___h ___min
Anestalcon (colírio) Posologia: Aplicar 1 gota em cada olho e após 10'	
Tropicamida (Mydracyl) + Felinefrina (colírios) Posologia: Aplicar 1 gota de cada em cada olho	
Dr. _____ CRM/SP: _____	_____ Carimbo e Assinatura Pré Consulta de Enfermagem

Figura 3: verso do impresso de consulta oftalmológica à pré consulta

- Questionar o paciente sobre reações alérgicas prévias e diante de resposta positiva, comunicar imediatamente o^(a) enfermeiro^(a).

- Respeitar o tempo de ação dos colírios conforme descrito no receituário médico.
- Ao término da instilação dos colírios, realizar a checagem de Enfermagem anotando data, horário, assinando e carimbando o impresso de receituário médico nos espaços destinados para tal.
- Anexar este receituário ao prontuário do paciente, grampeando-o de maneira visível ao médico oftalmologista e orientar o paciente a informar o médico em sala que já foi submetido a dilatação das pupilas pela equipe de enfermagem, conforme receituário anexo.
- Proceder a instilação dos colírios conforme orientações básicas descritas na figura nº 4 abaixo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE
R. José N. de Abreu n° 62, Vila Malvina – 17120-000
Agudos/SP - F.: (14) 3261-1871

Utilização de Colírio
Orientações Básicas









	• Lave as mãos antes de colocar o seu colírio no olho.
	• Segure o frasco firme em uma das mãos. • Com o dedo indicador, puxe levemente a pálpebra inferior para baixo, criando assim um "bolsa" para receber a gota. • Aperte o frasco e faça com que uma gota caia na "bolsa". • Feche os olhos lentamente após a aplicação. • Se o produto tiver prescrito nos dois olhos, repita a operação no outro
	• Instile (coloque) a dose recomendada pelo seu médico no olho.
	• Evite tocar a ponta do bico conta-gotas ou tubo da pomada nos olhos.
	• Para sua segurança o mesmo colírio não deve ser usado por mais de um paciente.
	• Se estiver usando lentes de contato, retire as lentes ao colocar o colírio e as recoloque após 5 minutos.
	• Ao utilizar dois ou mais colírios diferentes, dê um intervalo de 5 minutos entre eles para que cada um possa fazer seu efeito.
	• Não use remédio sem conhecimento do seu médico, pode ser muito perigoso para sua saúde.

Figura 4: impresso de orientações básicas sobre utilização de colírio



- Ao término dos atendimentos na pré consulta, informar ao paciente de maneira clara e concisa sobre o fluxo de atendimento dentro da Unidade.
- Entregar um guardanapo de papel limpo e macio ao paciente, posicioná-lo sentado próximo ao consultório médico e solicitar que este informe quaisquer queixas à equipe de enfermagem.

Observação: os assentos são reservados para uso dos pacientes, devendo os acompanhantes ser orientados pela equipe da pré consulta a ceder lugar nas cadeiras se necessário.

2.3 Enfermeiro^(a)

- Providenciar a escala mensal da equipe de enfermagem, cuidando para que a Unidade de Saúde tenha profissional suficiente em todos os períodos.
- Escalar as férias de tal maneira que não cause transtornos para o desenvolvimento das atividades.
- Fazer a orientação técnica à equipe de enfermagem bem como à equipe quanto as suas atividades.
- Orientar a equipe da limpeza sobre a higiene diária do consultório, para a conservação dos aparelhos.
- Manter um ambiente de hierarquia respeitoso em todo o setor, levando à realização dos objetivos de atendimento ao paciente com satisfação.
- Comunicar formalmente em impresso timbrado o^(a) coordenador^(a) da unidade sobre qualquer falta de material permanente ou não, bem como impressos necessários ao serviço, além de solicitar conserto de materiais danificados.
- Atender aos chamados médicos sempre que solicitado, reportando-se respeitosamente, com presteza e dedicação às funções que lhe compete.

2.4 Médico^(a) Oftalmologista

- Receber a paciente e checar nome e outros dados, como história clínica, exame físico e outros itens, que levarão à sua orientação no diagnóstico.
- Quando solicitado, prestar orientações sobre o exame para o^(a) paciente.
- Permitir ou não a possibilidade de acompanhante (apenas um) em cada consulta e/ou exame, levando em conta todas as variáveis: idade, condição clínica e outros.



- Elaborar receitas, encaminhamentos e pedidos de exames de forma objetiva, legível, além de carimbar com o CRM e assinar.
- Escrever com letra legível na folha de faturamento quais os atendimentos prestados à cada paciente consultado, para fins de faturamento SUS tanto de consultas quanto de exames, quando realizados, além de carimbar com o CRM e assinar.
- Guias de encaminhamento SUS (referências) devem conter o nome completo do paciente, sua origem e destino, diagnóstico e o Código Internacional da Doença (CID), prescrito pelo médico, além de carimbar com o CRM e assinar.
- É responsabilidade do médico tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (referência), conforme sua avaliação.

2.5 Coordenação da Unidade de Saúde

- Promover a interface entre as Unidades da Secretaria Municipal de Saúde e o Cuidado de Oftalmologia, repassando informações necessárias.
- Coordenar os pedidos de férias, descontos de horas, abonos e faltas justificadas da equipe médica, comunicando previamente o setor de recursos humanos.
- Elaborar a escala com a divisão de atendimentos por sala para os médicos oftalmologistas, tomando o cuidado para não ocorrer conflito de horários.
- Fazer um contato permanente com as Unidades de Saúde, para manter um fluxo ordenado de pacientes, visando à diminuição de absenteísmo e/ou fluxo descoordenado.
- Elaborar, mensalmente, dados de produção constando tipos de consulta e sua quantidade, como também se a equipe está exercendo as funções adequadamente e enviar ao Coordenador Geral de Saúde em documento oficial.
- Solicitar formalmente ao Secretário Municipal de Saúde os equipamentos permanentes necessários à infraestrutura adequada do consultório oftalmológico, contribuindo assim com a qualidade do cuidado oftalmológico ofertado aos munícipes.
- Zelar para que o atendimento ao paciente seja cumprido diariamente com qualidade e intermediar de maneira pacífica e resolutiva as diversidades, quando houver.
- Prezar pelo controle patrimonial e qualidade dos materiais em serviço, solicitando formalmente, conserto aos danificados em tempo hábil para que não ocorra interferências no cumprimento das agendas.
- Elaborar escala de serviço de higiene, pontuando limpeza diária e terminal.



- Convocar e presidir reuniões periódicas com todo o pessoal da unidade de saúde.
- Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários.
- Realizar e/ou participar de grupos de estudos e comissões.
- Representar a equipe em reuniões, levando problemas, sugestões e trazendo possíveis soluções.
- Participar de visitas técnicas e avaliar periodicamente seus funcionários, fornecendo feedback junto à equipe quanto aos ajustes necessários para a qualidade do serviço.

2.6 Equipe de Pós consulta

- Ao servidor da pós consulta compete realizar o preenchimento por escrito, dos dados pessoais do paciente, com letra legível, em todos os documentos emitidos pelo médico oftalmologista em consulta, sempre que necessário.
- Proceder o fechamento da consulta oftalmológica conferindo ao paciente, seu acompanhante e/ou responsável todas as orientações necessárias quanto a agendamento de exames, encaminhamentos, retornos e/ou alta de forma clara, objetiva e concisa de maneira que se faça entender.
- Realizar anotação em prontuário sobre as orientações realizadas, não esquecendo de redigir o horário, carimbar e assinar.

2.7 Equipe de Faturamento

- Ao servidor do faturamento compete realizar o fechamento e conferência mensal do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) referente as consultas e/ou exames oftalmológicos realizados.
- Emitir parecer à Coordenação da Unidade de Saúde sobre a produção SUS mensal de consultas oftalmológicas, bem como exames realizados, atentando que o fechamento mensal ocorre do dia 20 do mês atual ao próximo dia 20 de cada mês.

2.8 Limpeza

Ao servidor da limpeza confere a higienização da Unidade de saúde, utilizando produtos protocolados para uso em ambiente de saúde e higiene dos pisos.

- O servidor da limpeza deve retirar diariamente todo o lixo e manter as salas limpas e em ótimas condições de uso.



- Será responsável pelo material a ser usado e fornecido diariamente, a saber: abastecimento de papel toalha, papel higiênico e sabão dispensador.
- A limpeza terminal, deve ser realizada uma vez por semana, respeitando agenda do serviço de higiene realizada pela coordenação da unidade de saúde, bem como a não existência de pacientes agendados.
- Quando realizar a limpeza terminal, lavar os pisos, higienizar janelas e persianas, tomando o cuidado para não as danificar, solicitando o auxílio de mais um servidor, se necessário.
- Comparecer nas salas para realizar a higiene, de acordo com a necessidade e solicitações dos médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

3 ROTINAS ADMINISTRATIVAS SOBRE A LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS

3.1 Responsável: Auxiliares/Técnicos^(as) de Enfermagem

- Limpeza concorrente: limpar todo o material permanente com compressa umedecida apenas em água ou detergente.
- A tela de monitores deve ser limpa com compressa umedecida em água, pois o material acrílico pode ter sua transparência alterada com produtos químicos.
- Sempre ligar primeiro estabilizadores e depois os aparelhos.
- Nunca dobrar ou torcer os cabos dos equipamentos para não prejudicar as fibras ópticas.
- Comunicar à enfermeira quanto ao material quebrado ou quanto à manutenção necessária, seja elétrica e/ou hidráulica.
- Utilizar compressa embebida em álcool 70% para higienizar diariamente macas, bancadas, carrinhos, cadeiras.
- Manter a Unidade limpa, arejada e em perfeitas condições de uso.



CAPÍTULO II

Regulação: *critério de risco*



4 REGULAÇÃO DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO

A regulação em saúde é um conjunto de ações que se interpõem entre as demandas do usuário e seu acesso aos serviços de saúde. Essas ações são estabelecidas por protocolos, fluxos assistenciais, centrais de leitos, consultas, exames, urgências e tratamento fora de domicílio, além do processo de operacionalização dos complexos reguladores.

4.1 Ação regulatória do Cuidado Oftalmológico Municipal

A reorganização da atenção à saúde oftalmológica é de fundamental importância aos municípios, sendo primordial realizar agendamentos conforme o protocolo estabelecido, com escuta qualificada e unidade de atenção à saúde com equipamentos e insumos que possibilitem o primeiro atendimento e a classificação de risco, até o encaminhamento (referência) para outros níveis de atenção à saúde.

Padronizar a solicitação de consultas oftalmológicas, exames e terapias especializadas e estabelecer canais de referência e contrarreferência no cuidado oftalmológico municipal propicia a criação de fluxos mais ágeis, permitindo otimização do acesso ao serviço de saúde nos três níveis de complexidade.

Sabe-se que a ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre os serviços e deve ser iniciada na atenção primária, que exerce função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

Desta forma, aos profissionais médicos que atendem na rede municipal de saúde compete observar o disposto neste protocolo quanto aos critérios de risco oftalmológico, procedendo assim o encaminhamento (referência) do^(s) munícipe^(s) ao nível de atenção que lhe propicie resolubilidade, considerando o critério de prioridade que lhe confere, a saber:

VERMELHO - P0 (prioridade zero) = Emergência, necessidade de atendimento imediato

AMARELO - P1 (prioridade um) = Urgência, atendimento o mais rápido possível

VERDE - P2 (prioridade dois) = Não urgente

AZUL - P3 (prioridade três) = Atendimento eletivo



CAPÍTULO III

Consultas Oftalmológicas - SUS



As informações contidas no presente protocolo de cuidado oftalmológico municipal são de presença obrigatória e têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento (referência) para o especialista, além de definir sua prioridade de acordo com critérios de risco.

Ressalta-se que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento (referência), e não estar contempladas no protocolo, portanto, todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.

Pacientes com risco de perda permanente de visão, já devidamente avaliados (como descolamento de retina, úlcera de córnea, hemorragia vítrea, retinopatia diabética proliferativa, entre outras) devem ter preferência no encaminhamento (referência) ao oftalmologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesse protocolo, devendo estes serem encaminhados (referenciados) ao serviço de urgência oftalmológica de referência SUS da região.

5 SOLICITAÇÃO DE CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Confere única e exclusivamente aos profissionais médicos que atuam nas unidades de Atenção Primária à Saúde do Município de Agudos/SP referenciar/encaminhar o^(s) paciente^(s) à consulta oftalmológica, não conferindo este ato aos demais profissionais (não médicos).

5.1 Público-alvo

Municípios, com as seguintes condições clínicas: baixa da acuidade visual inespecífica, erros de refração, estrabismo, lesões palpebrais, lesões da conjuntiva, catarata, e pacientes diabéticos para rastreamento de retinopatia diabética.

5.2 Critérios de exclusão

São critérios de exclusão condições clínicas com indicação cirúrgica prévia, necessidade de exames complementares não ofertados, urgências e/ou emergências cujas alterações oculares agudas necessitam pronto-atendimento.

Sugere-se que as seguintes condições sejam avaliadas em caráter emergencial ou de pronto atendimento oftalmológico, não devendo, portanto, esperar por consulta ambulatorial nesta unidade de saúde para adequado manejo:



- Diminuição de acuidade visual aguda ou associada a sintomas de gravidade (como dor ocular, olho vermelho, percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão).
- Suspeita de descolamento de retina (percepção súbita de sombra ou cortina sobre parte do campo de visão).
- Queixa de fotopsias (percepção de flashes de luz que aparecem subitamente no campo de visão) ou moscas volantes de início recente (percepção de pontos, linhas ou teias de aranha no campo de visão móveis ou fixas).
- Queixa de metamorfopsia (percepção de tortuosidade na visão, notado sobretudo ao observar objetos com linhas retas).
- Conjuntivite hiperaguda – instalação em 12 a 24 horas – com secreção purulenta abundante (suspeita de conjuntivite gonocócica); ou conjuntivite aguda com secreção catarral ou mucopurulenta sem melhora após o 2º - 3º dia de antibiótico tópico.
- Corpo estranho ocular ou úlcera de córnea.
- Trauma ocular (trauma contuso, penetrante, perfurante, queimadura ocular, laceração palpebral e/ou de vias lacrimais, etc.).
- Uveítes agudas (como suspeita de toxoplasmose ocular aguda, entre outras).
- Indicação de transplante de córnea de urgência (úlceras corneanas sem resposta a tratamento clínico, falência primária até 90 dias de pós-operatório de transplante, perfuração corneana, iminência de perfuração ou descemetocelose).
- Infecção aguda de vias lacrimais (dacriocistite, canaliculite).
- Estrabismo de início abrupto, especialmente se associado a cefaléia, diplopia e/ou sinais meníngeos.
- Proptose de início agudo ou suspeita de doenças inflamatórias ou vasculares agudas das órbitas.
- Suspeita de glaucoma agudo (olho vermelho geralmente unilateral, dor ocular grave de início abrupto, náuseas e vômitos, olho tenso a palpação).
- Olho vermelho agudo, principalmente quando a hiperemia predomina ao redor da córnea (ceratite, úlcera de córnea, corpo estranho, etc.) ou é localizada setorialmente (episclerite, esclerite).
- Qualquer sintoma agudo (baixa de visão, dor ou secreção) em usuário de lente de contato.
- Pacientes com suspeita de toxoplasmose ocular aguda ou reativada.



6 SERVIÇOS OFERECIDOS

Dentre os atendimentos oftalmológicos ofertados aos munícipes estão:

Mapeamento de retina.....	Código SIA/SUS: 02.11.06.012-7
Exame de fundoscopia.....	Código SIA/SUS: 02.11.06.010-0
Triagem oftalmológica.....	Código SIA/SUS: 02.11.06.027-5
Exame de refração.....	Código SIA/SUS: 03.03.05.012-8
Biomicroscopia.....	Código SIA/SUS: 02.11.06.002-0
Gonioscopia.....	Código SIA/SUS: 02.11.06.011-9
Tonometria.....	Código SIA/SUS: 02.11.06.025-9

Atenção: O^(s) paciente^(s) deve^(m) ser orientado^(s) quanto a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, bem como as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Observação: Este cuidado de oftalmologia não dispõe da oferta de exames oftalmológicos mais específicos, entretanto pode avaliar caso a caso, e encaminhar o^(s) paciente^(s) ao serviço de referência SUS, exceto os casos descritos como critérios de exclusão.

7 CONDIÇÕES CLÍNICAS DE ENCAMINHAMENTO AO CUIDADO DE OFTALMOLOGIA

7.1 Distúrbios de refração ou acomodação

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Queixa de diminuição não aguda da acuidade visual ou
- Distúrbio de refração (miopia, hipermetropia, astigmatismo) ou acomodação (presbiopia) com necessidade de revisão por modificação na acuidade visual ou
- Usuário de lente de contato, sem acompanhamento com oftalmologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual (alteração na visão para perto ou para longe) e outros achados do exame físico como: torcicolo, nistagmo, estrabismo, pterígio ou achados corneanos).



- Diagnóstico prévio de distúrbio de refração ou acomodação? (sim ou não). Se sim, qual o distúrbio, grau da lente corretiva e quando foi última revisão oftalmológica.
- Prejuízo funcional devido à diminuição da acuidade visual (sim ou não). Se sim, descreva.

7.2 Catarata

- O encaminhamento de pessoas com catarata para o oftalmologista se justifica quando há diminuição da acuidade visual (em vistas a procedimento cirúrgico ou revisão de grau após procedimento).

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Paciente com diagnóstico de catarata, previamente operados, com necessidade de revisão por queixa de diminuição de acuidade visual ou
- Paciente com suspeita de catarata.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descreva quadro de diminuição visual e prejuízo funcional, perda de reflexo vermelho, outros achados relevantes).
- Paciente previamente operado de catarata (sim ou não).

Observação: Este cuidado de oftalmologia não realiza cirurgias, entretanto pode avaliar caso a caso e encaminhar o^(s) paciente^(s) ao projeto catarata de referência SUS.

- Paciente com diagnóstico de catarata e indicação cirúrgica:
 - Queixa de diminuição da capacidade visual funcional (queixa de diminuição visual que interfere nas suas atividades da vida diária) ou
 - Diminuição da acuidade visual medida com a tabela de acuidade visual (AV em 20/25 ou pior).

7.3 Retinopatia ou outras doenças de retina

- Todo paciente diabético ou pacientes em uso crônico de hidroxicloroquina / cloroquina necessitam rastreamento para retinopatia, independente de diminuição na acuidade visual.



Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Diagnóstico de retinopatia diabética ou
- Rastreamento de retinopatia em pacientes com diabetes (DM1 ou DM2).

*** Do rastreamento de retinopatia diabética:**

- Rastreamento de retinopatia diabética em gestantes com DM1 ou DM2, preferencialmente no primeiro trimestre gestacional (não é necessário encaminhar para rastreamento gestantes com diabetes gestacional) ou
- Avaliação inicial de pacientes com DM2 (no momento do diagnóstico) ou DM1 (cinco anos após o diagnóstico) ou
- Rastreamento anual de retinopatia diabética em pacientes com DM1 ou DM2.
- Diagnóstico de retinopatia diabética identificado por retinografia.
- Edema macular diabético ou
- Retinopatia proliferativa e/ou não proliferativa ou
- Rastreamento de maculopatia em pacientes que utilizam cloroquina / hidroxicloroquina ou
- Outras doenças de retina estabelecidas (degeneração macular, descolamento de retina, oclusão de veia central da retina, entre outros).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descreva se há diminuição de acuidade visual e outros achados relevantes).
- Apresenta diagnóstico prévio de doença de retina (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e exame realizado no diagnóstico.
- Apresenta diagnóstico de diabetes (sim ou não). Se sim, descreva o tipo e idade aproximada no diagnóstico.
- Se gestante, descreva idade gestacional.
- Se paciente utiliza hidroxicloroquina / cloroquina, descreva indicação, dose e quando foi o início.
- Realizou retinografia previamente (sim ou não). Se sim, descreva o laudo com data.
- Relatar resultados de exames de glicemia de jejum, e HbA1C recentes, se houver.



Observação: Este cuidado de oftalmologia não realiza cirurgias, entretanto pode avaliar caso a caso e encaminhar o^(s) paciente^(s) ao serviço de retina de referência SUS.

7.4 Estrabismo

- O estrabismo pode ser constante, intermitente (aparece ocasionalmente) ou latente (aparece quando desoclui momentaneamente um dos olhos). Os critérios de encaminhamento se aplicam a todas essas variações.

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Estrabismo de início recente e/ou queixa de diplopia aguda após avaliação em serviço de emergência clínica ou
- Estrabismo associado à diminuição de acuidade visual ou outros sintomas como torcicolo ou
- Estrabismo em pessoas assintomáticas que desejam intervenção cirúrgica por motivo estético.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descreva idade de início, evolução e sintomas associados como diminuição de acuidade visual, torcicolo, diplopia).
- Descreva o tipo de desvio: esodesvio (convergente), exodesvio (divergente) ou desvio vertical.

Observação: Este cuidado de oftalmologia não realiza cirurgias, entretanto pode avaliar caso a caso e encaminhar o^(s) paciente^(s) ao serviço de referência SUS.

7.5 Oculoplástica (pálpebras), vias lacrimais e órbita

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

*** Pálpebras**

- Lesão palpebral com suspeita de neoplasia (como lesões ulceradas, pigmentares, nodulares, etc.) ou
- Alteração da posição das pálpebras (ptose, ectrópio, entrópio) ou má oclusão palpebral (lagofalmo) ou



- Dermatócalase (excesso de pele e flacidez na prega palpebral superior) com obstrução do eixo visual ou
- Hordéolo recorrente ou calázio sem resposta ao tratamento clínico (compressa morna, massagem e pomada oftálmica de antibiótico por 14 dias) ou
- Simbléfaro (adesão entre a pálpebra e a superfície ocular).

*** Vias lacrimais**

- Epífora (lacrimejamento) crônica ou
- Dacriocistite (inflamação do saco lacrimal) crônica ou recorrente.

*** Órbita**

- Proptose crônica (relacionada ou não a Doença de Graves).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrição da alteração palpebral ou de vias lacrimais, tempo de evolução, recorrência).
- Apresenta comprometimento funcional (sim ou não). Se sim, descreva.
- Realizou tratamento prévio para a condição (se indicado). Se sim, descreva.

Observação: Este cuidado de oftalmologia não realiza cirurgias, entretanto pode avaliar caso a caso e encaminhar o^(s) paciente^(s) ao serviço de referência SUS.

7.6 Glaucoma

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Suspeita (por exemplo, por aumento da pressão intraocular ou aumento da escavação do disco óptico) ou diagnóstico de glaucoma.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Há quanto tempo apresenta diagnóstico de glaucoma?
- Tratamento prévio ou atual para glaucoma (descreva medicamentos e posologia em uso, realização de cirurgia ou terapia com laser).



Observação: Este cuidado de oftalmologia não dispõe da oferta de exames necessários para tratamento e acompanhamento de glaucoma, entretanto pode avaliar caso a caso e encaminhar o^(s) paciente^(s) ao serviço de referência SUS.

7.7 Doenças da córnea e da superfície ocular

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Pterígio associado a diminuição de acuidade visual ou
- Pterígio sintomático (irritação ocular) ou olho seco sem alívio com tratamento clínico (lubrificante ocular 3 a 6 vezes ao dia) por 1 mês ou
- Outras doenças da córnea sintomáticas (ceratocone, distrofia, displasia, leucoma, edema de córnea, ceratopatia bolhosa, etc.).

Condições clínicas que indicam necessidade de transplante de córnea-eletivo:

- Doenças de córnea (ceratocone, ceratopatia bolhosa, leucoma, distrofia de Fuchs, ceratite intersticial, degeneração corneana, entre outras) associada a diminuição de acuidade visual, dor ocular ou desconforto; ou
- Falência secundária ou tardia de transplante prévio.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas.
- Apresenta diminuição de acuidade visual (sim ou não).
- Descreva tratamento realizado para condição (se indicado).

Observação: Este cuidado de oftalmologia não realiza cirurgias, entretanto pode avaliar caso a caso e encaminhar o^(s) paciente^(s) ao serviço de referência SUS.

7.8 Toxoplasmose

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Pacientes com toxoplasmose ocular que necessite acompanhamento ambulatorial, após avaliação inicial com oftalmologista na emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas.



- Resultado de sorologia (IgM e IgG).
- Paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, causa da imunossupressão.

7.9 Conjuntivite, dor ocular e olho vermelho

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Ardor, lacrimejamento, hiperemia ocular, “cansaço visual”, diplopia, dor periorbitária, história familiar de glaucoma e (encaminhar para a urgência quando pertinente).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas.
- Apresenta diminuição de acuidade visual (sim ou não).
- Descreva tratamento realizado para condição (se indicado).

7.10 Cefaléia

Condições clínicas que indicam a necessidade de oftalmologia:

- Cefaléia persistente, frontal (após período escolar ou após esforços visuais), **sem outras causas aparentes** (ex.: sinusite, inflamações dentárias e enxaquecas).

Observação: Cefaléia matinal ou no meio da noite provavelmente não está relacionada a problemas oculares.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas.
- Apresenta diminuição de acuidade visual (sim ou não).
- Descreva tratamento realizado para condição (se indicado).

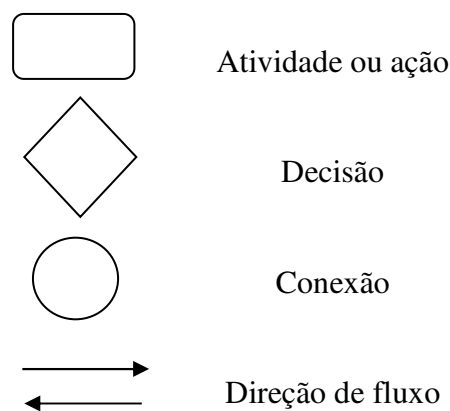


CAPÍTULO IV

Fluxo do cuidado oftalmológico municipal

O fluxograma é a representação gráfica de um processo de trabalho, onde são descritas as ações e atividades inter-relacionadas que compõe esse processo. É uma ferramenta de comunicação útil para identificar os componentes e o comportamento de um dado processo.

Para facilitar a comunicação, o fluxo é apresentado através de símbolos padronizados. Estes símbolos são usados numa sequência lógica construída a partir do próprio funcionamento do processo, garantindo assim, sua expressão de forma visual. Existem diversos tipos de fluxogramas e uma variedade de símbolos para representá-los. Para este protocolo foi escolhido o fluxograma matricial e os símbolos a seguir apresentados.

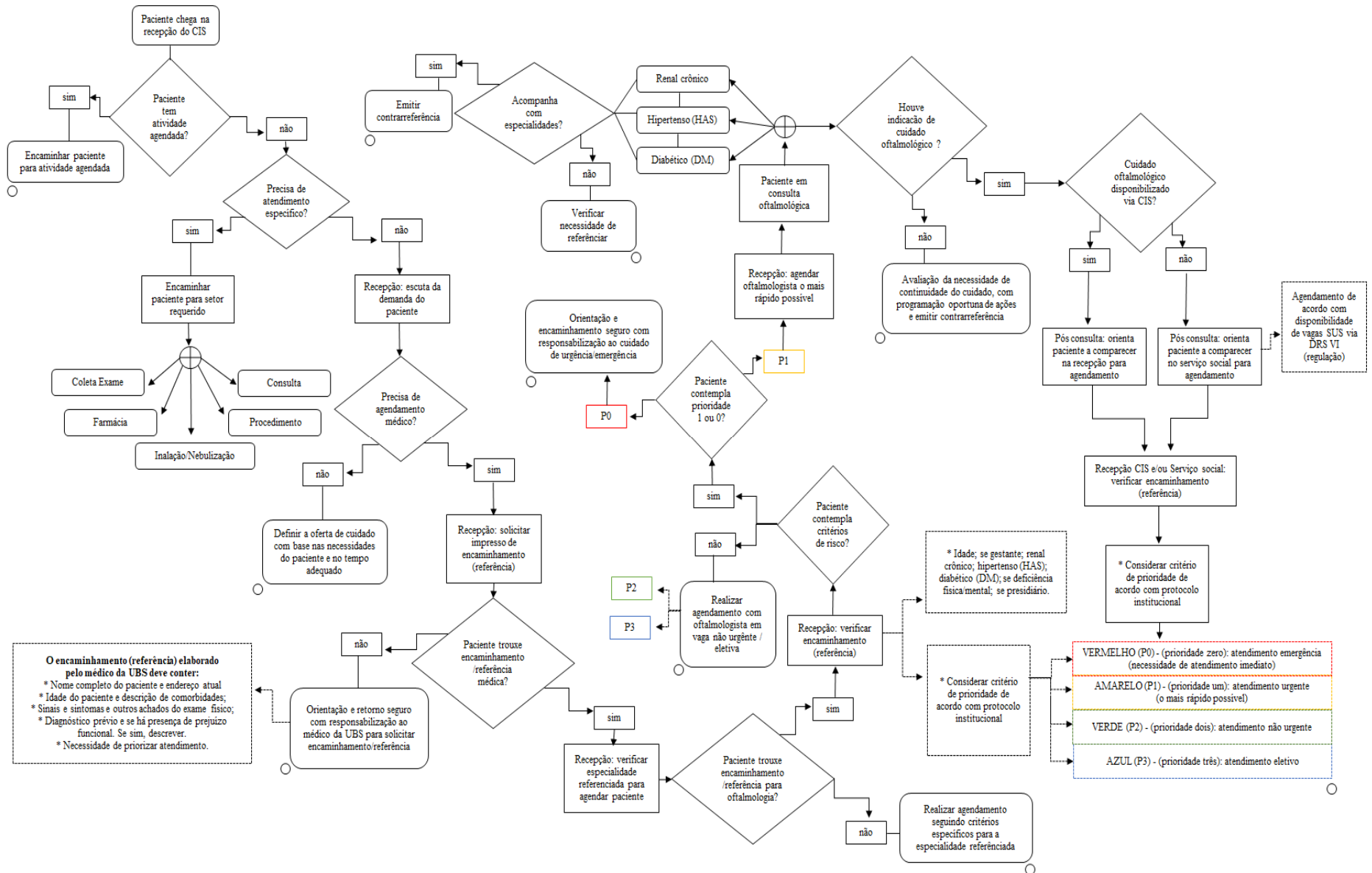


Buscando otimizar o cuidado oftalmológico aos munícipes, elaborou-se um fluxograma, que representa o próprio paciente, e seu manejo dentro da linha de cuidados deste Município.

A assistência integral ao paciente deve ser assegurada pelo projeto terapêutico individualizado, elaborado e monitorado pela atenção de média complexidade.

Para encaminhar o paciente ao cuidado oftalmológico, o^(a) profissional médico^(a) da Unidade Básica de Saúde (UBS) deve atentar-se para a avaliação de critérios de risco, no intuito de priorizar o atendimento deste.

O mesmo critério deverá ser observado pela equipe do Serviço Social diante do recebimento de encaminhamentos (referências) à cuidado oftalmológico proposto ao^(s) munícipe^(s) após consulta com o especialista no CIS, cujos cuidados não sejam contemplados no município via SUS, requerendo assim, agendamento de acordo com a disponibilidade de vagas SUS via regulação do Departamento Regional de Saúde (DRS VI).





PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS
Secretaria Municipal de Saúde



CAPÍTULO V
Acesso ao cuidado ambulatorial de oftalmologia



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS
Secretaria Municipal de Saúde



Especialidade	Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo de Acesso Ambulatorial					Contra-referência
			HDA	Exames complementares sugeridos	Exame físico	Prioridade	Critério	
Oftalmologia	GERAL	Baixa acuidade visual.	Dificuldade visual.	Teste de acuidade visual.	Não há.	Não há.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
	RETINA	Retina clínica.	Degeneração macular relacionada à idade, oclusões vasculares da retina, retinopatia diabética, distrofias e outras.	Laudo oftalmológico com indicação clínica para mapeamento de retina, acuidade visual, refração, tonometria.	Não há.	Paciente diabético juvenil e outros com doença acima de 3 anos de duração (degeneração macular associada à idade, diabetes e oclusão venosa).	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
		Retina cirúrgica (descolamento de retina/vitrectomia).	Flashes de luzes, manchas escuras se movendo e perda parcial de visão. As manchas escuras são conhecidas como moscas volantes.	Laudo oftalmológico.	Não há.	Perturbação da visão.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
	CÓRNEA	Pterígio.	Tecido visível, olho vermelho.	Laudo oftalmológico.	Ectoscopia.	Perturbação da visão.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
		Ceratocone.	Visão borrada, imagens-fantasma, sensibilidade à luz e presença de halos noturnos são os principais sintomas relatados pelos pacientes. HFI somente casos cirúrgicos.	Acuidade visual, refração, laudo oftalmológico.	Não há.	Todos os casos.	P2	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
		Transplante de córnea.	Nebulosidades, distorções, opacidade ocular visível, perda da visão.	Laudo oftalmológico, acuidade visual, refração, tonometria.	Citar os achados Significativos, se há presença ou não de cicatrizes.	Paciente com córnea esbranquiçada, acidentes perfurocortantes.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS
Secretaria Municipal de Saúde



Especialidade	Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo de Acesso Ambulatorial					Contra-referência
			HDA	Exames complementares sugeridos	Exame físico	Prioridade	Critério	
Oftalmologia		Estrabismo.	Desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça (diagnóstico diferencial do torcicolo congênito).	Laudo oftalmológico, acuidade visual, refração.	Citar os achados significativos.	Menores de 7 anos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
		Uveíte.	Olho vermelho, dor, fotofobia (aumento da sensibilidade à luz) e/ou baixa de visão.	Acuidade visual, refração, Tonometria, Laudo oftalmológico.	Inflamação, olho vermelho.	Panuveíte, suspeita de doença inflamatória.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
		Catarata.	Pacientes com mais de 50 anos com queixa de baixa progressiva da visão, vista enevoada, embaçada, com piora da acuidade para longe e melhora para perto. Cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria (pupila esbranquiçada) independentemente da idade.	Acuidade visual, refração, tonometria.	Citar os achados Significativos e relatar a presença ou não de leucocoria.	Paciente de olho único com insucesso no uso de lentes corretivas.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
		Gaucoma.	Pacientes com história familiar de glaucoma.	Acuidade visual, refração, tonometria, campo visual, retinografia.	Citar os achados significativos.	Pacientes com história familiar, mesmo que assintomático, acima de 35 anos.	P3	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUDOS
Secretaria Municipal de Saúde



Especialidade	Consulta	Motivo do Encaminhamento	Protocolo de Acesso Ambulatorial					Contra-referência
			HDA	Exames complementares sugeridos	Exame físico	Prioridade	Critério	
Oftalmologia		Pálpebra.	Blefarite, hordéolo, calázio, xantelasma, triquíase, entrópio, ectrópio, ptose palpebral, tumor palpebral, Dermatocálase.	Laudo oftalmológico.	Blefarite: queimação e lacrimejamento, vermelhidão nas bordas palpebrais e escamas nas margens das pálpebras.	Todos os casos.	P1	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contra-referência.
					Hordéolo: lesão dolorosa com edema e hiperemia local.			
					Calázio: dor, edema e hiperemia localizada.			
					Xantelasma: placas amareladas macias de tamanho variado que podem aparecer na pálpebra superior e/ou inferior.			
					Ectrópio: conjuntivite crônica, ceratite, lacrimejamento e dor.			
					Ptose palpebral: dependendo do grau de ptose palpebral, o paciente pode apresentar comprometimento do campo visual.			
					Tumor palpebral: lesões elevadas, firmes, com telangiectasias na superfície. Durante o crescimento, o centro pode se tornar ulcerado e com crostas na superfície.			
					Dermatocálase: peso nas pálpebras, redução do campo visual superior.			

Legenda: HDA= *história de doença atual.*



REFERÊNCIAS

1. ALVES, M. R. et al. **Estrabismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013.
2. ALVES, M. R. et al. **Óptica, refração e visão subnormal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013.
3. ALVES, M. R.; MOREIRA, C. A. **Semiologia básica em oftalmologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013.
4. AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. **Preferred Practice Pattern Guidelines: Age-Related Macular Degeneration**. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 2015. Disponível em: <<https://www.aao.org/preferred-practice-pattern/age-related-macular-degeneration-ppp-2015>>. Acesso em: 16 jun. 2017.
5. AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. **Preferred Practice Pattern Guidelines: Diabetic Retinopathy**. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology, 2016.
6. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - **Diabetes Care**, New York, v. 30, Suppl. 1, p. S1-S112. 2016.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de outubro de 2009.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/MS nº 1.279, de 19 de novembro de 2013. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Glaucoma**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
9. DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
10. EHLERS, J. P.; SHAH, C. P. **Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2009.
11. JACOBS, D. S.; TROBE, J.; PARK, L. **Cataract in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cataract-in-adults>>. Acesso em: 14 jun. 2017.
12. JACOBS, D. S.; TROBE, J.; PARK, L. **Open-angle glaucoma: Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/open-angle-glaucoma-epidemiology-clinical-presentation-and-diagnosis>>. Acesso em: 14 jun. 2017.